

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar  
Interdiszciplináris Doktori Iskola  
Néprajz- és Kulturális Antropológia Tudományok

**Kisdi Barbara**

# **Háborítatlanul**

**A modern otthonszülés értelmezése**



**PhD dolgozat**

**2011.**

**Témavezető: Dr. Vargyas Gábor CSc.**



## **Köszönetnyilvánítás**

Valamennyi antropológiai kutatás számtalan segítő és támogató munkájának összessége. A kutatás eredményeinek összefoglalása, a megtapasztaltak és az adatok értelmezése szintén igényli az „értők” segítségét. Ezért elsőként szeretnék köszönetet mondani mindazoknak, akik e közös munkában segítettek, támogattak, biztattak.

Tisztelettel megköszönöm témavezetőm, Dr. Vargyas Gábor kitartó támogatását, szakmai és emberi segítségét és bizalmát.

Hálás vagyok családom, férjem és gyermekeim türelméért, biztatásáért és kitartásáért.

Köszönettel tartozom dr. Geréb Ágnesnek és valamennyi otthonszülő édesanyának, aki munkámat segítette. Amikor azon gondolkodtam, hogy milyen úton-módon ismerkedhetnék meg olyan asszonyokkal, akik otthon hozták világra gyermeküket, eszembe jutott a háborítatlan szülést támogatók honlapja, így aztán szerkesztettem egy felhívást, amellyel rájuk bíztam magamat. Amint a felhívásom felkerült a honlapra, naponta jöttek a levelek és a telefonok, amelyben az édesanyák vagy leendő édesanyák felajánlották segítségüket, amelyért itt és most is szeretném kifejezni legmélyebb hálámat.

Szintén köszönöm a segítséget mindazon dűlácoknak, akik polgári foglalkozásuk és önkéntes munkájuk mellett még rám is időt szakítottak, és álltak interjúim elébe, különösképpen pedig Velkei Évának.

Továbbá köszönettel tartozom fáradtságos munkájáért Branyiczkiné Géczy Gabriellának, a Központi Statisztikai Hivatal osztályvezetőjének, Schadt Mária szociológusnak és Hesz Ágnes antropológusnak.



## TARTALOM

<b>PROLÓGUS</b>	9
<b>1. A SZÜLÉS-SZÜLETÉS ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSEI</b>	10
1.1. AZ OTTHONSZÜLÉS MINT ANTROPOLÓGIAI TÉMA	10
1.1.1. Az otthonszülés kutatásának módszertani és etikai nehézségei	11
1.1.2. Kutatási célok, módszerek	15
1.1.3. A szülés-születés, illetve az otthonszülés kutatásának történeti áttekintése	23
1.2. A BETEGSÉG- ÉS EGÉSZSÉGFELFOGÁS TÖRTÉNETI VÁLTOZÁSAI ÉS A MEDIKALIZÁCIÓ	28
1.3. A SZÜLÉS METAMORFÓZISAI	32
1.3.1. A szülés medikalizációja és a technokrata szemléletmód	32
1.3.2. A szülés rehumanizációja útján	41
1.3.3. A holisztikus szülésmodell	53
1.4. MIT JELENT AZ OTTHONSZÜLÉS?	57
1.4.1. Otthonszülés, mint alternatív szülés mód	57
1.4.2. Hagyományos kontra alternatív, avagy a posztmodern bábaság	59
1.5. OTTHONSZÜLÉS MAGYARORSZÁGON	66
1.5.1. Otthonszülés Magyarországon a 21. században	66
1.5.2. Egyszemélyes küldetés. Geréb Ágnes és az otthonszülés intézményesülése	69
1.5.3. A kognitív konfliktus. Az otthonszülés vitájának módja és oka	79
1.5.4. Hatalmi harcok. Az otthonszülés szabályozásának vitája	84
1.5.5. Diskurzus az otthonszülésről	86
<b>2. GYERMEK SZÜLETIK</b>	95
2.1. Az útkeresők, avagy ki szül ma otthon Magyarországon?	95
2.2. Miért otthon?	101
2.3. A női tudás, avagy a szülés ereje	109
2.4. Félelem és fájdalom	119
2.5. Az új élet	125
2.6. „Testemből táplállak”	129
2.7. A tudás helyei	132

2.8. Test-képzetek és egészség	138
2.9. A hit forrásai	150
2.10. Közösség- és hagyományteremtés	155
2.11. A segítők	161
2.11.1. A bába	161
2.11.2. A dúla	167
2.11.3. A család	175
<b>3. AZ OTTHONSZÜLÉS JELENTÉSEI</b>	184
3.1. Az otthonszülés, mint alternatív mozgalom	185
3.2. Az otthonszülés, mint alternatív életforma	192
3.3. Az otthonszülés mint nemspecifikus társadalomkritika	196
3.4. Az otthonszülés esete mint társadalmi kórjelző tünet	202
<b>EPILOGUS</b>	209
<b>FELHASZNÁLT IRODALOM</b>	212
<b>FÜGGELÉK</b>	231
I. A félig strukturált interjú kérdései	231
II. Diskurzus az otthonszülésről internetes fórumokon	233
III. A magyarországi otthonszülő nők társadalmi jellemzői	237
IV. Az otthonszülőkre vonatkozó társadalmi jellemzők saját gyűjtésem alapján összesített táblái	240
V. Az otthon szült nők által hivatkozott várandósságról, szülésről és babaápolásról szóló irodalom, illetve azok említéseinek arányai	242
VI. A waldorf-pedagógia	244
VII. A homeopátia rövid története és elmélete	249
VIII. A gyógyítási módokkal kapcsolatos választások	252
<b>MELLÉKLETEK</b>	253
1. Élveszületési lap	253
2. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (SZNSZK) állásfoglalásai	255
3. WHO ajánlások	267
4. A Magyarországi Dúlák Egyesületének (MODULE) alapelvei	269
5. Geréb Ágnes reakciója a 2007-es haláleset jogi következményeire	270
6. A 2007-es kormányrendelet-tervezet az otthonszülésről	271
7. Független bábák sajtónyilatkozata	274
8. A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) reakciója a rendelettervezetre	276

9. Nyílt levél Horváth Ágneshez	280
10. OSZABISZ nyilatkozata	285
11. Az otthonszülés szabályozása. A jelenleg érvényes kormányrendelet	286





## PROLÓGUS

A társadalomtudomány feladata a társadalom működésének feltérképezése, a társadalmi jelenségek okainak és összefüggéseinek felkutatása. Nem feladata a szubjektív minősítés és a működésére való javaslattétel. Az otthonszülés témája, mint a jelenkutatás egyik lehetséges vetülete mégis igen kényes kérdés ebben a tekintetben, hiszen valamennyi érintett állásfoglalást, illetve elképzeléseinek bizonyítékát várja el bármiféle kutatástól – és e kutatások jórészt valóban valamit bebizonyítandó vagy cáfolandó készülnek.

Magyarországon otthonszülésről írni társadalomtudományi szempontból ma meglehetősen provokatív vállalkozás, noha 2011. márciusában – húsz év vajúdás után és a dolgozat lezárásának pillanatában – megszületett az otthonszülés szabályozása. A téma óhatatlanul megnyilatkozásra készíti a szerzőt olyan kérdéskörökben, amelyek meghaladják kompetenciáját. Ha azonban az orvostudomány – többnyire nem a mainstream vonalába tartozó alternatív – kutatóinak és művelőinek gondolatait kizárólag egy társadalmi jelenség – az otthonszülés – értelmezéséhez hívjuk segítségül, már nem rugaszkodunk el kompetenciánk kereteitől. Ez az ellentmondás vagy feszültség végigkíséri az értekezés mondandóját, de éppen ezáltal reményeim szerint elindíthatja a téma további feldolgozását egy olyan úton, amelyre feltétlenül szüksége van, és amelyet feltétlenül megérdemel: az interdiszciplináris értelmezés útján.

A dolgozat fókuszában az otthonszülés áll, de pontosabb volna úgy fogalmazni: a gyermekszülés és a születés alternatív értelmezése, illetve a nők, akik gyermekük születését „másként” képzelik el. Így tehát a dolgozat egy olyan gondolkodásmódot kíván feltárni, aminek sokkal inkább csupán része az otthonszülés, mintsem annak eredője volna.

# 1. A SZÜLÉS-SZÜLETÉS ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSEI

## 1.1. AZ OTTHONSZÜLÉS MINT ANTROPOLÓGIAI TÉMA

Figyelemre méltó, hogy egy viszonylag keveseket érintő probléma miért és hogyan vált ki ösztönzést a társadalom különböző rétegeiben és csoportjaiban érzelmi töltettel kísért állandó véleményalkotásra, s miként válhat a téma társadalmi vita alapjává? A válasz minden bizonnyal abban keresendő, hogy az otthonszülés egy alternatív értékrend megtestesülését fejezi ki, illetve a demokrácia jelentéseinek felülvizsgálatára sarkall. Az otthonszülés mögöttes tartalma, elmélete és gyakorlata a szimbolizmus nyelvén képes „beszélni” a társadalom aktuális rendjéről, a fizikai, a társadalmi és a politikai testről – biológiai és pszichológiai értelemben. Tehát az otthonszülés gyakorlata egyrészt a gyermekszülésről és a születésről szóló társadalmi képzetek között feszülő ellentéteket, lehetséges irányokat és átmeneteket fejezi ki, másfelől pedig a gyermekszülés gyakorlatának, bizonyos személyes viszonyrendszereknek<sup>1</sup>, illetve az ezt beágyazó életmódstartéigiáknak adott (alternatív) módját.

Az otthonszülés témájának társadalomtudományi jelentőségét elsősorban az adja, hogy részét képezi a *reprodukciónak* fogalomkörének, amin a társadalom újratermelődésének, fennmaradásának különféle módozatai értendők. Így tehát a reprodukció fogalma egyszerre bír biológiai, kulturális és politikai tartalommal, egyszerre egyéni és közösségi probléma, ami összefogást és társadalmi konszenzust igényel. A születés módja és minősége létfontosságú valamennyi társadalom számára, ezért a jelzésértékű, hogy adott társadalomban ki birtokolja e tekintetben a hatalmat: vagyis ki-kik és milyen alapon határozzák meg, hogy hogyan *kell* szülni és születni.

Az otthonszülés antropológiai vizsgálata a kultúraalkotó embert állítja elemzése középpontjába. Egyfelől a hétköznapi világban megnyilvánuló, adott értékek szerint cselekvő egyént, másfelől azt az – embertől nem elvonatkoztatott – emberi produktumot, amely ezen egyének gondolatvilágának ideológiai és gyakorlati hátteret biztosít, ami alkalmas lehet annak igazolására, hogy egymással fizikailag nem érintkező személyeket mégis a „közösség” kifejezéssel illessünk.

Az „alternatív” szülésre-születésre, mint társadalmi igényre és mint társadalomtudományi jelenségre hamar felfigyeltek a kutatók. A kulturális antropológia, a

<sup>1</sup> Itt elsősorban a várandós/szülő nő – segítő viszonyról van szó, de megszorításokkal az anya-gyermek viszonyról is.

szociológia és a pszichológia kutatóinak érdeklődését alapvetően két téma váltotta ki: egyrészt az az ellenállás, amit a technicizálódás, az orvostudományba vetett abszolút bizalom megrendülése okozott, amelynek első megfogalmazói maguk is egészségügyi szakemberek. Másfelől érdeklődést váltott ki az az egyre erőteljesebb civil mozgalom, amely megkérdőjelezte a szülés folyamatában a férfidominancia érvényességét, amely igényt tartott arra, hogy a nő saját teste feletti integritását ellenőrizhesse és kezében tarthassa, illetve amely ma már alapvető állampolgári és fogyasztói jogára hivatkozva<sup>2</sup> követeli, hogy a nő maga választhassa meg gyermeke születésének körülményeit. A mozgalom sikerét jelzi a kórházi szülészeti ellátásban az elmúlt 20-30, Magyarországon az elmúlt 10-15 évben bekövetkezett alapvető gyakorlati változás, és az ezt támogató – bár csak igen lassan beépülő – szemléletváltás.

Ma már a mozgalom elsősorban nem az egészségpolitikáról szól, sőt nem is feltétlenül arról, hogy kié legyen a terhesség és a szülés folyamatában a domináns szerep (az orvosé vagy az anyáé), hanem sokkal inkább arról, hogy milyen jelentéseket hordoz ez az esemény a nő, a család és a szűkebb közösség életében. Ennek kapcsán az elemzőkben hamar felmerült a kérdés: vajon a szülés és a születés rehumanizációja, illetve az erre való igény, vagyis az a nőközpontú mozgalom, amely azért küzd, hogy a nőnek lehetősége legyen kontrollálni saját szülését, a gyakorlatban vajon nem a nemi identitás kifejeződését jelenti-e? Vajon a szülés nem a női attribútumok legmarkánsabb kifejeződése-e, vajon a nőiség nem maga a szülés?

### **1.1.1. Az otthon szülés kutatásának módszertani és etikai nehézségei**

Mielőtt értekezésem céljait és módszereit ismertetném, feltétlenül szólni kívánok azokról a nehézségekről, amelyekkel választott témám kapcsán szembekerültem. Ezek nem áthidalhatatlan problémák, ám igen jellemző motívumok az antropológia modern történetében.

A kortárs antropológiában a kutatott közösségek körének és a közösség meghatározásának kitágulása új módszertani problémákat vet fel. Az otthon szülés kutatásakor nem találkozunk hagyományos értelemben vett közösségekkel, hiszen azok a családok, akik az otthon szülést választják, sokszor különböznek vallási, társadalmi, etnikai, nemzetiségi hovatartozásukat illetően, eltérő vagyoni helyzettel, tanulmányi háttérrel, életmódstratégiával,

---

<sup>2</sup> Az erről szóló antropológiai kutatásokat lásd: CRAVEN 2005: 16-19, KLASSEN 2001, PETERSON 1984: 37-41, RIVKIN-FISH 2004: 281-304

világnézettel, politikai beállítottsággal rendelkeznek, és többnyire nem is tudnak egymásról, nincsenek személyes kontaktusban egymással. Mivel azonban létük egy bizonyos szakaszához kapcsolódóan mindannyiukban megfogalmazódik ugyanaz a nonkonformista igény, és ennek kielégítésére a kulturális eszköztár egy meglehetősen partikuláris szeletét választják, valami mégiscsak összeköti őket. Kérdés marad tehát, hogy beszélhetünk-e otthonosulók csoportjáról, ami abból a szempontból is fontos probléma, hogy a laikusok, illetve a mozgalomban részt nem vevő egészségügyi szakemberek rendszeresen a „nők egy bizonyos csoportjáról“ beszélnek, mintha a szóban forgó emberek valóban jól körülhatárolt csoportot alkotnának.

Nevezzük tehát a továbbiakban kutatásunk alanyait *otthonosulóknak*. Ez az elnevezés már magában rejti a feltételezést, miszerint nem kizárólag a szülő nőről, hanem egyben a születendő gyermek apjáról is, vagyis mindkét szülőről szó van. Tanulmányom második felében foglalkozom az apák szüléssel kapcsolatos szerepeivel is, de kizárólag az anyák szemszögéből – vagyis azzal az értelmezéssel, amit a nők tulajdonítanak az apák szülésben való részvételének. Az otthonosulás apa-szemponitú értelmezésének feltérképezése más időt, helyet, s vélhetően más kutatót igényel, mint az, amely az otthon szült anyák gondolkodásmódját igyekszik feltárni. Ezt alapvetően technikai problémának tekintem. Első próbálkozásaim kudarcot vallottak, mert a dolgozó, elfoglalt apákkal csak nagyon nehezen egyeztetett, késő esti időpontban lehetett találkozni, amit a fogadó család nem szívesen vállalt. Másfelől az apák egy női kutatónak nem tudtak vagy nem akartak a szülésről olyan nyíltsággal beszélni, mint a nők. Tehát, noha a kérdés fontos, a ráfordítandó energia miatt úgy vélem, az apák felfogásmódjának és konkrét attitűdjeinek vizsgálata egy másik kutatást igényel.

Az otthonosulást választókra, bár meglehetősen heterogén összetételű „csoportról” beszélünk, arányaiban igen jellemző a magasabb tanulmányi háttér, ami sokszor<sup>3</sup> főiskolát vagy egyetemet jelent, s ezen belül sem ritka az egészségügyi végzettség. Ez többféle problémát vet fel. Az antropológiában nem új jelenség, hogy a kutató közösség saját maga önazonosságának megfogalmazásához, esetleg újrafogalmazásához segítségül hívja a róla szóló etnográfákat, kutatási anyagokat.<sup>4</sup> Az otthonosulókról készült etnográfia olvasói és kritikusai jelentős részben maguk a kutatás alanyai, ami egyrészt nagyarányú értelmiségi

<sup>3</sup> Országosan az otthon szülő nők 60 százaléka rendelkezik diplomával. Budapesten a legmagasabb az iskolázottság, ott 80 % ez az arány. (KSH adatok kiértékelése után. Bővebben lásd „Az útkeresők, avagy ki szül ma otthon Magyarországon?” című fejezetet a 94. oldalon)

<sup>4</sup> Mint ahogyan Franz Boas a kwakiutl Hunt család művészi tevékenységének és identitásának forrásául szolgált, vagy Alice Marriot esete, akinek a 30-as években a kájovák James Mooney 1880-as évekbeli etnográfijára hivatkozva magyarázták el kultúrájukat (BORSÁNYI 1988: 54).

réteghelyzetükből, másfelől öndefiníciós törekvéseikből adódik. Ez az igény konkrétan megfogalmazódik azokban a szinte kivétel nélkül álló esetekben, amikor az adatközlők (otthon szült és otthon szülni vágyó nők, bábák, dúlák, támogatók és ellenzők, egészségügyi szakemberek, illetve az otthonaszülés-mozgalom egyéb résztvevői) az interjú vagy beszélgetés után kifejezik abbéli szándékukat, hogy a kutatás lezárultával elolvashassák az elemzést. Ez egyfajta önkontroll, illetve a kutató értelmezésének felülvizsgálata, a kontroll és a kritika lehetőségének megteremtése iránti vágy. Itt azonban felmerülhetnek – és rendre fel is merülnek – az értelmezésbeli eltérések aközött, amilyen következtetésre a kutató a kutatás alapján, egy logikai folyamat során és 50+14 interjú<sup>5</sup>, megfigyelés és irodalmi kutatómunka után jut, illetve aközött, amit az adatközlő individuálisan, annak értelmezése nélkül megél. Az etnográfia megírásánál nem hagyható figyelmen kívül az effajta kontroll lehetősége, tekintettel a további kutatási szándéokra.

Módszertanilag nagyban megkönnyítette a kutatást, hogy először egygyermekes anyaként, majd várandósként, később kétgyermekes anyaként, majd ismét várandósként, illetve háromgyermekes anyaként ismertek meg adatközlőim, ami feltétlenül segítette a bizalom kialakulását, a közös identitás meglelését, főként, ha anyaságom látható jelei nyilvánvalóak voltak (előrehaladott terhességem vagy valamely gyermekem/gyermekeim társasága révén). Ugyanakkor minden esetben gyorsan kiderült, hogy magam nem otthon hoztam világra gyermekeimet. A mozgalom alaptétele, hogy minden nőnek joga van biztonságban szülni, ami a saját biztonságérzetét jelenti, s ennek helyszíne mindig egyéni mérlegelésen kell, hogy alapuljon. Vagyis az, hogy valaki kórházban szül, önmagában még nem mérce. A gyakorlatban azonban több okból is jelentőséggel bír, hogy hol szült vagy szándékozik szülni az ember. Egyrészt a kategorizációs kényszer miatt, amelynek révén elhelyezzük magunkat interperszonális viszonyrendszerünkben, másrészt a nyelvhasználat és a hangnem megválasztása miatt, ugyanis – mint ahogy ezt adatközlőim is többször megemlítették –, az elveket, módszereket, eszközöket, élményt tekintve más-más ismeretekkel rendelkezik a szüléssel és hangsúlyosan magával a születéssel kapcsolatban a kórházban szült, illetve az otthonában szült édesanya és a szülésnél jelenlévő – vagy jelen nem lévő – édesapa.

“Az otthon szült mamák képtelenek a szülésükről a játszótéri kismamákkal elbeszélgetni, mert egyszerűen nem egy nyelvet beszélnek. Ők nem értik, miről beszélünk.” (Jutka, 32)<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Az interjúk pontos adatait lásd a 19. oldalon

<sup>6</sup> Mint ahogy azt a 18. oldalon még részletesen kifejtem, az interjú mellet szereplő név álnév, a szám pedig az életkort jelöli.

Harmadrészt, bár hangsúlyozzák, hogy senkit nem akarnak rábeszélni az otthonszülésre – s ez alapelveikkel valóban ellenkező –, mégis azonnal felvesznek egy olyan vitázó pózt, amely a kórházi szülés ellenében védi az otthonszülés érveit, tehát egy olyan magyarázó, okító, okkereső pozícióba helyezkednek, amire egy otthon szült beszélgetőpartnerrel nem lenne szükség. Ez részben segíthet az otthonszülés megértésében, másrészt azonban – főként eleinte – túl nagy hangsúlyt kap a kórházi szülésvezetés kritikája, saját, belső motivációjuk kifejtésének rovására (erről bővebben lásd a „Miért otthon?” című fejezetet a 100. oldalon).

Helyzetem tehát egyrészt nélkülözi az otthoni szülés átélésének élményét, amelynek révén biztosítható lenne a tökéletesebb behelyezkedés, ugyanakkor felment az elkötelezettség és a szemléletbeli determináltság kényszere alól, ami megnehezítené az objektív látásmódot.

A pontos, számszerű adatokkal kapcsolatban a legnagyobb problémát a megelőző felmérések hiánya jelentette. Próbálkoztam statisztikai jellemzés szintjén összegezni az otthonszüléssel kapcsolatos demográfiai, orvosilag kimutatott perinatális<sup>7</sup> adatokat, ám a feladat több nehézségbe ütközött. Először is nincsen Magyarországon olyan statisztikai kimutatás, amelyre egyértelműen támaszkodhatunk abban az esetben, ha meg akarjuk tudni, évente hány előre tervezett otthonszülés történik. A Központi Statisztikai Hivatal a születek statisztikai számbavételéhez és osztályozásához ugyanis a kórházi zárójelentéssel egyidőben elkészült *élveszületési lapot*<sup>8</sup> veszi alapul, amelyet a szülést vezető szakorvos, illetve az anyakönyvvezető ír alá, és amelyből adatokat nyerhetnek többek között a születek számára, típusára, eredményességére, az anya és az újszülött állapotára, a beavatkozások számára és típusaira vonatkozóan. A statisztika tehát a szülészorvosok önbevalláson alapuló adataira támaszkodik, ami már önmagában kérdéseket vethet fel a hiteles és pontos források tekintetében. E provokatív kijelentésre a kórházi finanszírozás és a piaci viszonyok, illetve a szülészeti intézmények közötti verseny ad okot, amely rákényszeríti a kórházakat, hogy a lehető legkedvezőbb, adott esetben pedig a leghatékonyabb problémamegoldó képet közvetítsék önmagukról a piac felé. Az „élveszületési lapon” lehetőség van bejelölni, hogy a szülés egészségügyi intézményben, vagy *intézetén kívül* zajlott-e, sőt, pontosítható a „lakásban” válasszal, de ebből egyértelműen nem derül ki, hogy előre tervezett, vagy „véletlen” otthonszülésről volt-e szó. Az sem derül ki a dokumentumból, ha valaki ugyan otthonszülésre készült, ám végül mégis kórházba került. Annyit tehetünk tehát, hogy az „élveszületési lap” 22. pontjában megnézzük, hány szülés történt „lakásban”, illetve ugyanitt, hogy ezek közül hánynál segédkezett orvos vagy szülésznő. Ez hozzávetőlegesen kiadja az

<sup>7</sup> A várandósság 24. hetétől a születés utáni hét végéig tartó magzati, illetve újszülöttkori jelenségek.

<sup>8</sup> Lásd az 1-es mellékletet

otthonszülések számát, ám pontos adatokat ezen forrásból nem nyerhetünk. Mindazonáltal a III. függelékben ismertetem a Központi Statisztikai Hivatal adatsorát, amelynek elemzése („Az útkeresők. Avagy ki szül ma otthon Magyarországon?” című fejezetben) körülbelüli képet ad a magyarországi otthon szülő nők életkoráról, iskolázottságáról, illetve területi megoszlásáról. Itt csak annyit bocsátok előre, hogy saját számításaim szerint a magyarországi otthonszülések aránya nem haladja meg a 0,2 százalékot, ami évi 160-200 szülést jelent, de ennek részleteit később fejtem ki (az imént említett fejezetben).

A másik lehetőség az otthonszüléseket kísérő szakemberek által vezetett statisztika felhasználása volna, ám ők, retorziótól tartva, ilyet nem adnak ki.

### 1.1.2. Kutatási célok, módszerek

Ha ma valakit az otthonszülésről kérdeznék, két dolgot szokott tenni. Legyen az laikus vagy szakember, akár a sajtó képviselője, két lehetőség között szokott választani, esetleg mindkettőt igénybe venni. Vagy előveszi a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium otthonszüléssel kapcsolatos állásfoglalásait, és a szakma jeles képviselőinek véleményét kéri ki a jelenséggel kapcsolatban, ami többnyire zsákutca, hiszen egy klinikai orvosnak nagy valószínűséggel semmilyen személyes tapasztalata nincs az otthonszüléssel kapcsolatban, hacsak nem egy kórházba szállított, otthoni szülésbe kezdő, ám azt ott befejezni nem tudó vajúdo anya kapcsán. Vagy felkeresi Geréb Ágnes<sup>9</sup>, aki mára már az otthonszülés emblématikus alakjaként szimbolikusan fejezi ki mindazt, amit az otthonszülés jelent, ám ezen szimbólumok nem érthetők a be nem avatottak számára. Geréb Ágnes egy interjúban<sup>10</sup> maga is hangsúlyozta, hogy az otthonszülés nem ő, nem róla szól, nem vele azonos. Újabban megjelent egy harmadik út is, amikor otthonszülésben jártas bábákat vagy dúlákat<sup>11</sup> szólaltatnak meg, ami elvileg különböző véleményeket segíthet felszínre hozni, de jelenleg Geréb Ágnes büntető pere<sup>12</sup>, illetve az otthonszülés szabályozásának vitája meglehetősen beszűkíti a lehetséges témákat.

<sup>9</sup> Dr. Geréb Ágnes szülész-nőgyógyász, pszichológus és bába a magyarországi otthonszülés-mozgalom elindítója.

<sup>10</sup> <http://www.narancs.hu/index.php?gcPage=/public/hirek/hir.php&id=19855>. Letöltési idő: 2009. 12. 01.

<sup>11</sup> A dúla laikus segítő, „asszonytársi támogató”. A dúlákról részletesen lásd az 50-51. oldalt, illetve „A dúla” című fejezetet a 167. oldalon.

<sup>12</sup> Geréb Ágnes szerepéről, minkásságáról, büntetőperéről lásd az „Egyszemélyes küldetés. Geréb Ágnes és az otthonszülés intézményesülése” című fejezetet a 69. oldalon.

Mindezeket megfontolva, noha a fenti módszereket sem mellőzhettem, értekezésem fő hangsúlyát azon értékek, illetve legitimációul szolgáló források felkutatása, elemzése és értelmezése adja, amelyek az otthonzülést megélő, igényeikkel azt formáló egyének, azaz az otthon szült édesanyák gondolkodásmódját meghatározzák, amibe azok betagozódnak, amelyek a szüléshez, az anyasághoz, a gyermekhez való viszonyukat jellemzik.

*Egyrészt* tehát arra vagyok kíváncsi, hogy milyen értékválasztáson keresztül formálódik az az értékrend, amelynek része az otthonzülés. Kutatásom „tárgya” tehát az otthonzülést választó nő, illetve egy szemléletmód, ami a világhoz való viszonyt meghatározza. Meggyőződésem, hogy egy otthonzülésről szóló kutatásnak legfőbb ideje erről szólnia.

*Másrészt* az otthonzülés elméleti hátterét adó eszmék, az otthonzülő nők értékválasztása, szemléletmódja és hivatkozásai, illetve orvoslásszociológiai kutatások alapján magyarázatot keresek arra a disszonanciára, amely az otthonzülés kapcsán mind a szüléssel professzionális szinten foglalkozó szakemberekben, mind a közvéleményben rendre megfogalmazódik.

Bár a tanulmány az otthonzülésről szól, előzetes terveimmel ellentétben mégsem írok magáról a szülésről. Teszem ezt háromféle okból. Egyrészt az a néhány dolgozat, amely az otthonzülést társadalomtudományi szempontból vizsgálja, mind abból indul ki, hogy résztvevő megfigyelést végez otthoni szüléseknél.<sup>13</sup> Néhánynál. Márpedig, ha a témáról általános érvénnyel kívánunk valamit mondani, nem elég néhány szülést végignézni. Amúgy is kétségesnek tartom, hogy ezen megfigyelések közelebb visznek-e ahhoz, hogy megértsük az otthonzülés lényegét. Véleményem szerint ahhoz, hogy egy adott értékválasztási attitűdöt meg tudjunk magyarázni, az életmódstratégiát és az értékrendet kell vizsgálnunk. Maga az otthonzülés már egy döntési folyamat eredménye, meghatározott elvárások kifejeződése, ami azonban önmagában nem magyarázza meg az értékválasztást. Harmadsorban arra a véleményre jutottam, hogy jelenlétemmel nem zavarok meg egy olyan, az otthonzülőök esetében kifejezetten és hangsúlyosan családi eseményt, ahol sem mint barát (hiszen a barátság nem alapulhat néhány találkozáson), sem mint szakértő segítő nem definiálhatom magamat, és korántsem biztos, hogy a jelenlétemet jóváhagyó szóbeli engedély a valóságban nem jelent-e a szülésre nézve pszichés vagy fizikai akadályt. Véleményem szerint ez etikai okokból nem kockáztatható.

Tanulmányomban nem kívánok *behatóbban* foglalkozni az otthonzülés-mozgalmat olyannyira foglalkoztató szüléstechnikai kérdésekkel, hiszen kompetenciám nem terjed ki

---

<sup>13</sup> MARÓTI 1999, TÖRŐ 1999



ezen területekre. Bizonyos szinten azonban mégis szólni fogok róluk, hiszen a mozgalom résztvevőinek azonosságtudatát igen erősen befolyásolják.

Nem célom a szülés két, egymással gyakran szembeállított módját, a technokrata és a holisztikus<sup>14</sup> szülésmodellt *mélységeiben* összehasonlítani, mert erre jelen dolgozat keretei nem volnának elegendőek, s mint ahogy azt „A kognitív konfliktus. Az otthonszülés vitájának módja és oka” című fejezetben (79. oldal) bővebben is alátámasztom majd, társadalomtudományi szempontból nem is látom értelmét. Legyen itt elég annyi, hogy általában sem szerencsés az antropológiában eltérő tudásrendszerek összehasonlítása, noha egyes részkérdésekben, ha ismerjük a jelenség társadalmi-kulturális kontextusait, megtehetjük. Dolgozatomban e szerint járok el magam is.

Továbbá – éppen a fentiek miatt – nem célom az otthonszülésben részt vevő szakemberek tevékenysége körül az elmúlt években kirobbant szakmai és laikus harc tételszerű bemutatása, történetének részletes ismertetése. Noha a tájékoztatás szintjén felrajzolom a történeti háttérrel, jelen dolgozat másról kíván szólni.

Az otthonszülésről szóló ismereteimet a szakirodalmi kutatómunkán túl olyan édesanyáktól szereztem be, akik valamennyien a dr. Geréb Ágnes által alapított és általa (és mások által) működtetett Alternatal Alapítvánnyal állnak kapcsolatban, gyermeküket nála (47 fő) vagy a vele dolgozó bábákkal születték (3 fő), illetve olyan szakemberektől, akik szintén az Alapítványhoz kötődnek. Noha Magyarországon létezik más, otthonszülést kísérő független bába (Noll Andrea Nandu), munkám során egyetlen édesanyával sem találkoztam, aki vele szült volna, ami elsősorban a nagy számok törvénynek tudható be (Nandu 2000-től dúlaként vett részt otthonszülésekben, majd 2005-től, miután elvégezte a Texas állambeli El Paso-ban a Maternidad La Luz születésközpont bábaiskoláját, itthon is kísér otthonszüléseket. Ahogy maga mondja: elsőként olyan független bábaként, akit kifejezetten erre a szakmára képeztek ki). Miután ő maga is eredetileg az Alternatal Alapítványhoz kapcsolódott, és mivel az „otthonszülés-piac” csak igen kis hányadát fedi le, vele és az általa alapított Holdudvar Bábaházzal külön nem foglalkoztam (főként, mivel engem elsősorban az otthon szült nők, és az otthonszülés interpretációja érdekelt). Bár Nandu tevékenyen részt vesz az otthonszülés vitájában, a bábaképzés szervezésében, s feltétlenül figyelmet érdemel az otthonszülés intézményesülésének vizsgálatában, a téma feltárása egy következő kutatás tárgya lesz.

---

<sup>14</sup> Robbie Davis-Floyd antropológus által bevezetett fogalom, amely a technikai megoldásokat alkalmazó medikalizált szülést és annak szemléletmódját (technokrata szülésmodell), illetve az előzőt csak háttérként felhasználó, alapvetően azonban a női tudásban és a természet működésében bízó szemléletet és gyakorlatot jelenti (holisztikus szülésmodell).

Tanulmányom három nagyobb egységre tagolható. Az első részben<sup>15</sup> azt kívánom bemutatni, hogy az otthonszülés, mint kulturális jelenség hogyan képezi részét egy általános társadalomtörténeti folyamatnak. Ehhez felvázolom az orvoslás és a szülészet általános szemléletváltozásait, utalva benne a további, később kifejtett problémákra. Szintén itt mutatom be az otthonszülés jelenlegi helyzetét megmagyarázó-alátámasztó, általánosan – és Magyarországra vonatkoztatva tényszerűen - megfogalmazható elgondolásokat, helyzeteket, véleményeket. Reményeim szerint ezáltal érthetővé és jól megragadható logikai egységbe helyezhetővé válik az otthonszülés mondanivalója, ám nem mint kívülről ráerőltetett ideológia, hanem mint belülről fakadó szükségszerűség. A második részben<sup>16</sup> az interjúk tapasztalatai alapján mutatom be az otthonszülők látásmódját, választásait, értékeit, érvrendszerét és logikai rendszerét, aminek elemzése (a harmadik, „Az otthonszülés jelentései” című részben) rávilágít, hogy az otthonszülők gondolkodásmódja nem egy önmagában álló partikuláris, sőt marginális társadalmi csoport értékrendjének kifejeződése, hanem a jórészt posztmodern értékeken nyugvó, humán- és környezettudatos magatartás újraértelmezett elveinek szerves része, amely nem pozitív vagy negatív megítélést kíván, hanem holisztikus vizsgálatot. Ebben az utolsó részben fejtem ki az otthonszülés – előbbiekből következő – társadalmi mondanivalóját, beágyazva azt egy szélesebb értelmezési keretbe, ami a hatalommal, a társadalmi nemekkel és a politikai legitimitációkkal áll kapcsolatban.

Az otthon szült nők mondanivalóját igyekeztem olyan interjúrészletekkel<sup>17</sup> illusztrálni, amelyek hűen tükrözik a kimondott szó emocionális dimenzióit is. Az interjúrészleteket az édesanya *életkorával*, illetve egy *kitalált névvel* jelöltem meg. Az életkor nem a szüléskor való életkort jelenti, hanem azt, hogy az interjú idején hány éves az anya. Ez ugyan módszertanilag nem a legszerencsésebb választás, hiszen esetenként más kép él a szülés körülményeiről abban, aki néhány éve, vagy aki néhány hete szült, ugyanakkor mivel mondandóm lényege sokkal inkább az egyénre jellemző értékrendre, mintsem egy konkrét esemény pontos felelevenítésére koncentrálok, mégis annál a megoldásnál maradtam, amely a véleményformáló pillanatnyi életkorát tükrözi. Az álnevek a beszélő szétszabdalt mondandóinak beazonosítását hivatottak szolgálni. Az interjúrészleteken belül szereplő keresztneveknek csak a kezdőbetűjét írtam ki, ezáltal is biztosítva a beszélő anonimitását.

<sup>15</sup> Az első nagyobb részbe tartoznak „Az otthonszülés mint antropológiai téma”, „A betegség- és egészségfelfogás történeti változásai és a medikalizáció”, „A szülészmetamorfózisai”, a „Mit jelent az otthonszülés?” és az „Otthonszülés Magyarországon” című fejezetek.

<sup>16</sup> „Gyermek születik”

<sup>17</sup> A félig strukturált interjú kérdéseit lásd az I. függelékben.

A jellemző motívumok elemzésénél mindig az esetszámot adtam meg, mégpedig oly módon, hogy a szummához viszonyítottam az aktuális előfordulást. Vagyis ha az összes megkérdezettből 12 nőre hivatkozom, akkor azt (50/12)-vel jelöltem, ahol az 50 jelenti magát a tárgyalt mintát, a 12 pedig a hivatkozott esetszámot. Ha pedig e 12 nő közül hat sorolható további alkategóriába, úgy – egyértelműen utalva a megelőző hivatkozási kapcsolódásra – azt a (12/6) mutatóval jelöltem.

Az interjúkat részben olyan édesanyákkal készítettem, akiket hólabda módszerrel találtam meg, részben pedig olyanokkal (körülbelül fele-fele arányban), akik maguk jelentkeztek interjúalanyként. Még 2006-ban felhívást tettem közzé a szülés.hu honlapon, amelyben leírtam, hogy min dolgozom, és ehhez keresek olyan otthon szült, vagy otthon szülni kívánó nőket, akik készek velem megosztani gondolataikat. Igen hálás vagyok annak a sok-sok jelentkezőnek, akik azonnal felajánlották segítségüket a munkámhoz. Ez a módszer ugyan determinálja az adatközlők körét, hiszen egy önmagát kiválasztó csoport kerülhetett így a látómezőmbé, ám mivel nem létezik semmiféle jegyzék azokról, akik otthon szültek, nem volt más választásom. Ugyanakkor ezen édesanyák gyakorta beajánlottak más, otthon szült ismerősükhöz.

Eleinte – technikai okok miatt<sup>18</sup> - földrajzilag is szerettem volna szigorúan behatárolni az adatközlők körét, ami Budapestet és az agglomerációt jelentette volna, ám végül szándékosan nem ragaszkodtam eredeti elképzelésemhez következetesen. Tettem ezt egyrészt azért, mivel több család két találkozásunk között költözött távol a fővárostól, voltak, akik ugyan vidéken születték otthon gyermekeiket, de találkozásunk idején már Budapesten vagy annak szomszédságában laktak. Sokan sok tekintetben Budapesthez kötődnek, de néhány éve elköltöztek onnan, ám gyakran visszajárnak, így lehetőségünk volt találkozni. Másrészt a városi-falusi életforma váltakozása, illetve annak együttes fenntartása, vagy a teljes életformaváltás, esetleg visszaváltás amúgy is jellemző arra a kereső attitűdre, ami az otthonszülők sajátja. Így tehát a területi lehatárolás csak pillanatnyi állapotot, az életút egy állomását képes tükrözni, ám esetünkben a változásra, a váltásra való képesség is fontos lehet. Harmadrészt egy idő után egyetlen lehetséges adatközlőt sem hagytam „veszendőbe” menni, tekintettel a találkozások nehézkes megszervezésére. Mindezek ellenére nagyságrendileg nem tértem el kitűzött célomtól, noha a dolgozat befejezéséig a megkérdezettek 15 százaléka nem élt az általam kijelölt körön belül.

---

<sup>18</sup> Az interjúkat feltétlenül személyesen szerettem volna elkészíteni, távolra pedig – saját munkám és gyermekeim, valamint pénzügyi okok miatt – nem volt módom rendszeresen elutazni. Másfelől nehezen találtam volna vidéken megfelelő számú adatközlőt – miután nincsen forrás, amely segíthetne felkutatásukban.

A kutatási adatokról számszerűen: 2005 és 2010 között félig strukturált interjúkat készítettem 76 alkalommal 50 otthon szült, otthonszülésre készült vagy otthonszülésre készülő nővel. Többségük már szült otthon gyermeket (45 fő), a többiek pedig vagy első (2 fő) vagy többedik gyermeküket (3 fő) készültek otthon szülni. Életkoruk 23 és 44 év között mozog.<sup>19</sup> Adatközlőim körülbelül felével több alkalommal találkoztam. Vagy azért, mert a négy-öt órás interjút egy alkalommal nem tudtam felvenni, vagy azért, mert egy-két év múlva olyan esemény történt (kistestvér születése, válás, valamilyen megmozdulás, változás az otthonszülés szabályozásában), amelyet maguk az anyák szerettek volna velem megosztani, vagy azért, mert az évek során újabb kérdések merültek fel bennem, amelyeket sokakkal sikerült személyes találkozás, másokkal elektronikus levelezés keretében megvitatni.

Az interjúkat lehetőség szerint mindig az anya otthonában készítettem, mert az életmód és a gondolkodásmód vallott értékeinek lenyomata figyelhető meg az élettér kialakításában, a szinte mindig jelenlévő gyermek/gyermek és az anya, a kívülálló számára megfigyelhető kapcsolatában, a szoptatásban, a pelenkázásban, a gyermekjátékokban, az ételekben és az italokban, amelyet a gyermek kap, illetve amellyel megkínálnak, az ottlétem alatt felmerülő hétköznapi cselekvésekben.

További 14 interjút készítettem olyan dúlakkal (asszonytársi laikus segítő), akik – két kivétellel – maguk is otthon szültek, és saját szülésük pozitív vagy negatív élménye a szülés-születés ügyének további szolgálatára sarkalta őket. A 14 dúla közül hat a Magyarországi Dúlák Egyesületének (MODULE) tagja, akik többnyire kórházi szülések kísérését vállalják (ám közülük négyen otthon szültek), nyolc pedig otthonszüléseket kísér, bár gyakoriak az átfedések.

Kutatásom tehát semmiképpen nem reprezentatív felmérés, nem is kívánt az lenni. Választott módszerem nem is tette volna lehetővé a reprezentativitást. Mégis úgy tartom, hogy munkám hűen tükrözi az otthon szült nők otthonszülésről, szülésről, gyermekről, nőiségről, illetve a női szerepekről való gondolkodását, amely példát kínál arra, hogy milyen alternatív életformákat hívhat életre a modern világ technokrata látásmódja.

Részt vettem ezen kívül az Alternatal Alapítvány<sup>20</sup> szülésfelkészítő kurzusán<sup>21</sup>, ahol elsősorban nem a beszélgetésvezetők már több fórumon is megismert mondandója, hanem a jelenlévő kismamák és leendő apák kérdései, aggodalmai, történeteik és gondolataik jelentettek a kutató számára fontos forrást, továbblépési motivációt. A tanfolyamon elhangzottak

---

<sup>19</sup> Lásd a IV. függelékét.

<sup>20</sup> Az alapítvány a dr. Geréb Ágnes nevével fémjelzett „otthonszülés-mozgalom” hivatalos szervezete.

<sup>21</sup> A felkészítő tanfolyamról lásd az „Otthonszülés Magyarországon a 21. században” című fejezetet a 66. oldalon.

leírásától azonban tartózkodtam, egyrészt, mert alapvetően technikai kérdésekről van szó, amelyek nem tartoznak a dolgozat tárgyához, másrészt, mert gyakran magánjellegetűek, és nem kaptam engedélyt ezek felhasználására. E döntésem miatt ugyan az etnográfiai leírás adatszerűségétől fosztom meg az olvasót, az otthonszülésben részt vevők jelenlegi kényes helyzete miatt<sup>22</sup> azonban – etikai okok miatt – kénytelen vagyok eltekinteni a szervezet működésére való pontos utalásoktól és leírásoktól.

A következő fejezetben ismertetett szakirodalmi kutatómunkán túl óriási adatbázist jelentettek az interneten megjelenő, otthonszüléssel kapcsolatos véleménynyilvánítások. Ezek három nagy csoportba oszthatóak. Az első csoportba sorolom azokat a beszámolókat, amelyeket a köznyelv „születéstörténet” névre keresztelt.<sup>23</sup> Jellemzője, hogy a szülő nő egyes szám első személyben írja le benne gyermeke születésének szubjektív történetét, rendszerint kiállva az általa helyesnek tartott „módszer” mellett, hangsúlyozva azon mozzanatok, amelyeket a szülés-születés kapcsán fontosnak és okulásra méltónak tart, bepillantást engedve ezáltal a szüléssel kapcsolatos különböző értékrendszerekbe. A születéstörténetek természetesen gyakran íródnak negatív előjellel, szintén okulásként. Hasonlóképpen egyre gyakrabban bukkannak föl a szülésnél jelenlévő apák beszámolóit is, akár pozitív, akár negatív élményként.

A második csoportba azokat a véleménynyilvánításokat sorolom, amelyek pro- és kontra vitatkoznak az otthonszülés helyénvalóságáról. Ezen viták virtuális színhelyei rendszerint olyan internetes fórumok, ahol a megfelelő bejelentkezés után bárki megnyilvánulhat, s amelyek szabadon olvashatóak. Itt jellemzően laikusok vitatkoznak az otthonszülés előnyeiről és hátrányairól, nem is érintve az otthonszülés elveinek lényegét, ritkábban otthon szült nők, olykor apák próbálják megvédeni igazukat, illetve bábájukat az őket ért vádaktól. Az e csoportba tartozó viták, pontosabban fogalmazva veszekedések jellemzően nem különösebben emelkedett hangnemben zajlanak, olykor meglehetősen alpári stílust is megengedve maguknak, de mindenképpen erős érzelmektől fűtve még akkor is, ha semmiféle személyes érintettségről nincsen szó. Ritkán, de előfordul, hogy bár inkognitóban, ám a stílusból és a szakértelemből egyértelműen árulkodóan szülészek is beleszólnak a vitába – mindig az ellenzők oldalán.

A harmadik csoportba sorolom azokat a médiamegjelenéseket, amelyek ha nem is feltétlenül a véleménynyilvánítás szándékával íródnak, mégis állást foglalnak. Ezen írások

<sup>22</sup> A problémáról bővebben lásd az „Egyszemélyes küldetés. Geréb Ágnes és az otthonszülés intézményesülése” (69. oldal), illetve a „Hatalmi harcok. Az otthonszülés szabályozásának vitája”(84. oldal) című fejezeteket.

<sup>23</sup> Az elnevezés variánsaiban már feltűnik az értékválasztásbéli eltérés: születéstörténet vagy születéstörténet. Vagyis: kinek a szemszögéből definiáljuk az eseményt: az anya vagy az újszülött szemszögéből?

laikusok, többnyire újságírók tollából származnak, s fő érdekességük az a mód, ahogy a rendelkezésre álló ismeretekből kiemelik a mondandójukhoz legközelebb álló állításokat, s azokat tényként tálalva ítéletet sugallnak. Sokat elárul a vita sekélyességéről az az érvelésmód, amellyel az otthonszülés mellett illetve ellene felhozott adatokat kezelik. Ezen utolsó csoport azonban már átsiklik a kutatás egy következő szegmensébe, a sajtófigyelésbe.

Sajátos helyzetet teremtettek az elmúlt évek eseményei a magyar otthonszülés kapcsán. Három otthonszülésre készülő anya gyermeke meghalt, ami felkeltette a sajtó érdeklődését. Az otthonszülés felé forduló médiaérdeklődés az esetek kapcsán elsősorban a biztonság kérdését feszegeti, meglehetősen szakszerűtlen módon. Ám az események, a Geréb Ágnes elmarasztaló, ma már börtönnel fenyegető szakvélemények megnyilatkoztatásra készítetnek sokakat, megvillantva a véleménykülönbségek mögött meghúzódó értékrendbeli különbségeket. Személyes tapasztalatom ezzel kapcsolatban az, hogy nagy nyilvánosságot csak az elmarasztaló, otthonszülés-ellenes vélemények kapnak, a másik oldalról pedig olyan szubjektív megnyilatkozások, amelyek nem alkalmasak arra, hogy a vitában megállják a helyüket. Ez alól kivételt jelent Geréb Ágnes, ám az ő személye már olyannyira determinált, hogy csakis preconcepciók célpontja lehet. Az ellenzők érveire válaszoló szakszerű ellenvetésekkel csak szakfolyóiratokban, illetve idegen nyelven találkozhatunk. Ugyanakkor a szomorú halálesetek, és a sajtó által nyilvánosságra hozott otthonszülések közben fellépő komplikációk fellendítették az otthonszülés szabályozásának szakmai-, jogi- és technikai folyamatait, ám ez csak több mint húsz év után, 2011-ben hozott értékelhető eredményt. A szakmai szervezetek elbeszéltek egymás mellett, nem folytattak valódi párbeszédet, nem vették figyelembe egymás véleményét, s az egészségügyben uralkodó hierarchikus paternalizmus sem engedte érvényesülni a saját gondolati rendszerébe zökkenőmentesen be nem illeszthető javaslatokat.

A kötődő szakirodalom alapos áttanulmányozása, a személyes kapcsolat otthon szülő édesanyákkal, az interjúk feldolgozása, az internetes megjelenések és a sajtó figyelése csakis együttesen hozhat eredményt egy olyan egyszerűnek tűnő, ám annál bonyolultabb kérdés megválaszolására, hogy mit is jelent az otthonszülés, és mi a mondandója e társadalmi mozgalomnak ma Magyarországon.

### 1.1.3. A szülés-születés, illetve az otthonszülés kutatásának történeti áttekintése

Amikor otthonszülésről beszélünk, hamar szembesülünk a probléma összetettségével. Korántsem egy kulturális divatnak vagyunk szemtanúi, hanem azon folyamat logikus következményének, ami az orvoslás történetét a 17. századtól napjainkig jellemzi. Egy társadalomtörténeti folyamatosság jelenkori állomását vizsgáljuk, amelynek megértése olyan ismeretek birtoklását előfeltételezi, mint az egészség és a betegség, a test és a lélek, a női szervezet, illetve a nő, mint társadalmi lény, az individuum, mint érték, vagy az orvos-beteg szerep felfogásának változásai. Ennek megfelelően nem ragadhatunk le egyetlen diszciplína megközelítésmódjánál, a jelenség ugyanis olyan kérdéseket vet fel, amelyek jóval távolabbra mutatnak, mint esetünkben pusztán egy szűk szempontok alapján vizsgálható partikuláris társadalmi jelenség.

A társadalomtudományok több-kevesebb figyelmet szentelnek a szülés és a születés minőségi kérdéseinek, illetve ezzel kapcsolatosan a reprodukció elméleteinek, az erről való társadalmi gondolkodásnak, a várandósság, a szoptatás, illetve a korai kötődés, a nemi szerepek problematikájának, a család kialakulásának, illetve az újszülött társadalmi értékelésének és befogadásának, hangsúlyaikat azonban – természetükből adódóan – valamennyien máshová helyezik.

A *néprajzi* irodalom a társadalmi normák által szabályozott szülemódok társadalom- és kultúrtörténeti vonatkozásait, szokásrendszerét, az aktuális világképhez és világtérképhez való viszonyát, illetve tárgyi feltételeit írja le és elemzi.<sup>24</sup> A néprajz eredményei rávilágítanak a szülés-születésértelmezés, illetve az azt körülvevő szokásrendszerek kultúrafüggő voltára, ám ezzel párhuzamosan nem is kezelik a szülés kérdéskörét globális problémaként. Ennek megfelelően, noha számtalan viszonyítási pontot nyújtanak a szülésről való gondolkodás általános megértéséhez, semmiképpen nem használhatóak fel arra, hogy belőlük levezetve kívánjuk felrajzolni az otthonszülés jelentéseit. A szülés és a születés *szociológiai* vizsgálatai rendszerint a demográfiai adatelemzés viszonylatában felmerülő kérdésekkel kapcsolatban keresik a választ a miértekre<sup>25</sup>, noha van példa olyan tanulmányra is, amely kifejezetten a szülés alternatíváival foglalkozik.<sup>26</sup> Az *orvosi szociológia*, illetve az *egészségszociológia* kutatásai sokféle támaszt nyújtanak az

<sup>24</sup> KERTÉSZ 1989, KAPROS 1989, 1990, MOLNÁR V. 1991, KÓBOR 1992, ZAKARIÁS 1994, POLNER 1995, VINKOVICS 1995, DEÁKY 1996, BENEDEK 1998, VIDÁK 2001, KÓKAI 2002, DEÁKY-KRÁSZ 2005

<sup>25</sup> KABAI 1989, HANÁK 1991, NEMÉNYI 1998, LOSONCZI 1999

<sup>26</sup> CZENKY 1988

alternatív szülésmódok tanulmányozásához<sup>27</sup>, ám maguk ezzel a kérdéssel érdemben nem foglalkoznak. Sokkal inkább az orvoslás és a társadalom általános viszonyait veszik górcső alá. Igen hasznos adalékokat nyújt a témához a *pszichológiai* irodalom, elsősorban a perinatális pszichológia, de szintén csak néhány szerző tollából.<sup>28</sup> A pszichológia ezen iránya már közvetlenül is érinti az alternatív szülésmódokat, amikor a szülésről szóló képzeteink pszichológiai vonatkozásait elemzi. A professzionális *egészségügyi, orvosi szakirodalom* természetesen foglalkozik a kérdéssel<sup>29</sup>, amelyben markánsan kirajzolódik az alternatív módszerek támogatóinak, elfogadóinak és ellenzőinek tábora, illetve a véleményük mögött húzódó ok-okozati rendszer. Hozzá kell tenni, hogy az orvosi irodalom esetében a különböző alternatív módszerek nem esnek egyformán szigorúan elutasító vagy elfogadó megítélés alá, a véleményalkotásban követendő normát hazánkban azonban minden esetben a szakmai elit, az Orvosi Kamara Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiuma szabja meg, amely igen határozottan lép fel az otthoni szülés ellen.<sup>30</sup> Szintén az orvosi szakirodalomba tartoznak azok a kutatási elemzések, amelyek az otthoni szülés relatív biztonságának kérdését feszegetik.<sup>31</sup> Ezek a munkák jórészt arra a következtetésre jutottak, hogy bizonyos kritériumok betartása és a megfelelő szűrés után, azonos feltételekkel rendelkező kontrollcsoportos vizsgálat során az otthoni szülést és a kórházi szülést összehasonlítva nincsen különbség sem az anyai, sem a magzati mortalitási és morbiditási mutatókban.

A reprodukció társadalmi-politikai vonatkozásai, mint általános, mondhatni globális *antropológiai* probléma elsőként olyan ismert rendszerek tanulmányozására sarkallta a kutatókat, mint a kínai egygyermekes politika, a nemi preferenciából eredő csecsemőgyilkosságok, vagy az abortusz kapcsán megfigyelhető etnikai, nemi egyenlőtlenségek.<sup>32</sup> A szülés-születés, mint kulturális jelenség korántsem volt egyértelmű témája az antropológiai irodalomnak egészen az 1970-es évek végéig. Brigitte Jordan volt az első, aki az egészség-betegség fogalomköréről való gondolkodás változásainak miliójében

<sup>27</sup> SZÁNTÓ-SUSÁNSZKY 2002, PIKÓ 2002, 2006

<sup>28</sup> SIMON 1994, MOLNÁR C. 1995, SUHAI-HODÁSZ 2000, VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002.

<sup>29</sup> ROMNEY 1980, MARTON et al 1984, TEW 1986, TIBA 1986, BÁLINT 1991, HAGYMÁSY 1994, LENKEI 2005

<sup>30</sup> A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a "tervezett otthoni szülés"-sel kapcsolatban: Magyar Nőorvosok Lapja 1999; 62: 233., illetve <http://www.szuleteshete.hu/cikk.php?id=69&cid=367>, majd 2002. január: <http://www.szuleteshete.hu/cikk.php?id=69&cid=359>, majd 2007. szeptember: [http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/szuleszeti\\_nogyogyaszati\\_szakmai/98114](http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/szuleszeti_nogyogyaszati_szakmai/98114), majd 2008. november: <http://www.babanet.hu/publ/otthoniszulesrol.htm>. (Lásd: 2-es melléklet)

<sup>31</sup> HAZELL 1975, BURNETT 1980, TEW 1985, FORD-ILIFFE-FRANKLIN 1991, DAVIES et al 1995, WIEGERS et al 1996, ACKERMANN et al 1996, OLSEN 1997, MURPHY-FULLERTON 1998, WIEGERS 2004, JONGE DE et al 2009. A téma magyar nyelvű interpretációját lásd SZEBIK 2002a

<sup>32</sup> GINSBURG – RAPP 1995



felhívta a figyelmet arra a ma már egyértelműnek tűnő tényre, hogy a szülés nem pusztán biológiai-fiziológiai-pszichológiai folyamat, hanem kulturálisan is meghatározott esemény. A *Birth in Four Culture: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*<sup>33</sup> című könyvében (első megjelenés 1978) a saját maga által *bioszociálisnak* nevezett módszerrel kívánta bemutatni azt, hogy a szülés során a biológiai és a kulturális “törvényszerűségek” hogyan alkotnak szerves egészet – ám mindig az adott kultúra alapvető értékeinek aláhúzására. Jordan úttörő munkája azért jelentős, mert korábban senki nem foglalkozott a szüléssel úgy, mint kulturális jelenséggel, ami kapcsolatba hozható a kultúra egyéb szegmenseivel, így értékes kiegészítésként szolgálhat egy társadalom megismerésében. Ez azzal is magyarázható, hogy a többségében férfiakból álló korai antropológustársadalom, ha akart volna, sem férközhetett volna közel a szülés témájához.

A *feminista* küzdelmek sodrában aztán egyre több tanulmány született a szülés kulturális kérdéseivel kapcsolatban, rendszerint a nem európai és a nem egyesült államokbeli szülemódokat elemezve.<sup>34</sup> Már ezekben az írásokban is nagy hangsúlyt kap a technicizált szülés kritikája, amely mintegy felülről, mesterségesen próbálja meg felváltani a hagyományos szülészeti módszereket, figyelmen kívül hagyva annak kulturális vonatkozásait és társadalmi következményeit. A '90-es évek szüléssel foglalkozó antropológiai kutatásai az ún. „új reprodukciós technológiák” (New Reproductive Technologies, NRT) vizsgálatát állították a középpontba, mint a különféle születésszabályzó eszközöket (spirál, tabletták), a fogamzást mesterségesen elősegítő technológiákat (pl. a mesterséges megtermékenyítés, lombik bébi), a szűrővizsgálati műszeres eljárásokat (amniocentesis<sup>35</sup>, ultrahang, vérvizsgálat), a magzaton az anyaméhben végrehajtott sebészeti beavatkozásokat, a szülési technológiákat (elektromos magzati monitorozás, szülésgyorsító vagy -lassító szerek, érzéstelenítők) vagy a szülés utáni technikai eljárásokat (pl. inkubátor). Az ezen eljárásokat mind orvosi, mind kulturális keretben elemző kutatások arra hívják fel a figyelmet, hogy az NRT-k túl gyakori és nem kellőképpen körültekintő alkalmazása legalább annyi hátrányt jelent, mint amennyi előnnyel jár, újabb mesterségesen megoldandó problémákat okoz, s óvatosságot igényel az intenzív rutinszerű alkalmazásuktól.<sup>36</sup> Világossá vált, hogy az ember reprodukciós viselkedése, a reprodukcióval kapcsolatos ismeretek, a terhességgel kapcsolatos előírások, a preferált szülemódok, az újszülött ellátásának módozatai vagy a szoptatás kérdése egyáltalán nem

---

<sup>33</sup> JORDAN 1983

<sup>34</sup> KAY 1982, MAC'CORMAC 1982, LADERMAN 1983, O'NEIL-KAUFERT 1990

<sup>35</sup> A magzatvíz vizsgálata, amelynek során (bizonyos kockázati lehetőségek fennállása esetén) egy vékony tűt vezetnek be a méhbe a hasfalon keresztül, kiszűrendő bizonyos magzati genetikai rendellenességeket.

<sup>36</sup> A téma összefoglalását lásd: DAVIS-FLOYD – FRANKLIN 2005

egyetemes mintákat követnek, nincsenek pusztán a biológiai törvényekből levezethető megoldások, hanem a problémákra adott válaszok mindig kulturálisan befolyásoltak, s mindig egy adott világképbe illeszkednek. Ennek megfelelően az ember reprodukciós viselkedése mindig társadalmilag befolyásolt, így a szülés maga és az ezzel kapcsolatosan kialakult elképzelések nem pusztán biológiai tények, hanem társadalmi konstrukciók is.<sup>37</sup> Az új technikai eljárások, mint az első lombikbébi megszületése (1978), vagy az első magasabb rendű gerinces egy felnőtt sejtéből történő klónozása (1997) újrafogalmazásra kényszerítették a biológiai reprodukció fogalmát, résztvevőinek társadalmi meghatározását, s nem utolsó sorban a hatalom birtoklásának paramétereit. Az otthonszülés egyfajta válaszként értelmezhető az új reprodukciós technikai eljárások negatív hatásaira és a hatalom – nemi szerepekben is megmutatkozó – megosztásának kiéleződésére, másfelől egy olyan alternatív világképbe ágyazódik be, amely szintén a technicizált világ kényszerítő hatásai ellenében született meg.

A szülés, illetve a reprodukciós elméletek és képzetek kulturális változékonyságát az 1980-as évekre fedezte fel magának a kulturális antropológia, amikor egyre több olyan tanulmány látott napvilágot, amelyek fő mondanivalója az volt, hogy a nyugati világ szülési gyakorlatai is önkényesek, nem egy objektív rendszer részei, hiszen erősen kultúrához kötöttek, amelyek csakis a kultúrába ágyazottan nyernek értelmet.<sup>38</sup> A későbbi elemzések alapját elsősorban az amerikai<sup>39</sup>, kisebb részben az angol<sup>40</sup> szülészeti gyakorlat adta, illetve egyre több olyan tanulmány született-születik, amely az Európán és Amerikán kívüli, modernizáció okozta problémákat igyekszik elemezni a szülés-születés témakörében<sup>41</sup>, vizsgálja az egészségügyi rendszerek és a patriarchális politikai-gazdasági gondolkodás összefüggéseit<sup>42</sup>, hogy hogyan válik a szülészet, illetve maga az orvoslás profitorientált üzletté, de nagy hangsúlyt fektet a szülés reprezentációjának pszichológiai elemzésére is.

Antropológiai körökben a szülés alternatív módozatait még nagyon kevesen vizsgálták<sup>43</sup>, bár maga a szülés, illetve ezzel kapcsolatosan a nemi szerepek és a férfi-női princípium problematikájának kérdése sok antropológiai kutatás tárgya.<sup>44</sup> Tanulságos, hogy az

<sup>37</sup> BALSAMO 1995, GINSBURG – RAPP 1995, DAVIS-FLOYD – DUMIT 1997, FRANKLIN – RAGONÉ 1997, VRIES, DE 2005

<sup>38</sup> KITZINGER 1978, ROMALIS 1981, EAKINS 1986

<sup>39</sup> DAVIS-FLOYD 1992, FARQUHAR 1996, KLASSEN 2001

<sup>40</sup> KITZINGER 1984, 2000, 2005, 2006 (Magyarul KITZINGER 2008).

<sup>41</sup> HOLLEN 2003, LYNN 2003, RIVKIN-FISH 2004

<sup>42</sup> WOLIVER 2002, LYNN 2003, CRAVEN 2005, KITZINGER 2005

<sup>43</sup> PETERSON 1984, KITZINGER 1984, 2005, GORDON, L. 1990, DAVIS-FLOYD 1992 (2003), MARÓTI 1999, KLASSEN 2001, RIVKIN-FISH 2004, CRAVEN 2005

<sup>44</sup> MAC'CORMACK 1982, HÉRITIER 1983, JORDAN 1983, SCHIEFENHÖVEL et al. 1995, ROBERTS 1997, HUNT 1999, DOUGLAS 2003, LAMBEK 2007

antropológus szerzők, akik érdemben az otthon születés témájával foglalkoznak (elsősorban Robbie Davis-Floyd, Sheila Kitzinger, Pamela Klassen), mind nők, maguk is otthon születtek, és az alternatív eljárások elkötelezett hívei, sőt, gyakran aktivistaként tevékenykednek a szülés rehumanizációja érdekében a nyugati országokban, illetve a harmadik világban. Ez egyfelől azt jelenti, hogy tudományos okfejtésük feltétlenül résztvevő megfigyelésen nyugszik, elemzésük nem nélkülözi sem az émikus, sem az étikus elméleti megközelítést, ám éppen személyes érintettségük okán kérdéses lehet az objektivitásuk.

Kifejezetten az otthon születés kérdésére koncentrálna elsősorban Robbie Davis-Floyd és Sheila Kitzinger antropológusokat kell megemlítenünk. Davis-Floyd *Birth as an American Rite of Passage* (1992) című elméleti könyve a szülést átmeneti rítusként értelmezve mutatja be a modern szüléskultúra társadalmi elfogadását és elutasítását, annak szociálpszichológiai mechanizmusait, felhasználva a saját maga által bevezetett *technokrata* és *holisztikus szüléskultúra* fogalmakat, amelyeket meglehetősen szélsőséges oppozícióként kezel. Sheila Kitzinger egyik időskori műve, a *The Politics of Birth* (2005) nyújtja a legtöbb támpontot az otthon születés kutatásához, noha – többi könyvéhez hasonlóan – ez is elsősorban a technokrata szüléskultúra kritikáját fogalmazza meg. E könyvben a várandósság és a szülés folyamatában alkalmazott eszközöket, módszereket, személyeket elemzi, külön fejezeteket szentelve az alternatív eljárásoknak, köztük az otthon születésnek. Szülésfelkészítő tanárként a szülés biztonságának kérdéseit is feszegeti, elsősorban brit adatokat citálva, illetve brit szüléstámogató szervezetek munkáját elemezve.

Magyarországon elsősorban az orvosi szociológia, az egészségpszichológia, illetve a pszichológia foglalkozik az egészségügyi intézményrendszer kritikájának társadalmi vonatkozásaival. A szülés témája is meghihlette a magyar társadalomtudományos gondolkodást<sup>45</sup>, bár a vizsgálódások elsősorban a pszichológiában váltak tervszerűvé.<sup>46</sup> Ennek részeként 1991-ben megalakult a Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai Társaság. Az otthon születéssel kapcsolatban hazánkban ezidáig egyetemi szakdolgozati témaként foglalkozott a társadalomtudományok néhány képviselője.<sup>47</sup>

A fent említett tudományterületek eredményei nyújtottak segítséget abban, hogy felvázoljam a nyugati betegség- és egészségfelfogás történeti változásait, különösen nagy

<sup>45</sup> HANÁK 1991, LOSONCZI 1986, 1991, 1999

<sup>46</sup> MOLNÁR 1995, SIMON 1994, SUHAI-HODÁSZ 2000, VARGA 1998, VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002, VÁRKONYI 1990

<sup>47</sup> MARÓTI 1999, TÖRŐ 1999: 65-86. 2009-ben készült két szakdolgozat a Pécsi Tudományegyetem kommunikáció szakán Mátrahalmi Rita, illetve Kégl Anikó tollából.

hangsúlyt fektetve a medikalizáció folyamatára<sup>48</sup>, amely egyenes útként vezetett a szülés technokratizálódásához.

## 1.2. A BETEGSÉG- ÉS EGÉSZSÉGFELFOGÁS TÖRTÉNETI VÁLTOZÁSAI ÉS A MEDIKALIZÁCIÓ

Az egészségügy vizsgálatában részt vevő társadalomtudomány, illetve az orvostudomány több képviselője szerint az orvoslás feladatait és eljárásait illetően ma szemléletváltásra van szükség.<sup>49</sup> Ez azt jelenti, hogy nem csupán a szülés területén jelent meg az igény a szemléletváltásra, hanem az egészségügyben általános érvénnyel is. Noha az orvostanhallgatók elsődleges szakmai szocializációs intézménye ma is az orvosi egyetem<sup>50</sup>, ahol – háttérbe szorítva a megelőzés lehetőségeit – elsősorban a diszfunkcionális test helyrehozatalának különféle módszereiről tanulnak, a változás már megkezdődött.<sup>51</sup> A szemléletváltás a betegségcentrikus világkép helyett az egészségcentrikus világkép beépülését jelentené az orvostudományba, amely alapvetően más típusú alapállást és megközelítési módot jelent.

Ahhoz, hogy megértsük, milyen elvek alapján került a szülés az orvostudomány fennhatósága alá, s hogy az otthonszülés koncepciója hogyan viszonyul e kapcsolathoz, feltétlenül megvizsgálandóak a betegség és az egészség felfogásáról kialakult általános elképzelések, amelyeket tanulságos egybevetni a test és a lélek viszonyáról szóló tételekkel.

Bár nyilvánvalóan eltérő hangsúlyokkal és nagy szórást mutató változatokkal, az ókori tudományok szerte a világon a test, illetve a test és a lélek egyfajta egyensúlyi állapotaként értelmezték az egészséget (lásd az egyiptomi, a görög, a római, az indiai vagy a kínai nagy birodalmak egészség- és betegségfelfogásait). Ez a felfogás ma is jelen van a hagyományos, vagy legalábbis a medikális orvoslás módszereit még át nem vett, vagy csak részben átvett kultúrákban, illetve – kissé leegyszerűsítve a téma összetettségét – a mai keleti orvostudományban, illetve a hagyományos magyar népi orvoslásban is. A hozzáállás alapja

<sup>48</sup> A medikalizáció a legtágabb értelemben azt a folyamatot jelenti, amikor az orvostudomány átlépte eredeti gyógyító hatáskörét, és olyan területekre is kiterjesztette hatáskörét, amelyek korábban nem tartoztak alá. (SZÁNTÓ-SUSÁNSZKY 2002: 28)

<sup>49</sup> LOSONCZI 1986, 1998, BÁLINT 1990, HANÁK 1991, LUPTON 1994, PIERRET 1995, PIKÓ 2002, 2005, 2006, SZÁNTÓ-SUSÁNSZKY 2002, KOPP-KOVÁCS 2006

<sup>50</sup> Az orvosi egyetem, mint a laikus/szakértő státuszváltás intézményesített formája átmeneti rítusként való értelmezéséről, a tudás átörökítésének és az önmegerősítő folyamatok rendszeréről bővebben lásd. DAVIS-FLOYD 1987, 1992

<sup>51</sup> PIKÓ 2002, VARGA - SUHAI-HODÁSZ 2002, KITZINGER 2005

egyfajta holisztikus szemlélet, amely a betegség és az egészség kérdését nem egymástól elszigetelt problémaként kezeli, hanem a test és a lélek együttesét, az azokat ért individuális, társadalmi és környezeti hatásokat vizsgálja, s hasonlóképpen határozza meg a gyógyítás mikéntjét is. Ez a szemlélet sokkal inkább a prevencióra helyezi a hangsúlyt, vagyis elsősorban azzal foglalkozik, hogy hogyan előzhető meg az, hogy az egyén vagy egy egész közösség kibillenjen ebből az egyensúlyból, és betegként határozódjék meg.

Korunk orvostudományára gyakran használják a „biomedikális“ kifejezést, amely a genetika, a biokémia, a biofizika és a mikrobiológia eredményeire támaszkodik. A biomedikális egészségmodell úgy definiálja az egészséget, mint a diagnosztikai műszerekkel megállapítható betegségek, kórállapotok hiányát.<sup>52</sup> Ezzel szemben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egészségdefiníciója – sok szempontból a „hagyományos” egészségfelfogással párhuzamosan – a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapotára utal, hangsúlyozván az ember biológiai, pszichikai és szociális létét, illetve ezek egységét, csakúgy, mint ahogy a szülés természetének meghatározásában is hangsúlyozza e három meghatározó együttesét.<sup>53</sup>

Mindazonáltal elmondható, hogy az orvostudomány modernkori időszaka<sup>54</sup> a betegségről szól. A betegségcentrikus világkép alapja a kórbonctani bizonyítékok megjelenése volt, ami anélkül tette lehetővé a betegségek tanulmányozását, hogy az élő ember, a maga teljes valójában, „emberségében“ jelen lett volna.<sup>55</sup> Ezzel a megfigyelhető, vizsgálható emberi test vált az orvosi gondolkodás központi tárgyává.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup> PIKÓ 2002: 14

<sup>53</sup> Valamennyi, az otthonszülés előnyei mellett érvelő munka az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásait közli (magyarul lásd: FARKASNÉ 1999: 143-144, illetve FARKASNÉ-VELKEI 2001: 12-14). Ezek a direktívák azokat az eljárásokat sorolják fel, amelyeket normál szülés esetén támogatandónak, megszüntetendőnek, illetve módosítandónak tekintenek, ily módon kívánja alátámasztani bizonyos eljárások helyes, illetve helytelen voltát (a direktívákat lásd a 3-as mellékletben). Ezek az ajánlások tudományos kutatásokon alapszanak, s mint ilyenek, természetesen viták tárgyát képezik egészségügyi berkeken belül is. Dr. Papp Zoltán, az Orvosi Kamara Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumának volt elnöke szerint “nyilvánvaló, hogy a WHO, amikor direktívákat ad, akkor az összemberiség populációjában gondolkodik. Ezeket a direktívákat – félremagyarázva – a fejlett országokban is egyes mozgalmak próbálják követni. Ennek a következménye az ún. alternatív szüléset”. (FARKAS 1999: 25.) Ez a kijelentés azt jelzi számunkra, hogy nincs deklarált meghatározása az alternatív szüléset kifejezésnek, mindenki mást ért alatta, különböző fokozatokat számontartva.

<sup>54</sup> Maga a medikalizációs folyamat a 17-19. században ment végbe, amely az orvoslásról szóló laikus megítélés tekintetében a bizalmatlanságtól a teljes elfogadásig tartó folyamatot jelenti. Starr a *The Social Transformation of American Medicine* című munkájában (STARR 1982) az orvoslás intézményrendszerének kialakulását elemzi amerikai példán, a laikus társadalom az orvostudományhoz és az orvosi hivatáshoz fűződő viszonyára fókuszálva, amelyből levezeti az egészségügyi ellátás és az orvostudományi kutatások ma is működő struktúráját, illetve magát a medikalizációs folyamatot.

<sup>55</sup> KOPP-KOVÁCS 2006: 10.

<sup>56</sup> FOUCAULT 1973

Az orvoslás intézményesülése, illetve a medikalizáció révén sokak szerint a laikus társadalom szerte a modern világban orvos- és orvoslásfüggő lett<sup>57</sup>, sőt, az egész emberi életet az orvostudomány ellenőrzi és irányítja, a születéstől egészen a halálig.<sup>58</sup> A posztindusztriális kultúrákban erősen megnövekedett az egészségtudatosság szintje, amit az individuum, mint érték megerősödése, illetve a tudatos választás szabadsága tesz lehetővé. Az egészségünkkel kapcsolatos állandó elfoglaltság, a gyakori orvoslátogatás, a vitaminkészítmények és különféle bajainkra különféle orvosságok szedése a *medikalizáció*nak nevezett folyamat része, amely azt jelenti, hogy az egészség-betegség kérdése mindennapi életünk részévé vált<sup>59</sup>, és a gyógyítás szinte minden esetben modern gyógyszerekkel, modern technikai berendezésekkel elvégzett vizsgálatok alapján felállított diagnózis szerint történik.

A medikalizáció kiteljesedését szerte a világon történelmi-politikai-gazdasági folyamatok szabályozták, s a szabályozás többnyire hatalmi eszközökkel történt. Magyarországon a második világháború után államosították az egészségügyet, betiltották a professzionális gyógyítás „tudománytalan“ formáit (vagyis amit a rendszer nem ismert el tudományosnak, például a természetgyógyászatot), és kiterjesztették az orvoslás befolyását az egészséggel kapcsolatos egyéb területekre, mint a betegállományba vételre, a terhesség és szülés folyamatára, az öreggondozásra vagy a magatartási zavarok kezelésére.

Mivel az orvoslás szoros kapcsolatban áll a halállal, logikus, hogy a társadalom erős érzelmi szálakkal kötődik azon szakemberekhez, akik valamilyen módon befolyással bírnak az egészség biztosítására, ezáltal a halál elodázására. Az orvostudomány fejlődése kialakította a társadalomban a technológiába, konkrétan az orvosi technológiába vetett bizalmat, annak ellenére, hogy a bizonytalansági faktor még mindig igen jelentős. A döntési kényszer áthárításának vágyából törvényszerűen jelenik meg az a „karizmatikus személyiség“, aki a veszélyeket több-kevesebb sikerrel képes eltávolítani: a sámán, a varázsló, a pap vagy az orvos.<sup>60</sup> Az orvostudományi kutatások alapján kifejlesztett gyógyszerek kiszorították és elfeledtették a hagyományos gyógyítási módszereket, aminek következtében az orvosokat „szekuláris papként“<sup>61</sup> tisztelték szerte a modern társadalmakban. Az egyre komolyabb műtétekre képes orvosok mindenhatóságába vetett hit egyre erősebb lett, az állam pedig hivatalosan támogatta és törvényekkel védte a tudományos orvoslást. Ennek hatására a közvélemény idővel elfogadta a professzionális orvostudományt az egészség és a betegség

---

<sup>57</sup> ILLICH 1975

<sup>58</sup> FOUCAULT 1996

<sup>59</sup> BARSKY 1988

<sup>60</sup> SÁGI 2002: 79

<sup>61</sup> GABE et al. 1994

tekintetében a legfőbb tekintélynek. Ez az abszolút bizalom ma azonban megrendülni látszik, amit tőlünk nyugatra már számos mozgalom megfogalmazott, mi azonban még csak a kezdetén járunk ennek a folyamatnak.

A medikalizált orvoslát érintő leggyakoribb kritika, hogy a technicizált, ám nyilvánvalóan egyre magasabb színvonalú, specializált kórházi ellátás elidegeníti a gyógyító folyamatot, ez pedig növeli a betegek elégedetlenségét. Ez a bizalomvesztés azonban nem egyforma a különböző társadalmi rétegek között. Egy vizsgálat szerint az idősebbek, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, és a rosszabb egészségűek jobban hisznek az orvostudomány lehetőségeiben.<sup>62</sup> A modern orvoslásról kialakított laikus elképzelésekben fontos szerepet játszik a média: egyszerre misztifikálja és demisztifikálja az orvostudományt.<sup>63</sup>

Az orvosi szociológia jól követhető mechanizmuson keresztül elemzi azt a folyamatot, ahogy az orvos a tudás és a készségek mellett az „orvossá válás” – vagyis az orvosi szocializáció – során elsajátítja az orvosokra jellemző attitűdöket, normákat, értékeket, hiedelmeket, viselkedési formákat, tehát kialakul orvosi én-képe.<sup>64</sup> „Az orvosegyetemi oktatás rendszere úgy épül fel, hogy az ismeretek és készségek mellett az orvostársadalomra jellemző értékrendet és beállítódást is elsajátítsák a hallgatók, mire orvosokká válnak.”<sup>65</sup>

A szociológus Sági Matild szerint az orvostársadalom intézményesített tekintélynek csak akkor van utánpótlása, ha folyamatosan kapcsolatban áll a társadalom laikus csoportjaival is, ami az intézményesített és az interperszonális kapcsolatokban, a kommunikáció formáiban és az interpretáció különféle módjaiban is jelentőséggel bír. Az orvoslás *hivatás* jellege, amely autonómiát biztosít, így megszabhatja saját munkája szabályait, törvényeit, legitim résztvevőit, eszközeit, értékeit és ideológiáját, „törvényen kívül helyezhet”, érvénytelennek vagy értéktelennek nyilváníthat minden olyan eszközt és módszert, amelyet nem ő birtokol. E monopólium megszerzéséhez és fenntartásához mindig felhasználja az adott kor és társadalom domináns hit- és képzetrendszerét, eszmerendszerét, illetve a hatalmon lévő csoportok támogatását.<sup>66</sup>

A bioetikai és egészségszociológiai kritikák szerint a gyógyítás, sőt „javítás” állandó kényszere olyan technikai fejlesztésekre sarkallja a természettudományokat, amelyek hatása a társadalomtudományok segítsége nélkül beláthatatlan és veszélyes. Ilyenek a génmanipuláció

---

<sup>62</sup> CALNAN 1992

<sup>63</sup> SZÁNTÓ-SUSÁNSZKY 2002: 31.

<sup>64</sup> SZÁNTÓ - SUSÁNSZKY 2002: 83

<sup>65</sup> SZÁNTÓ - SUSÁNSZKY 2002: 83

<sup>66</sup> I.m. 80.

és klónozás lehetséges következményei, amelyek „etikai és társadalmi-kulturális háttérelmzés nélkül kimeríthetik az egyének és közösségek adaptációs képességét, s így akár visszafordíthatatlan károsodásokat idézhetnek elő egy adott társadalom életében“<sup>67</sup>, de ide sorolhatóak a szülés során alkalmazott fájdalomcsillapító készítmények, a szülés tervszerűvé és irányítottá tétele, vagy egyes országokban az ultrahangos vizsgálat elterjedése.<sup>68</sup>

### 1.3. A SZÜLÉS METAMORFÓZISAI

A világ valamennyi kultúrája rendelkezik szülési-születési kultúrával, amely azt a normarendszert jelenti, amelybe a gyermekvárás valamennyi mozzanata, a születésszabályozás, családtervezés, lelki és testi felkészülés (mindkét nemnél, illetve a szűkebb és tágabb közösségen belül), maga a szülés, a gyermek fogadása, befogadása, az anya avatása, a gyermekágyi szakasz rendje, illetve az ehhez fűződő világkép és rítusrendszer beletartozik. Ez a kultúra, mint hagyomány – hiszen az ehhez kapcsolódó érték- és normarendszer a szocializáció folyamatával öröklődik egyik generációról a másikra – igen összetett és sokrétű, szerteágazó kapcsolódási pontokkal rendelkező folyamat, amelynek szabályozása alapvető fontossággal bír az adott társadalom tagjai személyiségének, egészségének és alkalmazkodási képességének alakulására, vagyis tulajdonképpen a társadalom életminőségére. A modern kor szüléskultúrája hasonlóképpen szabályozott és erősen ritualizált, ám alapvető szemléletében és céljaiban gyökeresen eltér a tradicionális felfogások többségétől.

#### 1.3.1. A szülés medikalizációja és a technokrata szemléletmód

Az, hogy a szülés családi eseményből egészségügyi, sőt, kifejezetten orvosi esetté vált, a medikalizáció részeként értelmezhető. Az orvosi irodalom a medikalizáció eredményeként tartja számon az anyai illetve a perinatális halandóság drasztikus csökkenését<sup>69</sup>, de a

---

<sup>67</sup> PIKÓ 2002: 15

<sup>68</sup> Például Kínában vagy Indiában, ahol az ultrahangos vizsgálat lehetővé teszi a gyermek nemének megállapítását megszületése előtt, s a nem kívánt nemű gyermekek (lányok) tömeges abortálását, amely mára olyan demográfiai válsághoz vezetett, amely biztosítja az ember- (pontosabban lány)kereskedelem virágzásának alapjait. Hiszen egy egész generáció maradt „feleségnekvaló” nélkül.

<sup>69</sup> Mint ahogyan az a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium otthonszüléssel kapcsolatos állásfoglalásában is szerepel: „A hazai szülészetnek a születéskörüli halálozás, illetve károsodások



jelenséget nyilvánvalóan alapvetően befolyásolta a sokrétű életmódbeli változás, a társadalom- és családszerkezet átalakulása, a táplálkozási szokások változása, az infrastruktúra fejlődése, az információhoz való hozzájutás lehetőségének robbanásszerű kiszélesedése, illetve az általános egészségi- és higiéniai állapot javulása.<sup>70</sup>

A szülés veszélyességének képzete a gyermekágyi láz időszakában kezdett kialakulni, amikor az orvosok rengeteg nőt láttak meghalni a szülés következtében, s mire Semmelweis Ignác elméletének igazat adtak és széles körben alkalmazni kezdték a kézmosást a szülés levezetése előtt, a szülés és a veszély fogalma közti szoros kapcsolat már az orvosi kultúra részévé vált.<sup>71</sup> A gyermekágyi láz azonban akkor jelent meg tömegesen, amikor a boncolást is végző sebészorvosok kezdték a nehéz, majd a normális szüléseket levezetni. Ez volt a kezdete annak a nyugati kultúrára jellemző eljárásnak, hogy a technika okozta problémákat még több technológiai eljárás igénybevételével igyekszünk orvosolni.

A medikalizáció önmagában még nem magyarázná meg a szülés és a születés jelenlegi modelljeinek működési elveit. Ezt támogatja szükségszerűen a modern dualista emberkép és testfelfogás<sup>72</sup>, az a materialista világkép, amely a lélekkel szemben az anyagot tekinti elsődlegesnek. Ezen elv szerint az ember biológiai lényvé redukálható, amely kiindulópontot szolgáltat a test sejt szintű működésének megértéséhez.

A testkép változását példázza a nő (illetve általában az ember) megjelenítése az orvosi prezentációban. Európában asszonyt szülés közben először az orvosi szakirodalom ábrázolt.<sup>73</sup> Itt a nő a klasszikus erotikus pozícióban jelent meg, illetve alternatívaként Éva az almával, a magzatot (pontosabban a mini felnőttet) pedig a testen belül a felvágott hason keresztül lehetett tanulmányozni. Anatómiai viaszmodellt először a medikalizáció megjelenésével egyidőben, a 18. században használtak Itáliában. Mivel a várandós asszony meztelen teste

---

csökkentésében elért óriási eredményei az intézeti szülésekhez, az ott folytatott intenzív észleléshez, a megelőző szemlélethez, a szülész orvosok lelkiismeretes, a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel végzett eljárásaihoz, a szakmai szabályok szigorú betartásához, a szakfelügyelet jó működéséhez kötődtek és kötődnek.“ (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a „Tervezett otthoni szüléssel” kapcsolatban. Magyar Nőorvosok Lapja, 1999; 62: 233), illetve MARTINI 2002

<sup>70</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 89

<sup>71</sup> DAVIS-FLOYD 2003 [http://www.nandu.hu/magyar/utazasok/paris2003/paris03\\_6.htm](http://www.nandu.hu/magyar/utazasok/paris2003/paris03_6.htm) (Letöltés ideje: 2009-12.11.)

<sup>72</sup> Descartes volt az első markánsan dualista nézőpontot valló filozófus, aki teljesen különválasztotta a testet és a lelket. Az általa *res cogitans*-nak nevezett lélek és a *res extensa*-nak nevezett test Descartes szemléletében egymással ellentétes viszonyban áll, különválasztható és egymástól elkülönítve jellemezhető, miszerint a testnek fizikai kiterjedése van, a mechanika törvényei szerint működik, amelynek folyamatai csak a külső megfigyelő számára hozzáférhetőek, míg a lélekre nem hatnak a mechanika törvényei, nincs térbeli kiterjedése, és szabad tudatállapotaihoz szabad hozzáférése van, vagyis önreflexív. (VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 87-88) Descartes elemzésében a test, illetve az idegrendszer úgy működik, mint egy gép, amely előre meghatározott módon reagál az őt érő ingerekre, nincs saját aktivitása, s az így kialakult mechanikusan determinált szervezet eszméje határozta meg az európai emberképet egészen a 20. századi behavioristákig. (PLÉH 1992: 35.)

<sup>73</sup> KITZINGER 2005: 25.

megjelenítésre került, modelljét kurtizánként vagy megesett nőként ábrázolták (gyöngyökkel a nyakában és kibontott hajjal), hogy a téma ne mondjon ellent az illem szabályainak. A 19. század elején ezek az ábrázolások elváltak a művésztől, és már pusztán orvosi segédeszközként funkcionáltak, ennek megfelelően a modell már fej- és végtagnélküli. Az orvosi tankönyvekben az ábrázolás tisztán patológiai jelenetet mutat, ahol a nő passzív, az orvos pedig aktív szerepben jelenik meg. Az orvosi antropológiával foglalkozó Sheila Kitzinger beszámolója szerint az orvosi műszereket bemutató előadásokon szintén egy fejnélküli, rózsaszín babát használnak, amely véleménye szerint jól példázza a mai szülészorvosi gyakorlat elsajátításának módját, nevezetesen, hogy az elméleti prezentációban a szülő nő egy passzív, mozgásképtelen és akaratnélküli modell.<sup>74</sup> Szerinte ennek pszichológiai következményei tudat alatt, és hosszú távon fejtik ki hatásukat, ami a szülő nő döntési szabadságának hiányában manifesztálódik.

Jól illeszkedik a medikalizáció folyamatába az a feminista törekvés is, amely megköveteli a szülési fájdalom csökkentését, illetve lehetőség szerinti megszüntetését. Ezek az igények, illetve azt ezeket alátámasztó képzetek a szülési fájdalmat a céltalan fájdalom körébe sorolták, amely azonban a fejlett orvostudománynak köszönhetően kiküszöbölhető, így a csupa negatív konnotációkkal terhelt fájdalomtól való megszabadulás elterelte a figyelmet a szülési fájdalom értelméről, s mint a nők számára ismeretlen jelenség, félelmet szült. Ez a fajta gondolkodás jól megfigyelhető ma is a szülésről (szorosan a szülés folyamatáról) szóló közbeszédben, ami legtöbbször a szülési fájdalomról szól, illetve annak megszüntetési lehetőségeiről.

A szülés medikalizációjának útján állandó hajtóerőt biztosít a haladásba vetett hit, amelynek kulcsa a *haladás* jelentéskörének értelmezésében rejlik. „Csak a jövő tudományos-technikai eredményei valósíthatják meg a haladás eszményét, és csak a legmodernebb technikai vívmányok segíthetnek hozzá a boldogsághoz...”<sup>75</sup> Ennek folytán a szülészeti medikalizációnak része a technikai háttér biztosítása, amely annak a technológiai apparátusnak a felvonultatását jelenti, amely a technokrata szemléletmód egyik központi kategóriáját jelenti. Ilyenek a várandósság alatt végzett műszeres vizsgálatok, amelyek a pszichológia szerint azt az üzenetet hordozzák a társadalom számára, hogy ha ennyi bonyolult technikai eljárásra van szükség a várandósság alatt ahhoz, hogy biztonságban tudjuk a magzatunkat, akkor hogyan is tudná egy nő megszülni a gyermekét műszerek, és az azokat kezelni tudó szakemberek nélkül? Ez a pszichológia szerint szükségszerűen kialakítja a nőben

<sup>74</sup> KITZINGER 2005: 27

<sup>75</sup> öszegzi a haladás és a technika kapcsolatának determinizmusát hirdető elveket PIKÓ (2005: 13)

az inkompetencia érzését, hiszen a szülést veszélyes helyzetnek kezeli, ahol az orvos jelenléte nélkülözhetetlen. Mint később látni fogjuk, ez a hozzáállás az otthonszülésről szóló vita egyik alapkérdése: míg az otthonszülés ellen felhozott érvek rendre a szülés *természetéből* fakadó vészhelyzetről szólnak, addig az otthonszülés támogatói önmagában a szülést nem tartják veszélyes folyamatnak. Bár a szülő nő nyilvánvalóan nem beteg, a terhesgondozás során – mint ahogy arra Varga Katalin pszichológus rámutat – mégis számos pszichés utalást kap arra, hogy valami mégsincs rendben vele, hiszen *kismamának* szólítják, *terhesgondozásra* jár, majd *kórházba* megy, és az *orvos*, aki előbb *fájásai* iránt érdeklődik, később erősíti a *fájásokat*, s végül *levezeti* a szülés(é)t.<sup>76</sup>

Emily Martin a *The Woman in the Body* (1987) című könyvében a *reprodukción* fogalmát egyenesen a *termelés* fogalmával hozza párhuzamba, ami nála azt jelenti, hogy az orvos érdekelt a „termelésben”, a „termelési mutatók” optimalizálásában. Ez egyfelől a „szülést levezetni” kifejezésben visszhangzik, másfelől a matematikai átlaghoz való kényszeres ragaszkodásban (mennyi idő telt el, eközben ennyit és ennyit *kell* tágulni, milyen gyakorinak és erősségűnek *kell* lennie a méhösszehúzódnak, és ha a mért adatok nem felelnek meg az átlagnak, a megfelelő beavatkozással igyekeznek optimalizálni az adatokat). A medikalizáció kritikája tehát elsősorban a szemléletet, és nem a gyakorlatot célozza.

Az orvos-paciens kapcsolatban, természetesen beleértve az orvos-várandós nő kapcsolatot is, már Hippokratész kora óta jellemző motívum a *paternalizmus*, vagyis a mások nevében és feltételezett érdekében történő döntés. A paternalizmus elve alapján hozott döntés általában akkor kerül a figyelem középpontjába, amikor annak a személynek az akarata marad figyelmen kívül, akinek az érdekében a döntést meghozzák. Amikor a döntés nem életmentő funkciót lát el, többek szerint<sup>77</sup> felmerül az egyén önrendelkezési jogának megsértése.<sup>78</sup> Magam úgy vélem, a paternalizmus alkalmazását csupán egyetemességében érheti kritika, amikor a paternalista alapállást az orvoslás egészén belül és a paciens egyéniségét figyelembe nem véve alkalmazzák. Noha ez utóbbi minden valószínűség szerint meddő kíváncsi, könnyű belátni, hogy nem lehet egyformán alkalmazni a paternalizmus elvét egy életveszélyes balesetnél, egy foghúzásnál vagy egy komplikációmentes szülés esetében. Legfőképpen abban találhatunk eltéréseket, hogy egy adott személy milyen mértékben igényli

<sup>76</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 93

<sup>77</sup> BLASSZAUER 1997: 179

<sup>78</sup> Történelmi viszonylatban az orvosi etika általában az orvosra bízta, hogyan alkalmazza a „nem ártani” elvet. A helyzet paradox voltát felismerve a Világ Orvosi Társaságának (WMA) Nemzetközi Orvosetikai Kódexe már 1947-ben arra hívta fel a figyelmet, hogy a paternalista orvos-beteg kapcsolatot fel kell váltania az orvos és betege partneri viszonyának, mert éppen az egyes ember autonómiájának tiszteletben tartása az, ami az embert emberré teszi. (BLASSZAUER 1997: 180)

a döntés átvállalását, az atyáskodó hangvételt. Megint más kérdés, hogy az egyes ember milyen szocializációs és szereptanulási minta alapján rendelkezik bizonyos elvárásokkal.

A szülés kapcsán Kitzinger elemzi az orvos paternalista szerepének jellemzőit<sup>79</sup>, amelynek pszichológiai vetületeit tartja elsőrendűen fontosnak, így elemzése hangsúlyosan pszichoanalitikai irányultságú. Eszerint a szülés során a nő a fájdalom és a kiszolgáltatottság által felerősített, spontán módon kialakuló módosult tudatállapotba kerül, amely nagy erővel hívhatja elő a rituálisan kiváltott regresszió élményét, különösen az olyan beavatkozások által, mint a borotválás, ami a kamaszkor előtti időszak élményét eleveníti fel (mivel szemérme ekkor volt utoljára csupasz), vagy a beöntés, amely a széklet visszatartásának képtelensége miatt a szobatisztaság előtti élményanyag tudattalan aktiválódásához vezet. Majd ebbe a lélektani helyzetbe lép be a – többnyire férfi – orvos mint apafigura, aki pontosan tudja, mikor mit kell csinálni.<sup>80</sup> A szociálpszichológiai kutatások szerint az orvos-beteg kapcsolatot általában is jellemzi ez az attitűd, ugyanis „a betegség által kiváltott pszichológiai állapotban olyan gyermeki viszonyulásmódok aktiválódnak, amelyek igénylik az egyenlőtlen relációt, és azt, hogy más valaki segítsen, vegye kezébe az események irányítását“.<sup>81</sup> Ez az igény, amely a gyógyítás mechanizmusának széles körben való megismeréséig arra sarkallta az orvosokat, hogy olyan kommunikációs stratégiákat dolgozzanak ki, amely megnyugtatja a beteget és reményt ad a gyógyulásra, kialakította az orvosokra jellemző nyájas, ám ellentmondást nem tűrő viselkedést. Az általam megkérdezett otthonszülő nők mindegyike – bár a változatok széles skáláját mutatva – okként jelölte meg a kórháztól való tartózkodás kérdésében a paternalizmus ebbéli formáját.

Elsősorban az amerikai és nyugat-európai orvosi irodalom feszegeti a kérdést, hogy valóban szükség van-e a szülésnél orvos jelenlétére? A szakirodalmi adatok szerint a szülések 70-95 %-a orvosi beavatkozás nélkül is lezajlana<sup>82</sup>, ám egy 2000-es budapesti felmérés szerint<sup>83</sup> a spontán szüléseknek csupán az 5 %-a zajlott le beavatkozásmentesen. Egy szülésnél átlagosan 3.7 beavatkozás történt, és ebben nincsen benne a rutin előkészítés, holott az is beavatkozásnak számít.

Manapság az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában a szüléseknek mintegy egynegyede császármetszéssel történik<sup>84</sup>, Brazíliában pedig a magánklinikákon 70 % fölött

---

<sup>79</sup> KITZINGER 1963

<sup>80</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 99

<sup>81</sup> BUDA 1986: 188

<sup>82</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 89

<sup>83</sup> SUHAI-HODÁSZ 2000

<sup>84</sup> Department of Health 2005, GARCIA et al 2001

van a császármetszések száma.<sup>85</sup> Magyarországon a császármetszés aránya 2006-ban 28,9 volt, míg 2003-ban még „csak” 24,8 %. Az Európai Unió átlaga 2004-es adatok szerint 23,6 %-os volt, ami 3 %-os növekedést jelent a 2000-es felmérésekhez képest. Magyarországon szembetűnőek a különbségek az egyes intézménytípusok között, bár figyelembe kell venni, hogy egyes intézmények a kifejezetten problémás esetekkel foglalkoznak.<sup>86</sup>

A vaginális úton szülő angol nők 14 %-án végeztek gátmetszést.<sup>87</sup> Magyarországon ez az arány 77,4 %<sup>88</sup>, de első szülőknél többnyire rutinszerű, noha a WHO szerint a 10-15 % feletti gyakoriság nehezen indokolható.<sup>89</sup>

A modern szülészet szemlélet-és eljárás módjainak antropológiai elemzését Robbie Davis-Floyd végezte el a legszisztematikusabban.<sup>90</sup> Ahogy rávilágít, ezek a szemléletmódok a kultúrára jellemző emberképről, illetve az ezt beágyazó világképről tudósítanak, amely a szocializáció folyamatán keresztül meghatározza, hogy a társadalom milyen viselkedésmódot vár el a szülő nőtől, az apától, a szűkebb és tágabb környezettől, továbbá a társadalomtól, amely ezen normák szerint viszonyul a szülés résztvevőjéhez.

Davis-Floyd – nagy általánosságban – a kórházi szülésvezetés és az „alternatív” vagy bábai szüléskísérés szemléletének megkülönböztetésére bevezetett egy fogalompárt, a *technokrata* és a *holisztikus szülésmodell* kifejezéseket.<sup>91</sup> A szélsőséges, bináris oppozíció éles határait a szerző később finomította, és javasolt egy új, középutas kategóriát, a *humanista szemlélet*<sup>92</sup> fogalmát. Elemzése szerint a *technokrata szüléskultúra*, amely valamennyi ipusztriális társadalom sajátja, legjellemzőbb vonásaként a szülés és születés minőségét a műszerekkel diagnosztizálható standardok alapján ítéli meg. Ez a kategorizáló, szeparáló szemlélet nem ismeri el a szülő nő kompetenciáját saját szülésével kapcsolatban, s szinte minden esetben szükségesnek tart valamilyen orvosi beavatkozást<sup>93</sup>, ellentétben azzal az integráló megközelítéssel, amelyet Davis-Floyd *holisztikus szülésmodell*nek nevez. Ez a

<sup>85</sup> POTTER et al 2001: 1155-1158

<sup>86</sup> Intézménytípusonként hazánkban a következőképpen oszlott meg a császármetszési arány 2006-ban: egyetemek, országos intézetek, szakkórházak: 38,3 %, fővárosi kórházak: 27,9 %, megyei kórházak: 28 %, városi kórházak: 25,3 %. (<http://www.ebf.hu/letoltes/csaszarmetszes2006.pdf>)

<sup>87</sup> GARCIA et al 2001

<sup>88</sup> Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet 2004-es adata.

<sup>89</sup> „A legalacsonyabb perinatalis mortalitással rendelkező országok között számos olyan ország van a világon, ahol a császármetszés aránya 10 % alatt van. Nincs olyan területe a világnak, ahol indokolt lehetne a 10-15 % feletti császármetszés-gyakoriság”. (FARKASNÉ 1999: 144)

<sup>90</sup> DAVIS-FLOYD 1992

<sup>91</sup> DAVIS-FLOYD 1992: 160-161

<sup>92</sup> DAVIS FLOYD 2003 xviii-xxi (előszó)

<sup>93</sup> Rutinszerű, vagyis megelőző beavatkozás alatt Davis-Floyd a szülés természetes folyamatába való mindenfajta beavatkozást ért, kezdve a nő szeparációjától (kórházba vonulás, elkülönítés a férjtől, szülés után a csecsemő szeparációja) a kórházi hálóing viselésén, a beöntésen, a borotváláson, a rutinszerű burokrepesztésen, a fájáserősítésen és -gyengítésen, a gátmetszésen keresztül a pszichés szuggesztív hatásokig. Ezeket a beavatkozásokat a technokrata szüléskultúra rituális státusmegerősítő eljárásainak tekinti.

nőközpontú hozzáállás a kontrollt és a felelősséget az anya kezébe helyezi, nem választja ketté az anya és a magzat, illetve az anya és az újszülött érdekeit, akárcsak a test és a lélek szükségleteit sem, nem tartja az egyes születeket összehasonlíthatónak, s nagy hangsúlyt helyez az individuális elvárásokra. Vagyis a szemlélet a klasszikus technokrata hozzáállással ellentétben az anyát kiemeli a passzivitásból és aktív félként kezeli. A holisztikus értelmezés javarészt a hagyományos kultúrák jellemzője, ám a szülés rehumanizációját hirdető modern mozgalmak éppen a hagyományos szüléskultúrák pszichés megerősítő attitűdjeit, szerepkiosztását, kompetencia-felfogását és emberképét fedezik fel újra, s használják fel elemeit a modern tudomány vívmányaival karöltve. A *humanista szemlélet* a gyakorlatban is megvalósuló reformer kórházi szülésmodellek jól megragadható ideológiáját jelenti. Itt már megjelenik a pszichológiai kutatások eredményeinek beépítése a szülésmodellbe, ám a technokrata hierarchia és az intézmény ritualizált tisztelete továbbra is megmarad.

Ahogy Davis-Floyd rámutat, az általa technokrata szülésmodellnek nevezett szemlélet lényege a „technokrata kényszer“, vagyis az, hogy ha valamiben segítségül hívható a technika, akkor segítségül is *kell* hívni. A világon mára szinte mindenütt elterjedt modell más és más hatást vált ki a különböző kultúrákban, attól függően, hogy mennyire illeszthető bele a hagyományos szüléskultúrába, hiszen ennek megfelelően viszonyul hozzá a laikus, ám a technológia mindenhatóságába vetett hit meg nem kérdőjelezése olyan következményekkel jár, amely mintegy megerősíti önnön szükségességének hitét.<sup>94</sup>

A technokrata szüléskultúrában az orvos a felelős a szülés optimális lezajlásáért, ő a felelős a fájdalom kordában tartásáért is. A szüléssel élettanilag együtt járó fájdalmat a technokrata gyakorlat nem tartja elfogadhatónak (amely gondolatot a korai feminizmus is erősen támogatta), ennek megfelelően minden eszközzel igyekszik kiküszöbölni azt, ugyanakkor az orvosi beavatkozások okozta fájdalmat szükségszerűnek és elfogadhatónak tekinti. Ennek az az alapja, hogy a fájdalmat az orvosi szemlélet a beteg test diszfunkcionális működéséhez köti, és nincs bizalma a fájdalom „kezelésének“ alternatív módozataihoz. Ronald Melzack kanadai pszichológus szerint a fájdalom a kompetencia- és kontrollélmény

<sup>94</sup> A már említett brazil példával kapcsolatban, miszerint Braziliában országosan 40 % körül mozog a császármetszések száma, ám a magánkórházakban ez az arány 70-80 %, a hivatalos tájékoztatás szerint maguk a nők kívánják császármetszéssel világra hozni gyermeküket. Egy 2001-es, 1136 fős mintán végzett reprezentatív vizsgálat azonban kimutatta (POTTER et al 2001: 1155-1158), hogy a brazil nők 70-80 százaléka a vaginális szülést tartaná megfelelőnek. Az adathoz további adalék, hogy éppen Brazília adott otthont a WHO Regionális Hivatala 1985-ös nemzetközi konferenciájának, ahol 13. ajánlasként megfogalmazták: „A legalacsonyabb perinatalis mortalitással rendelkező országok között számos olyan ország van a világon, ahol a császármetszés aránya 10% alatt van. Nincs olyan területe a világnak, ahol indokolt lehetne a 10-15 % feletti császármetszés-gyakoriság”. (FARKASNÉ 1999: 144). Magyarországon a császármetszés aránya 2006-ban 28,9 volt, míg 2003-ban még „csak” 24,8 %. (OEP felmérés: <http://www.ebf.hu/letoltes/csaszarmetszes2006.pdf>. Letöltés ideje: 2009.10.10.)

hiányában egészen más természetet kap, mint egy olyan helyzetben, ahol maga a szülő nő kontrollálja a szülés folyamatát, hiszen utóbbi esetben a fájdalom adaptív, alkalmazkodást segítő jellege is szerepet kaphat.<sup>95</sup> Mára a technokrata szemlélet sokat változott, s noha Budapesten is van olyan kórház, ahol a nők 90 százaléka epidurális érzéstelenítéssel szül, mert ez az intézmény bevett gyakorlata, léteznek olyan állami kórházak is, ahol egyértelműen a természetes szülést részesítik előnyben.<sup>96</sup>

A szülést, mint rituális cselekvéssort már többen vizsgálták.<sup>97</sup> A szülés rítusainak elemzése rávilágít arra, hogy nem csak a hagyományos szülésmodellek alkalmaznak rítusokat a szülés biztonsága, illetve a hatalom és a tekintély biztosítása érdekében, hanem korunk technokrata szüléskultúrája is. Ez mindig azt sugallja, hogy a transzformáció nem a természet, hanem a társadalom által megy végbe. Kérdéssé vált, hogy az orvosi gyakorlat miként ad választ a technokrata társadalom természetes folyamatoktól való extrém félelmére, amelyektől a tudomány segítségével sem tudjuk függetleníteni létünket. Davis-Floyd szerint a technokrata szülésmodell rítusai által úgy érezzük, hogy transzformálni tudjuk a kiszámíthatatlan és kontrollálhatatlan természetes folyamatokat egy relatíve kiszámítható és kontrollálható jelenséggé, amely megerősíti a technokrata társadalom hitét a természet feletti technológiai felsőbbrendűségben.<sup>98</sup> Több antropológiai kutatás rámutat, hogy egyes „hagyományos társadalmak” hasonlóképpen ritualizálják a szülést: az átmeneti rítusokhoz kapcsolódó szertartások az ember azon képességeit hangsúlyozzák, amelyekkel a természetet kívánja uralni, s amely képességeket a születés/szülés, a szexualitás és az emberi halandóság megkérdőjelez.<sup>99</sup>

Sheila Kitzinger könyve, a *Politics of Birth* a technokrata szülésmodell rituális funkcióit vizsgálja.<sup>100</sup> Meglehetősen kritikus hangvételű elemzése szerint első lépésként csak a hivatalos szakértő (a szülésorvos) kijelentése és dokumentációja, a nő páciensként való osztályozása teszi a terhességet legitimé, noha az anya vélhetően már korábban is tisztában volt állapotával. Úgy véli, ezzel készítik elő a terhesség orvosi irányítását. A terhesség és a szülés szabályozására és szexuális vetületétől való megvonására komplett rituálét használunk, ami a folyamatot orvosi esetté változtatja. A *terhesgondozás* kötelező jellegű vizsgálatai a rizikótényezők megállapítását, illetve a nő és a folyamat feletti kontroll megerősítését szolgálják Kitzinger szerint. A vajúdás kezdetén a szeméremszőrzet leborotválását Kitzinger a

<sup>95</sup> MELZACK 1977.

<sup>96</sup> Erről részletesen lásd a Születéskauszokat. (FARKASNÉ – VELKEI 1999, SZŐDY 2001, VELKEI 2005)

<sup>97</sup> DOUGLAS 2003, DAVIS-FLOYD 2003, KITZINGER 2005

<sup>98</sup> DAVIS-FLOYD 2003: 2

<sup>99</sup> BLOCH-PARRY 1982: 7

<sup>100</sup> KITZINGER 2005

nő nőiségétől való szimbolikus megfosztásaként értelmezi, amellyel visszatér a pubertáskor előtti állapotba. Egyfajta társadalmi kontrollt ért alatta, amely hasonló funkciót kap, mint a novícius szerzetesek vagy a rabok hajának leborotválása. Kitzinger több kutatásra hivatkozva<sup>101</sup> bizonyítja, hogy az eljárásnak a nyugati államokban ma már nincsen semmilyen egészségügyi indoka, sőt, növeli a fertőzésveszély kockázatát, így inkább egyfajta kulturális *survival*ként értelmezhető. A borotválást követő beöntés a szennyeződéstől való rituális megtisztulást szolgálja, amely azt demonstrálja a paciensnek, hogy még belső szerveinek működése is a kórházi személyzet kontrollja alá tartozik. A rituálé következő állomása a mesterséges burokrepszés, amely szintén a legfőbb tekintély hatalmát és irányítói funkcióját reprezentálja, illetve a vajúdas és a szülés alatti testhelyzet meghatározása. Bár ma már evidens, hogy a vertikális testhelyzet jelentősen csökkenti a fájdalomérzetet, és különféle fiziológiai okok miatt a horizontális szülés megnehezíti a kitolást, a technokrata modell elvei szerint a szülést egy átlagos operáció szerepkiosztása szerint értelmezik, ahol a beteg mozgásképtelen, és saját akaratának kompetenciahiánya miatt nincs sok jelentősége. Kitzinger elemzése szerint a szülés során a női nemi szerv feltárása a terület rituális izolációját jelenti, amely eszerint személytelen és deszexualizált. A szerző másodfokú rituális irányításnak nevezi azokat a verbális utasításokat, amelyek a nő számára lehetetlenné teszik, hogy saját testében és ösztönében bízva maga kontrollálja önnön érzékelését. A vaginális szülés kitolási szakának végén első szülőknél a genitálián általában megelőző bemetszést ejtenek, majd összevarrnak, amit nem csak Kitzinger ír le ceremoniális csonkításként.<sup>102</sup>

A szülés rítusai szimbolikus üzeneteket közvetítenek, amelyek a kultúra legalapvetőbb értékeiről és képzetéről szólnak. Ezek az értékek ma az európai 17. századi tudományos forradalom valóságmodelljéből merítenek. A mechanisztikus modell kulturális elfogadása együtt járt az organikus vallási rendszer széttöredezésével, ami addig fogalmi keretet biztosított az európai társadalom számára. Mivel azonban az emberi test nem felel meg a mechanikus működés elvének, a nyugati orvoslás arra törekszik, hogy belekényszerítse a testet a domináns világnézetbe, vagyis amennyire lehetséges, igyekszik mechanikusan felfogni és értelmezni a testet és annak működését.<sup>103</sup> Davis-Floyd szerint az orvosi eljárások ritualizációjára a szülészetben (és általában is) azért van szükség, mert ha az embert extrém stressz éri (és a várandósság, illetve a szülés pszichológiai értelemben normatív, biológiailag determinált pszichológiai krízishelyzetként értelmezendő, hiszen alapvető testi-lelki

---

<sup>101</sup> A kutatások összegzését lsd: ROMNEY 1980: 33-35.

<sup>102</sup> GRAHAM 1997, DAVIS-FLOYD 2003: 64, KITZINGER 2005: 5-6

<sup>103</sup> DAVIS-FLOYD 2005: 44-46



változások zajlanak a nőben<sup>104</sup>, továbbá a szülés maga, valamennyi természetes velejárójával és külső behatásával maga is képes extrém stresszhelyzetet generálni), hajlamos diszfunkcionalitásba süppedni, és elveszíti a valósággal való kapcsolatát. Ebben a helyzetben a rítus stabilizálhatja az egyén helyzetét azzal, hogy megoldásokat kínál. Erre a folyamatra Davis-Floyd a *kognitív stabilizáció* kifejezést használja, amely arra utal, hogy a rítus összekötő kapocsként működik a kogníció és a káosz között azáltal, hogy a valóságot úgy láttatja, mint ami egybevág az elfogadott kognitív kategóriákkal. Előadni egy rítust tehát annyi, mint helyreállítani a fogalmi rendet.<sup>105</sup> Davis-Floyd szerint ezen rítusok során az egyén várandósság- és szülésélmény észleléséből eredő személyes hitrendszere a társadalom hitrendszeréhez igazodik. Ez a hitrendszer az a közös tudás, amely nem az individuális (női) tapasztalatokból, hanem a férfidominanciára és az abszolút orvosi tekintélyre épülő, a média által közvetített ideálképből táplálkozik. A rituális eljárások a résztvevőket (az orvosokat, szülésznőket, egészségügyi dolgozókat, a gyermeket váró szülőket és azokat, akik bármilyen érzelmi vagy gyakorlati kapcsolatban vannak a szülés ügyével) egy szintre redukálják, amely egy bizonyos kognitív mátrix szemszögéből engedi láttatni a világot, így megszabja a gondolati mintákat, ami a továbbiakban nem engedi figyelembe venni az alternatív nézőpontokat.

### 1.3.2. A szülés rehumanizációja útján

A 20. században, amikor a jóléti társadalmakban alapvetően megváltozott a gyermekhez való viszony, hiszen – különféle társadalmi és egészségügyi okok következtében – az asszonyok már nem 6-10, hanem csak 1-2-3 gyermeknek adtak életet, megfogalmazódott az az elvárás, hogy ezek a szülések pozitív élményként maradjanak meg mind az anya, mind a gyermek tudatában. A szexuális forradalom és a feminista mozgalmak vonzataként, amely a nőt tudatos szerepvállalásra motiválta, megjelent az igény arra, hogy a szülés a szexuális érintkezéshez hasonlóan élvezhető legyen. A testi-lelki funkciók aktív, harmonikus és örömteli átélése az önmegvalósítás egyik formájává vált.<sup>106</sup> Ezek az igények hívták életre azokat az alternatív szülészeti módszereket, amelyek sokszor a preindusztriális vagy népi

<sup>104</sup> TIBA 2004, VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 14

<sup>105</sup> DAVIS-FLOYD 2005: 12-13

<sup>106</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 110

szülészeti eljárások elemeit is felhasználva alkották meg azt az alternatív szülési filozófiát, amit Davis-Floyd után holisztikus szülésmodellnek neveznek.

A Frederick Leboyer, francia szülészorvos nevéhez fűződő „gyengéd szülés”-hez vezető út – amely nemcsak fizikai, hanem lelki vonatkozásban is maximálisan figyelembe veszi a magzat és az anya érdekeit – hosszú volt és göröngyös, és még ma is éppen csak hogy kezd beépülni a technicizált szüléskultúrába. Nem kétséges, hogy a mai nyugati kultúrákban a nők többsége számára a „medikalizált szüléset” az egyetlen járható út vagy lehetséges megoldás, hiszen a szervezett szülésfelkészítés erre szocializálja az anyákat. *Medikalizált szülésen* azt értem, amikor a szülést orvosi esetként fogják fel. Ez nagyrészt a *technokrata szülészmód* kategóriájával azonos, amennyiben a kórházi szülésvezetés a szülés biztonságát elősorban a technika révén látja biztosíthatónak, a szülés folyamatának normáit pedig a technika által tartja meghatározhatónak. Másfelől azonban különbözik is attól, mert a – kórházi szülésvezetést takaró – medikalizált szülések a kórházak és a szülészeti szakemberek felfogásának eltérései miatt nem sorolhatóak be egyetlen kategóriába, és egyéni attitűdjeiket tekintve sem feltétlenül technokraták. Ugyanakkor a kórházi szülésvezetés technikáját és protokollját előíró szakkönyvek és a szüléseket képviselő legfőbb szakmai szervezetek technokrata felfogásmódja bizonyos határokat szab az attól eltérő nézeteknek. Mindazonáltal az újítás eszméje áthatja a szüléset egészét, ám ezek az újítások egyelőre sokkal inkább a technikai megoldásokban<sup>107</sup>, mintsem az elméletben jelennek meg.

Bár Magyarországon csupán az 40-es évek óta szülnék a nők kórházban, a természetes szüléshez való visszatérés mégsem a közelmúltban gyökerezik. Sokkal inkább az általános liberalizáció során hazánkban is befogadókra talált, Amerikából kiinduló szabadság- és feminista mozgalmakban – bár a folyamatnak természetesen voltak európai előzményei is. Ismert például, hogy háton fekvé, lábát felhúzá, kifejezetten az asszisztáláshoz alkalmazkodva elsőként Louise de Valière, XIV. Lajos szeretője szült, hogy az uralkodó végignézhesse gyermeke születését.<sup>108</sup> Addig, és a világ nagy részén azóta is, a szülő nő olyan testhelyzetet vesz fel a vajúdas és a szülés alatt, ami neki vagy az adott kulturális mintának a leginkább megfelel, és ezek közül a fekvő pozíció csak az egyik lehetséges változat. A technicizált szülészetben a szülő nő személye az Egyesült Államokban akkor és azáltal került a középpontba, amikor 1914-ben bevezették az emlékeztetkiesést okozó – szkopolamint, fájdalomcsökkentő morfint és nyugtató hatású pipolpént is tartalmazó,

<sup>107</sup> Barátságos, egy- vagy kétszemélyes szülőszobák és kórtermek, állítható szülőszék (ahol a szülés maga már szinte mindig háton fekvé történik!), itt-ott alternatív vajúdas eszközök és módok, teljes vagy részleges rooming-in rendszer, stb.

<sup>108</sup> RICH 1986: 139

egyébként Németországból származó<sup>109</sup> – „Alkonyi Álom” (twilight sleep) elnevezésű gyógyszerkeverék használatát, amit egészen a hatvanas évekig előszeretettel használtak annak ellenére, hogy többen belehaltak a szer mellékhatásaiba. Bár az eljárás idővel éppen az ellenkező hatást váltotta ki, mint ami eredeti szándéka volt, mindenképpen fontos állomást jelentett a szülés rehumanizálásának útján. A szer csak elkábította a nőt, de még képes volt részt venni a szülésben, ám később semmire nem emlékezett. Az alapelképzelés az volt, hogy nem szükségszerű, hogy a nő szenvedésként élje át a vajúdást és a szülést, így széles körű támogatásra lelt a különféle nőjogi és feminista mozgalmakban. Megalapították az Országos Alkonyi Álom Társaságot, amelynek jelmondata már egyértelműen megfogalmazza a szülés mint a női identitás jellegzetes kifejeződésének gondolatát és gyakorlati keretét: “Kezdzetek harcot a fájdalommentes szülésért! És ne csak magatokért harcoljatok, hanem női mivoltotokért is!”<sup>110</sup>

A kábulatban való szülés idővel nemcsak egészségügyi problémákat vetett fel, hanem – a feminista eszmékkel eleinte vitatkozva, majd annak részévé válva – azt a gondolatot is, hogy a nő elveszti annak az élménynek a lehetőségét, amelyben legmarkánsabban jelenik meg nemi identitása, a női titok megismerése, a státuszváltás megtapasztalása.

A technokrata eljárás módok megkérdőjelezését több olyan módszer bevezetése tette legitimé, amelyek egy része még ma is viták tárgyát képezi. Ezek a szülesmódok jellemzően pszichológiai perspektívában értelmezik a szülés egészének folyamatát, és sokat merítettek a perinatális- és újszülöttszichológia néhány évtizedes eredményeiből. Ezen módszerek bevezetése és alkalmazása új távlatokat nyitott a szülészetben, s a szakirodalom ezeket nevezi együttesen *alternatív szüleszeti iskoláknak*. Az alternatív szüleszeti iskolák közös jellemzője, hogy inkább tartják sajátjuknak a holisztikus szemléletmódot, mint a technokratát, de sokban vitatkoznak és ellentmondanak egymásnak. Megfigyelhető egyfajta gondolkodásmódbéli változás, s az egyre alaposabb kutatások nyomán rajzolódik ki egy olyan jellegű attitűdváltozás, amely egyre kifinomultabban, egyre árnyaltabban kezeli a születés és a szülés kérdését. Az otthon-szülés-mozgalom képviselői számára az alább ismertetett elméletek és kutatók nagy jelentőséggel bírnak, és hivatkozási alapként tekintenek rájuk. A holisztikus szülesmodell hívei számára az alábbi elméletek igazsága evidencia, noha nem minden pontjában egyezik valamennyi „háborítatlan szüles-párti” véleménye.

A természetes szülest erőteljesen propagáló első szüleszorvos az angol Grantly Dick-Read volt, aki azt vallotta, hogy a fájdalomcsillapítók hatása megfosztja a nőt attól, hogy

<sup>109</sup> KLASSEN 2001: 27

<sup>110</sup> FARKAS 1999: 7

részese legyen annak a női létet meghatározó élménynek, amit egy gyerek világrahozatala nyújthat. Továbbá állította, hogy az általa megfogalmazott félelem-feszültség-fájdalom triász felel a szülési fájdalomért. Úgy gondolta, hogy ha megszabadítja a vajúdo nőt a félelemtől, akkor az fiziológiai úton képes csökkenteni a fájdalmat. Elméletének lényege, hogy a szüléstől való félelem és szorongás a szervezetben olyan anyagcseretermékeket szabadít fel, melyek csökkentik a fájdalomküszöböt. Ráadásul a szorongás izomfeszültséghez vezet, és a csökkent fájdalomküszöbvel párosulva az izomfeszültség fokozott fájdalomélményt eredményez.<sup>111</sup> Mivel pedig a fájdalomérzés tovább fokozza a szorongást, spirális folyamat indul el, amely önmagát gerjeszti.<sup>112</sup> Úgy vélte, hogy a fájdalomra vonatkozó elképzelések társas elvárások következtében jelennek meg, és eleve szorongáshoz vezetnek. A megoldás szerinte a szülés természetének megismerésében, illetve különféle relaxációs technikák elsajátításában rejlik. Mondandójának legfontosabb hatása abban keresendő, hogy rámutatott, miként kontrollálhatja maga a szülő nő saját szülését, illetve hogy hangsúlyozta annak spirituális voltát. „Sok asszony úgy éli meg szülése élményét, mint valamifajta spirituális felemelkedést, amelynek hatalmát korábban soha nem tapasztalták... Miről is van szó? Nem szentimentalizmusról, nem pusztán a fájdalom enyhüléséről, nem a beteljesülésről. Ez az erő nagyobb, mint minden más. Nem lehet, hogy a Teremtő így emeli föl magához a nőt a szeretet beteljesülésének pillanatában?”<sup>113</sup> A nő társadalmi szerepére vonatkozó elgondolásai azonban nem arattak osztatlan sikert, mert a feminizmus második hullámának ideje nem kedvezett az olyan elképzeléseknek, miszerint a nőiség legfőbb célja és értelme az anyaság.

A francia Ferdinand Lamaze – sokkal jobban alkalmazkodva az ekkorra már fogyasztói jogaik mellett kardoskodó nők elvárásaihoz – egyszerre két igényt igyekezett kielégíteni: egyfelől a tudatos szerepvállalásra, az aktív szülésre és a fájdalommentességre vonatkozó társadalmi igényeket, másfelől az orvosok erősen fenntartott igényét arra, hogy ne váljanak feleslegessé a szülőszobában, hogy szakértelmükre, műszereikre és pártfogásukra továbbra is szükség legyen. Középutas politikája megengedte, hogy a szülő nő saját kívánságára kaphasson gyógyszeres fájdalomcsillapítást, annak ellenére, hogy maga a pszichés fájdalomcsillapítást tartotta célravezetőnek és követendőnek. Lamaze forradalmi újítása annak a felismerésén alapul, hogy a szociális környezetnek elsődleges szerepe van a

---

<sup>111</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 113

<sup>112</sup> DICK-READ 1933, 1959

<sup>113</sup> DICK-READ 1959: 25

szülés „sikerében“, ezért bevonta a felkészülésbe az apákat is, és megengedte, hogy aktív szerepet vállaljanak magában a szülésben is.<sup>114</sup>

Az „apás szüléseket“ Robert A. Bradley fejlesztette tökélyre, amikor kijelentette, hogy az orvosnak egészen addig, amíg fel nem merül valamiféle komplikáció, nincs helye a szülőszobában, mert a kisbaba magától is képes megszületni, a nő pedig többnyire tudja-érzi, hogy mit kell tennie. Az anyát támogató szerepbe az apát helyezte.<sup>115</sup> Mivel az orvos háttérben maradása eleve kizárja a gyógyszeres beavatkozást, a fájdalomcsillapítást, Bradley kevésbé elégítette ki a széles tömegek igényeit, ugyanakkor kidolgozta az apa jelenlétének orvosilag, pszichológiailag alátámasztható ideológiáját.

Bár a fent említett pszichológusok és szülésorvosok elévülhetetlen érdemeket szereztek a szülés rehumanizálásának munkájában, ők csak mintegy „melléktermékként“ fordítottak figyelmet a szülés középpontjában álló apró lényre, az új életet hordozó magzatra. Bár a fájdalomcsillapító szerek mellőzése feltétlenül az újszülött érdekeit is szolgálta, az még nem volt tudatos. Kifejezetten az újszülöttre koncentrálva elsőként a francia Frederick Leboyer dolgozott ki egy olyan módszert<sup>116</sup>, amelyet ugyan az orvostársadalom nagy része ismer és elismer, a gyakorlatban azonban mégsem tapasztalható meg hatása a legtöbb szülészeti intézményben. Beszédes példa, hogy az alternatív módszerek iránti fogékonyságáról ismert szülésorvos, Hagymásy László doktor maga is úgy interpretálja Leboyer mondandóját a *Családközpontú szülészet* című könyvében, hogy „az élet első percei, órái igen nagy jelentőséggel bírnak a gyermek pszichés fejlődésében, ezért *az anya mellett a születendő gyermekre is oda kell figyelni*“<sup>117</sup> Holott Leboyer elméletének lényege éppen az, hogy bár az anya szempontjait maximálisan figyelembe kell venni, az éppen világra jött csecsemő helyzete a legkiszolgáltatottabb, ezért sokkal több empátiát, figyelmet és érzékenységet igényel, mint ami a kórházi gyakorlatban szokásos, őt kell a figyelem középpontjába helyezni.

Leboyer könyvei közül magyarul először a *Gyöngéd születés* (1994), majd *Szülés gyengéden* (2002) című könyvei jelentek meg, amelyek mintegy összefoglalják Leboyer érzéseit, megfigyeléseit, nézeteit, javaslatait a szüléssel kapcsolatban. Ám nem a tudomány nyelvén, kutatási adatokkal alátámasztva próbálja hipotéziseit igazolni, hanem egy olyan közlésformát választ, amely egyedülálló a szülészeti szakirodalomban, s amely talán okot szolgáltat arra, hogy ne váljon a szülészeti szakma legitim alkotásává. A *Gyengéd születés*

<sup>114</sup> VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 113-114

<sup>115</sup> BRADLEY 1974

<sup>116</sup> Lásd a *Gyöngéd születés* című könyvét (LEBOYER 1975, 1994)

<sup>117</sup> HAGYMÁSY 1994: 23

megírásakor Leboyer a következő módszert alkalmazta: beleképzelte magát az éppen napvilágot látó csecsemő helyébe, s mintegy az újszülött szócsöveként panaszolta el érzéseit a megszületés fájdmáról és nehézségeiről igen lírai és megejtő hangnemben. A könyv nagy hatást gyakorolt szerte a világon az édesanyákra és a szülés holisztikus szemléletére, annál kevesebbet a technokrata szüléskultúra rutineljárásaira. Leboyer e könyvében semmi újat nem állított, csupán az ismeretek egy szeletét olyan mondandó köré csoportosította, amely felhívja a figyelmet a kompetens magzat fogalmának a jelentőségére (anélkül, hogy a kifejezést használná), az éppen megszülető gyermek fizikai és lelki munkájára, az alkalmazkodás nehézségeire, amelyhez véleménye szerint a szülésnél jelen lévőknek maximális segítséget kell nyújtaniuk. Ezzel szemben – állítja Leboyer – a fogadtatás drasztikus, érzéketlen és szükségtelenül fájdalmas. Gondol itt az anyaméh sötétjéhez, melegéhez, tompa zajaihoz, lassú ritmusához képest hirtelen az újszülöttre törő erős fényre, hidegre, zajra, hirtelen és gyors mozgásokra, majd az azonnali csapvíz alatti fürdetésre, a magzatmáz lekefélése, az öltöztetésre, mérésekre, vizsgálatokra, nyákleszívásra, gyógyszerezésre, egyszóval mindarra, amit véleménye szerint az anyával való nyugodt és azonnali ismerkedés (bőr- és szemkontaktus, szoptatás) helyett végeznek. Állítja, hogy a csecsemő sírása nem reflexszerű, hanem panasz, a fájdalom és a félelem kifejeződése, amelyet a szülészet tudománya nem vesz figyelembe. Leboyer javaslatokat tesz az újszülött gyengéd fogadására. Jobbnak tartja a tompa fényeket, a fokozott meleget, a lassú mozgást, csapvíz alatti lemosás helyett a meleg fürdőt, szűk ruhába való öltöztetés helyett csupán a test meleg takaróba való bugyolálását, a szükségtelen mérések és beavatkozások elhagyását<sup>118</sup>, a szükséges vizsgálatok későbbre halasztását, mert mindenekelőtt fontosnak tartja, hogy a baba mielőbb az édesanyja mellére kerüljön<sup>119</sup>, hogy egyfelől az ismerős szívdobogástól megnyugodjon, pihenjen, ismerje meg azonnal anyja illatát, lássa a szemét, mihamarabb megpróbálja szopni, nem utolsósorban pedig azért, mert azt állítja, hogy az anyja baktériumflórájához már alkalmazkodott csecsemő számára minden egyéb korai érintkezés a fertőzésveszély kockázatát rejt. A természet

<sup>118</sup> Kérdés, hogy valójában mi a jelentősége annak, hogy az újszülött pontosan hány kilóval és hány centivel születik, amennyiben láthatóan az átlagos értékeken belül van? De a kérdés valójában az: vajon miért van ennek olyan nagy jelentősége a társadalmi tudat szintjén? Vajon miért az az első híradás a rokonság számára minden újszülöttről, hogy hány centi és hány kiló?

<sup>119</sup> Ezzel kapcsolatban Geréb Ágnes még tovább megy: a beavatkozások tekintetében úgy véli, még az is mesterséges helyzetet teremt, ha a babát kérés nélkül az anya kezébe adják, vagy a hasára teszik. Ehelyett ő ma már az anya mellé teszi az újszülöttet, elérhető távolságba, így a nő a saját ritmusában nyúl a babáért, kötelező jelleg nélkül, a befogadás valódi aktusát megélve. „... Ma már a munkatársaimmal együtt úgy gondolkodunk, hogy nem helyes az a gyakorlat, hogy a babát rátesszük megszületése után a mamára. Ezt jónak tartottuk nagyon sokáig, de aztán egyszer csak rájöttünk, hogy nem szabad elvenni a mamától azt a pillanatot, amikor ő a gyermeke után nyúl. [...] Az soha nem tér vissza, amikor egy anya először nyúl a gyerekéért. Nem lehet csak úgy odaadni neki. Ma már ezt durva beavatkozásnak érzem.” (Interjú Geréb Ágnessel (FARKAS 1999: 51)

rendjébe való súlyos beavatkozásnak tartja, ha a még pulzáló, oxigént szállító köldökzsinórt elvágják, ahelyett, hogy megvárják, amíg abbahagyja a pulzálást, egy ponton beszűkül, mintegy kijelölve a helyet, ahol végleg elválik egymástól az anya és az újszülött. Leboyer javaslata mégsem módszer, nem is akart az lenni. Csupán figyelemfelhívás, az ismeretek, a megfigyelések és az összefüggések összefoglalása, amely – saját szavaival élve - elsősorban az emberi odafigyelésről és a szeretetről szól. Nem módszer, hanem szemlélet, s mint ilyen, sokkal nehezebben épül be a gyakorlatba, mint egy követhető módszer. Ahogy Michel Odent szülész orvos írja: „Leboyer mondanivalóját az hatástalanította, hogy «Leboyer-módszerré» alacsonyították”.<sup>120</sup>

A Szülés gyengéden eredetileg bábáknak írt tankönyvnek készült, de végül a Gyengéd születéshez hasonló lírai leírássá kerekedett, amely az anya és az orvos szempontjából közelíti meg, az ő szemükön keresztül írja le azt a folyamatot, amelyet szülésként ismerünk. Ugyanakkor hangsúlyozza, hogy orvosra csak abban az esetben van szükség egy élettani szülésnél<sup>121</sup>, ha valóban komplikáció lép fel, mert „a szülés a nő titkos kertje. Férfinak semmi keresnivalója ott. Nekem sincs.”<sup>122</sup> Leboyer az apák jelenlétét is csak támogatóként tudja elképzelni, aki az ajtóban vigyázza a szülő nő biztonságát.<sup>123</sup>

Hasonlóképpen gondolkodik Michel Odent, aki szerint az apa jelenléte a szülésnél csökkenti az oxitocin termelődését és gátolja a szülés természetes folyamatát.<sup>124</sup> Odent a mai napig az általa alapított, londoni székhelyű Primal Health Research Center kutató orvosa. Ez a központ elsősorban a korai élmények hosszú távú következményeinek a vizsgálatára szakosodott. Odent nevéhez kötődik a vízben szülés kórházi bevezetése (a 60-as években a franciaországi Pithiviers Kórházban), és szintén ő játszott vezető szerepet a családi hangulatú szülőszobák kiépítésének szorgalmazásában. Odent sebészorvosból lett szülész, majd kórházi pályafutása után otthoni szüléseket kísért.

A vízben szülés ötletét a hagyományos kultúrákban sem ismeretlen, vízben vajúdsból és szülésből merítette, illetve a 60-as évek óta alkalmazott moszkvai gyakorlatból (ami szintén a népi szokásokból építkezett). Odent megfigyelte, hogy a testhőmérsékletű víz segíti az

<sup>120</sup> ODENT 2003: 42

<sup>121</sup> Hüvelyi, természetes úton történő szülés, ahol nincsen szükség műszeres beavatkozásra.

<sup>122</sup> Interjú Leboyer-val. ([http://www.kismama.hu/babavaras/gyonged\\_szuletes/2909/](http://www.kismama.hu/babavaras/gyonged_szuletes/2909/) Letöltés ideje: 2010.02.11.)

<sup>123</sup> „Bocsásson meg, hogy ezt mondom - mosolyog, látja az arcomon a döbbenetet és a kételkedést -, ha a férj beszél a vajúds feleségéhez, megzavarja őt, elvonja a figyelmét attól, aki azokban az órákban a legfontosabb: a gyermekétől. Abban a pillanatban, amikor valami megszakítja anyja és magzata kapcsolatát, a magzat elveszett! Ha az anya kifelé, a férje szavaira figyel, nem képes befelé, a gyermekére is figyelni egyszerre. Pedig soha, egyetlen pillanatra sem szabad a magzatot magára hagyni.” (Interjú Frederick Leboyer-val:

[http://pro-bio.hu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=81&Itemid=36](http://pro-bio.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=81&Itemid=36) (Letöltés ideje: 2009.11.12.)

<sup>124</sup> ODENT 2009 (<http://www.wombecology.com/masculinisation.html>) Letöltés ideje: 2009.12.28.

ellazulást, fokozza a méhösszehúzóásokat, a központi idegrendszerben pedig az endogén opiátok felszabadulását, aminek következtében komoly fájdalomcsillapító hatása van.<sup>125</sup> A vízben szülés módszere óriási vitát generált szakmai berkeken belül, egyrészt a kontrollálhatatlanságra hivatkozva<sup>126</sup>, másrészt a baba fulladásától tartva, annak ellenére, hogy a célirányos kutatások szerint<sup>127</sup> a 4. hónapig meglévő bűvár reflex, illetve a szülés után még működő lepényi keringés miatt a vízben szülési és a „normál” szülési morbiditási és mortalitási mutatók<sup>128</sup> között nincsen ok-okozati különbség.

Odent több elmélete közül az otthonszülés mozgalom számára a másik legfontosabb az oxitocin élettani szerepéről szóló tanulmánya, amelynek összefoglalása és a nagyközönségnek szóló változata magyarul is megjelent „A szeretet tudományosítása” címen<sup>129</sup>, az Alternatal Alapítvány kiadásában.<sup>130</sup> Michel Odent e könyvében arra keresi a választ, hogy a születésben-szülésben, szoptatásban, az anyai szeretetben, a szeretkezésben mindig jelen lévő hormon, az oxitocin vajon valóban szerepet játszik-e az emberi viselkedésben hosszú távon, s valóban nevezhetjük-e ezt a hormont a szeretet hormonjának? Az elmélet lényege, hogy összefüggés van a születés körülményei és az emberi viselkedés, illetve a szeretetre való képesség között.<sup>131</sup> Véleménye szerint a szülési fájdalom fontos szerepet játszik az anyai szeretet kialakulásában, mert megzavarása befolyásolja az anyai viselkedés kiváltásáért felelős hormon, az ösztrogén működését, illetve az anyai viselkedés fenntartásáért felelős folyamatot, a szülés utáni gyors progeszteronszint-csökkenést. Ugyane folyamat része, hogy a vajúadás és a szülés során az anyában morfinszerű hormonok, úgynevezett endorfinok választódnak ki, illetve a születés alatt a magzat saját endorfint választ ki, így a születés után mind az anya, mind a magzat át van itatva ópiumszerű, a saját

<sup>125</sup> JOHNSON – ODENT 1994

<sup>126</sup> FARKAS 1999: 21-22.

<sup>127</sup> BALASKAS – GORDON 1992, GILBERT-TOOKEY 1999

<sup>128</sup> A morbiditási mutatók a sérülési-, a mortalitási mutatók pedig a halálozási arányokat jelzik.

<sup>129</sup> ODENT 2003

<sup>130</sup> Magyarországon a szülés alternatív felfogásával kapcsolatos tudományos kutatások és beszámolók soha nem valamely nagy hazai könyvkiadó gondozásában jelennek meg, hanem mindig valamely, a szülés rehumanizációjáért küzdő szervezet kiadásaként.

<sup>131</sup> Így fogalmaz: „[...] a szeretet mindenfajta megnyilvánulásának – anyai, apai, gyermeki, szexuális, romantikus, plátói, spirituális, a testvéri szeretet, nem beszélve a haza szeretetéről, a nem élőlények iránt érzett szeretetről és a Földanya iránt érzett együttérzésről és aggodásról – mindegyiknek az anyai szeretet a prototípusa. Sőt mi több, a tények abba az irányba mutatnak, hogy közvetlenül a születést követő rövid, de igen fontos időszaknak, az ún. szenzitív periódusnak hosszú távú hatása van a szeretetre való képességünk kialakulásában. [...] Másodsor, a tudomány felfedezte, hogy szeretetünk különböző módjai abban az értelemben valóban holisztikusak, hogy ugyanazok a hormonok termelődnek, és ugyanazok a viselkedési minták kerülnek elő szeretkezéskor, szüléskor és szoptatáskor. Ha ezt megértjük, könnyebb felismernünk, hogy az emberiség a civilizációért mekkora árat fizetett, ami az alacsony szexuális vágy, a nehéz szülés és a szoptatási nehézségek jelenlegi elterjedésében csúcsosodott ki.” (ODENT 2003: 17-18.)



szervezet által kiválasztott „kábitószerrel”.<sup>132</sup> Ez a hormon is felelős az anya-gyermek közötti kölcsönös függőség kialakulásért. Mindezek a hormonális tulajdonságok egymást kiegészítve, egyfajta relatív egyensúlyban vannak jelen a szüléskor-születéskor, s Odent az ezen egyensúlyba való bármiféle beavatkozásnak negatív hatást tulajdonít.

Odent igen fontosnak tartja, hogy tisztázzuk azokat a fiziológiás jelenségeket, amelyek a szülés közben a nő testében, illetve agyában zajlanak, mert ez szerinte tudományosan is alátámasztja azokat a megfigyeléseket, amelyek értelmében az ember – a legtöbb emlőshöz hasonlóan – háborítatlanul nagyobb eséllyel szül természetes úton, mint ha bármilyen módon megzavarják.<sup>133</sup> A neokortexet<sup>134</sup> feltétlenül stimulálja az a tény, ha az embert figyelik, mert az az adrenalin-félék közé tartozó hormonok termelődését fokozza, az viszont gátolja a szülési folyamatot. Az általa „szeretethormonnak” nevezett oxitocint viszont a primitív agy, a hipotalamusz termeli, és a hátsó hipofízisben tárolódik, s innen kerül a vérkeringésbe. Odent úgy véli, hogy a szülés normális menetének félreértése elsősorban kulturális képződmény, ami olyan kommunikációs csatornákon keresztül terjed, amelyek az ismeretek terjesztésére hivatottak. Ilynek például a szülésről szóló, várandós nőknek íródott könyvek, amelyek tele vannak olyan képekkel, amelyen a szülő nőt több ember veszi körül, és segítő szándékkal figyelik. Odent arra utal, hogy ez a tény önmagában is csökkenti a nő biztonságérzetét, s ezáltal gátolja a szülési folyamatot, ám az általam megkérdezett otthon szült magyar nők – Geréb Ágnes nézetével párhuzamban – árnyaltabban fogalmazzák: a biztonságot a szubjektív biztonságérzet adja, vagyis ha valaki attól érzi magát biztonságban, hogy ugrásra készen avatott szakembergárda és modern műszerezettség veszi körül, akkor az segíteni fogja a vajúdást és a szülést.

A holisztikus szülésmodell hívei Leboyer és Odent elméleteit tekintik olyan legitim alkotásoknak, amelyek szerintük tudományos alapot adnak arra, hogy megkérdőjelezzék a technokrata szülészeti eljárások létjogosultságát, s a szülés minőségét párhuzamba hozzák a

<sup>132</sup> MOSS -CONNER 1982: 443-446, KIMBALL-CHANG 1987: 104-105. Idézi ODENT 2003: 28

<sup>133</sup> „Az agy egyik része úgy működik, mint egy belső elválasztású mirigy, hormonokat termel. Ez az ún. «primitív agy». Amikor egy nő vajúdik, testének legtevékenyebb része a primitív agy – az agynak azok a nagyon régi struktúrái (a hipotalamusz, a hipofízis stb.), amelyek ugyanúgy megtalálhatók a többi emlős agyállományában is. Amikor valamilyen gátlás lép fel a szülés alatt (vagy például szexuális élmény során), az nem a primitív agyból, hanem a „másik” agyból származik, az agynak abból a részéből, amelyik az embernél kimagaslóan fejlett, a neokortexből. [...] A háborítatlan szülés során van egy olyan szakasz, amikor az anyák úgy viselkednek, mintha «egy másik bolygón» lennének. Megszűnik minden kapcsolatuk a külvilággal, és belső utazásra indulnak. A tudatosság szintjének egy olyan változása ez, amit úgy jellemezhetnénk a fiziológia nyelvén, hogy a neokortex, azaz az intellektusért felelős agy aktivitása csökken. Azoknak, akik értik a vajúdás és a szülés fiziológiájának ezt a lényeges aspektusát, eszükbe se jutna ilyenkor a nőt «észhez téríteni», azaz ebből az állapotból kimozdítani. Tudják, hogy a neokortex bármilyen stimulálása, különösen pedig a neokortex felébresztése belezavarhat a vajúdás menetébe.” (ODENT 2003: 45-46)

<sup>134</sup> Lásd az előző lábjegyzetet.

társadalom életminőségével.<sup>135</sup> Odent nem csak távoli, megfoghatatlan teoretikusként jelenik meg, hanem személyes beszélgetőpartnerként is. Hazánkban is többször megfordult már, általában Geréb Ágnes meghívására.<sup>136</sup> Noha több elméletével rendre vitába szállnak kollégái, az ismertség és a személyes találkozás lehetősége tovább növeli szakértői tekintélyét.

A fent említett orvosok, kutatók és elméletek mérföldköveket jelentettek a szülés felfogásának változásaiban, a szülés rehumanizációjának gyakorlati kulcsfigurája azonban a *bába* – vagy a kórházi szóhasználatban a *szülésznő* –, aki már a hagyományos kultúrákban is valamiféle ellentmondásos, ám kitüntetett státuszt élvez. A bába, aki ismeri a születés csodáját, egyfelől a társadalmi hierarchián kívül álló, hatalommal bíró és titkokat ismerő nő, másfelől óriási felelősséget viselő és kötelezettségeket vállaló személy, akinek jelentősége a keresztelezésben-keresztelőben, az esküvőkben és a temetésben betöltött aktív szerepében nyilvánul meg. Kettőssége érhető tetten mai értelmezésében is: nem orvos, de nem is laikus, kompetenciája kisebb, mint az orvosé, más tekintetben viszont jóval nagyobb. Önálló, független működése rendre ellenállásba ütközik az orvostársadalom képviselői részéről, kórházi tevékenységét pedig erőteljesen korlátozzák.<sup>137</sup> Sokak szerint<sup>138</sup> mégis a bába lehetne a szülésben megjelenő férfidominancia kapcsán felmerülő probléma megoldása, s ők elégíthetnék ki igényeit annak a tendenciának, amely a hagyományos szülések millióját, körülményeit, annak jótékony hatását fedezi fel újra, illetve egy olyan folyamatnak, amely a megváltozott családkép, a megváltozott nemi viszonyok és szerepek, illetve a gyermekről való megváltozott gondolkodás következményeképpen alakult és alakul.

A szülés rehumanizációjával párhuzamosan egyre többet hallani a szülésben segédkező laikus *dúlákról*, mind kórházi, mind otthoni szülések esetében. A dúla (eredetileg *doula*<sup>139</sup>), vagyis az *asszonytársi segítő* nem újkeletű találmány. Hagyományos körülmények között a szülés – kevés kivétellel - mindenütt a világon női feladat: mind a szülés, mind a

<sup>135</sup> Az erről szóló kutatásokat lásd: ODENT 2003: 31, RAINE-BRENNAN-MEDINK 1994: 984-988, JACOBSON-NYBERG 1987: 364-371, JACOBSON-BYGDEMAN 1998: 1346-1349. Idézi ODENT 2003: 33.

<sup>136</sup> Odent 1992-ben a Geréb Ágnes által szervezett szegedi szülészeti nemzetközi konferencián az esemény fővédnökeként volt jelen. 1994-ben azért érkezett Magyarországra, hogy segítse az Alternatal Alapítvány munkáját, 1995-ben továbbképzéseket tartott magyar szülésznők számára. 2003-ban az Alternatal által rendezett Rendhagyó Nemzetközi Bábakonferencián volt előadó, 2004-ben pedig a Nemzetközi Konferencia a Szülésről című rendezvényen.

<sup>137</sup> Nagy-Britanniában 850 szülészorvosra jut 23.000 szülésznő, akik évi 700.000 szülésnél vannak jelen. A valóságban ez azt jelenti, hogy Angliában a szülések „vezetője” 68 %-ban a bába. Magyarországon 1363 szülészorvosra (KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008: 59. Ez 72 fővel több, mint négy évvel korábban) 1631 szülésznő jut (KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008: 63. Ez 384 fővel kevesebb, mint négy évvel korábban).

<sup>138</sup> A WHO 1985-ös jelentésének 7. pontja szerint „Elő kell segíteni a szülésznők képzését. A normális lefolyású szülések vezetése az ő feladatuk.” (FARKASNÉ 1999: 143)

<sup>139</sup> A dúla a görög *doula* szó magyarosított írásmódja, ám mivel mindkettő elterjedt a magyar szóhasználatban, hol így, hol úgy találkozunk vele. Jómagam – önkényesen – a magyarosított írásmódot használom.

segítségnyújtás tekintetében. A dúla optimális esetben olyan, szülési tapasztalattal rendelkező nő, aki intuitív képességén túl tanult tudásával is képes a vajúdo nő fizikai, érzelmi és informatív támogatására; úgynevezett „komfortintézkedésekkel” segíti a vajúdo nőt: ételt, italt ad neki, vizet forral, borogat, masszíroz, és közben – olykor pusztán jelenlétével és figyelmével – pszichésen is támogatja a szülő asszonyt. A dúla tehát nem szülésznő vagy bába, nincsen egészségügyi végzettsége, hanem laikus segítő, noha ebbéli feladatait a modern dúla tanulás révén sajátítja el – erre szolgáló tanfolyamon. A célirányos kutatások szerint<sup>140</sup> a dúla jelenlétében zajló szüléseknél rövidebb a vajúdoási idő, kisebb valószínűséggel kérnek gyógyszeres fájdalomcsillapítást, ritkábban van szükség gátmetszésre, fogó és vákuum használatára, és kevesebb a császármetszés. Klaus<sup>141</sup> megfigyelései szerint a dúlával született újszülöttekkel szemben az anyák gyengédebb viselkedést tanúsítottak, kevesebb szoptatási problémával küzdöttek, nyugodtabbak és kiegyensúlyozottabbak voltak a szülést követő napokban is, így – véleménye szerint - hatással lehet a módszer a gyermekágyi depresszió csökkentésére is.

A dúla soha nem hoz döntést a szülő nő helyett. Nem ajánl orvost, bábát, szülési módot, ugyanakkor kérésre tájékoztat, mesél – vagyis befolyásol. Ezt mindig hivatása alapelveinek szellemében teszi, nem öncélúan, hanem egy idea képviselőjeként.<sup>142</sup>

Úgy tűnhet, hogy némi ellentét feszül a szervezett laikus segítségnyújtás és a holisztikus szülésfelfogás azon elve között, hogy a nő maga is képes megszülni gyermekét, ám a segítségnyújtás elsősorban itt is az önfejlesztést, az önszorgatást hivatott támogatni, ahogy azt az angol dúlák egyesülete is megfogalmazza: „Bár a «Nélküled nem tudtam volna megcsinálni!» típusú mondatok hízelgők, mi valójában azt szeretnénk, hogy a nők azt mondják: «Képesé tettel rá, hogy egyedül is meg tudjam csinálni!»»<sup>143</sup>

A módszer még tőlünk nyugatra is gyermekcipőben jár, ennek ellenére az angolszász országokban a dúlák két „típusáról” beszélnek: szüléstámogató és posztpartum<sup>144</sup> dúlákról. Nálunk ez a megkülönböztetés még nem létezik, egyelőre a kereslet-kínálat elve érvényesül. Mivel a dúlaság intézménye a holisztikus szülésmodell elveiből nőtt ki, és annak képviselőjeként működik, nem véletlen, hogy Magyarországon a dúlaképzés szintén Geréb Ágnes nevéhez kötődik. 2000-ben indította az első, kórházi szülésekre specializált dúlaképzőt,

<sup>140</sup> CAMANN 2000, MEYER et al 2001, SIMKIN-O'HARA 2002, SCOTT et al 1999, GILLILAND 2002, STEIN et al 2004, illetve 14 tanulmány eredményeit öszegzi HODNETT 2001

<sup>141</sup> KLAUS-KENNEL-KLAUS 1993

<sup>142</sup> Lásd a Magyarországi Dúlák Egyesületének (MODULE) Alapszabálya III. pontjában az Egyesület Alapelveit (4. melléklet)

<sup>143</sup> A Doula UK filozófiája. www.module.hu (Letöltés ideje: 2009.10.13.)

<sup>144</sup> A posztpartum kifejezés a szülés utáni teendőkre utal, ám az nincs definiálva, hogy a posztpartum periódus milyen időtartamot jelöl.

addig „alanyi jogon” váltak dúlává idővel olyan nők, akik otthon szültek. Ez a tanfolyam egy négy napos, bentlakásos képzést jelentett, ahol 11-en végeztek. Ők alapították meg 2001-ben a Magyarországi Dúlák Egyesületét (MODULE). Eleinte együtt dolgoztak az Alternatal Alapítvánnyal, tartottak három közös képzést, aztán szétváltak.<sup>145</sup> Ma a MODULE jelenti a legfőbb kapcsolatot a holisztikus és technokrata szüléskultúra között, mert az egyesület eszméje az otthonszülésből táplálkozik, mégis a kórházi szülésekben találta meg célját.

Végül fontos megemlíteni egy olyan jelenséget, ami ugyan már a szülés után kap hangsúlyt, de egyértelműen a szülés holisztikus szemléletének kiteljesedésével párhuzamosan változott megítélése az elmúlt 15-20 évben: ez pedig a szoptatás. Noha az ENSZ 1989. november 20-i közgyűlésén elfogadta a gyermekek jogairól szóló egyezményt, aminek hatására a WHO és az UNICEF is kiadta állásfoglalását „A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése”<sup>146</sup> címmel, „Az újszülött osztályok különleges szerepe” alcímmel<sup>147</sup>, a hazai átlagban a kórházból távozó csecsemőknek mindössze 58 százaléka kapott kizárólag anyatejet 2005-ben.<sup>148</sup> Bár a szoptatási tanácsadók szerint az édesanyák 80-90 százaléka képes lenne gyermekét hat hónapos koráig kizárólag anyatejjel táplálni, országosan ez az arány alig lépi túl a 37 százalékot<sup>149</sup>. Három hónapos korig a nők 58,4 százaléka táplálja kizárólag anyatejjel újszülöttjét. Ezt többen a szülészeti intézmények csecsemőosztályainak helytelen táplálási elveivel magyarázzák.<sup>150</sup>

A statisztikákból azonban az is kiderül, hogy a mesterséges táplálás csökkent az elmúlt tíz évben, mert míg 2000-ben még a nők 6,8 %-a adott újszülöttjének (0-3 hónapos kor között) kizárólag tápszert, addig 2008-ban már csak 3,7 százaléuk. 0 és 6 hónapos kor között még látványosabb a változás: fél éves korukig 2008-ban az anyák 6, míg 2000-ben még 25,94 százaléka táplálta csecsemőjét mesterségesen. Ez feltétlenül köszönhető a szoptatás propagálásának, az egészséges táplálkozás felértékelődésének, annak, hogy a születés

<sup>145</sup> „Nem volt igazán jó, mert a képzésre jelentkezők közül senki sem kapta meg, amit igazán akart. Az otthonszülésekre készülő úgy érezte, Ágiéknak nem kell több, a kórházak meg úgy érezték, nem kapnak elég fogódzót.” – vallja Békés Emőke, a MODULE első elnöke (Interjú Békés Emőkével (K.B.)

<sup>146</sup> [www.sztnb.hu/blueprint.pdf](http://www.sztnb.hu/blueprint.pdf). letöltés ideje: 2009.09.24.

<sup>147</sup> Az állásfoglalás magyarul 1992-ben jelent meg.

<sup>148</sup> Uo. Ez az arány 2008-ra sem változott, s nagyságrendileg 2000-ben is ugyanekkora volt. KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008: 12

<sup>149</sup> Pontosán 37,11 %. KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008: 12

<sup>150</sup> „Magyarországon az újszülöttek ellátása az intézmények 90%-ában nem a szakmai irányelvek szerint történik. Még a hazai kifogásolható protokollokat sem alkalmazzák maradéktalanul, ami némileg tompíthatná a jelenlegi helytelen gyakorlat következményeit. A nemzetközi, korszerűbb ajánlások figyelembe vételéről egyelőre csak álmodozhatunk”. (KÓS 2008 [http://www.szoptatasportal.hu/egeszseges\\_életkezdés\\_joga](http://www.szoptatasportal.hu/egeszseges_életkezdés_joga). (Letöltés ideje: 2009.12.10.) Kós Csaba az ózdi Almási Balogh Pál Kórház gyermekosztályának vezetője.) A szoptatási kedv visszaszorulása több párhuzamos társadalomtörténeti és orvoslástörténeti folyamattal magyarázható. Ilyenek a dajkaság intézménye, a modern korban a nők munkába állása, a szülészeti intézmények gyakorlata, illetve a tápszergyártó cégek propagandája.

minőségi kérdései a közgondolkodás tárgyává váltak, ami nem kis részben tulajdonítható az alternatív szülésmozgalmak befolyásának.

A fenti módszerek és elvek, a technikai szülészeti eszközök és a gyógyszeres beavatkozás vizsgálatai, a természetes szüléssel kapcsolatos kutatások, a szociológiai, pszichológiai szempontok bevonása a szülés fogalmának és gyakorlatának értelmezésébe, a szoptatás értékelése, illetve a nőiség értelmezésének egy modern válfaja létrehozták azt a szemléleti keretet, amelynek legfőbb jellemzője a többszemponúság. Innen a holisztikus elnevezés is.

A holisztikus szülésmodellhez vezető út tehát kanyarokkal, önellentmondásokkal és újrafelfedezésekkel teli, ám szükségszerű és az orvoslás történetébe szervesen illeszkedő folyamat. Gondoljunk itt a betegség- és az egészségfogalom változásaira, amely ugyanezt az utat járta végig (nevezetesen a klasszikus holisztikus – technokrata – modern holisztikus felfogás útját). A paradigmaváltásra utaló sürgetések már megjelentek az orvoslás általános felfogásával kapcsolatban, s ennek részeként jelentkezett az igény a szülés „szabályainak” újragondolására. Ennek pedig egyik sarokköve éppen a „szabályok” lebontására irányuló törekvések elméleti megalapozása lett.

### 1.3.3. A holisztikus szülésmodell

A holisztikus szülésmodell elvei jól körülhatárolhatóak. Az első és legfontosabb alapvetés, amelyen a holisztikus szülésmodell paradigmája nyugszik, hogy a szülés nem orvosi, hanem családi esemény, következtetésképpen a szülés folyamatában a legfontosabb szociális egység nem az intézmény (ti. a kórház), hanem a *család*. Így tehát a szülés és a születés rítusainak elsődleges célja nem az intézmény mondanivalójának közvetítése<sup>151</sup>, hanem a *család* egységének és *integrációjának* biztosítása. A holisztikus modell a testet élő organizmusnak tekinti, olyan energiamezőnek, amely érzékenyen reagál más energiamezők változásaira, melynek függvényében a betegség és az egészség mintegy tükörként mutatja meg az egyén önmagához, másokhoz, a társadalomhoz és a világhoz fűződő viszonyát. E szemlélet szerint az anyaméh is csak a nő, mint egész részeként értelmezhető és vizsgálható, nem pedig pusztán mint akaratlagosan nem mozgatható simaizom. A holisztikus modell a szülést, mint fiziológiai folyamatot alapvetően és kiindulópontként természetesnek,

<sup>151</sup> Itt a holisztikus szülésmodell elemző Davis-Floyd a tudomány, a technológia és az intézmény felsőbbrendűségének patriarchális üzeneteire gondol.

egészségesnek és biztonságosnak tekinti. Míg a technokrata terhesgondozás tudományos és objektív, addig a holisztikus modell az empatikus felkészítést és a felelős öngondozást hangsúlyozza.

A szülés „alternatív“ módszereinek szószólói amellet érvelnek, hogy minden nő rendelkezik azzal az ősi, természetes tudással és erővel, ami csak a szülés folyamatában jelenik meg. A holisztikus szülésmodell feltételezi, hogy a nő ösztönszerűen tudja, hogyan növekedik testében a magzata, illetve hogy hogyan kell világra hozni azt, és elsőrendű feladatának az e tudásba vetett bizalom erősítését tartja – a megfelelő információk átadása és a pszichés megerősítés révén. Tehát nem kizárólag a technikai tudást tekinti értékesnek és mérvadónak, hanem a tapasztalati és élményszintű tudást is. Az egészséges magzat *egészségét* elsősorban nem a gyógyszerek, a vizsgálatok és a technika által látja biztosítottnak, hanem az anya testi-lelki jólléte és a magzatra való hangolódása által. Vizsgálataiban az anyát és a magzatot egységként kezeli, szükségleteiket nem tartja szétválaszthatónak. Vallja, hogy a szülés menetét az anya mentális és emocionális hozzáállása, megnyilvánulásai jelentősen befolyásolják, akárcsak a jelenlévő apa érzelmeit és cselekedeteit. Az ideológia szerint a szülést nem az orvostudomány szolgáltatásának tekinti, amellyel a társadalmat szolgálja, hanem a nő kizárólagos tudásának, saját aktivitásának, amely elsősorban saját családját szolgálja. A szüléssel kapcsolatban az időt önmagában irreleváns tényezőnek tekinti, s minden egyes szülés esetében saját magához mérten szab határokat. A szülés lassulását, gyorsulását normális jelenségnek tartja, ezért mesterséges úton nem avatkozik be. A vajúdás és a szülés alatt fontosnak látja a teljes cselekvési- és mozgási szabadságot, hogy az anya saját ritmusában és saját módján hozza világra kisbabáját. A kontrollt és a felelősséget az anya kezébe helyezi<sup>152</sup>, míg a technokrata felfogás a szülést vezető orvoséba. A szokásostól eltérő események a protokoll szerinti megoldás helyett (pl. farfekvésnél császármetszés) differenciált technikák alkalmazását vonják maguk után.<sup>153</sup> Hangsúlyozzák, hogy a szülést nem *vezetik*, hanem *kísérik*, az anya és a magzat igényeihez alkalmazkodva. Ennek létjogosultságát pszichológiai kísérletekre való hivatkozással vallják, amelyek eredményei szerint a születés és a szülés során a tudatalattiban rögzült élmények alapvetően befolyásolják az egyén pszichés fejlődését, adaptációs képességét, az anya-gyermek kapcsolatot, s a rutinszerűen alkalmazott eljárások később számos pszichoszomatikus betegség kialakulásához vezethetnek.<sup>154</sup>

<sup>152</sup> Itt az egészséges nő komplikációmentes szüléséről van szó, ahol nincsen szükség orvosi beavatkozásra.

<sup>153</sup> DAVIS-FLOYD 2003: 160-161

<sup>154</sup> LENKEI 2005

A holisztikus szülésmodell sokkal inkább valamiféle szemléletet takar, mintsem követendő módszereket, noha ennek sincs híján. A szülések egyediségét hangsúlyozva azonban ez utóbbiak jóval szélesebb, és határaiban engedékenyebb palettán mozognak, mint a technokrata módozatoknál. A hangsúly azonban – az otthonszülések esetében is –, elsősorban nem az alternatív módszereken, hanem a *háborítatlanságon* van. Erre utal jelen értekezés címe is. Ez a kifejezés foglalja össze mindazokat a feltételeket, amelyeket az otthonszülés kapcsán a szülő nő elvár, ám amelyek önmagukban – szintén az egyedi igényekhez való igazodás miatt – nehezen definiálhatók. A háborítatlanság egyfelől az öntörvényűséget jelenti, vagyis annak biztosítását, hogy minden nő saját ritmusában, saját erejével, saját ösztöneit követve szülhessen. Jelenti továbbá a „szükségtelen” művi beavatkozásoktól való tartózkodást, illetve azt a segítő, személyi közeget, amely támogatóként a háttérben, észrevétlenül van jelen, nem pedig irányító szándékkal lép fel. Ennek megfelelően az otthonszülésnek nem feltétele az otthon, a saját otthon, így az *otthon* szó az *otthonszülés* kifejezésben sokkal inkább szimbolikus jellegű, mintsem hogy konkrét helyszínre utalna. Az *otthon* ezen összefüggésben jelentheti másnak az otthonát, vagy egy otthonszülésre kialakított születésházat, ám a gyakorlat azt mutatja, hogy ez utóbbiakat inkább kényszerhelyzetben veszik igénybe. Ennek ellenére fontos, hogy az otthonszülés kifejezésnek nem az *otthon* a kulcsszava, hanem a *háborítatlanság*.

Egy másik, több átértelmezést és értelmezés-pontosítást megélt kulskifejezés a *természetesség*. A már korábban említett első, az otthonszüléseket támogató alapítvány teljes neve: Alternatal Alapítvány a háborítatlan, természetes szülésért.<sup>155</sup> Itt a *természetes* kifejezés a természettel való harmóniára utal, s eredetileg a szabad testhelyzet megválasztására vonatkozott elsősorban, ami a közbeszédben már az *alternatív* kategóriába tartozik. Később Geréb Ágnes úgy nyilatkozott, hogy „ha most választanánk nevet, akkor a szabad és az öntörvényű lennének a kulcsszavak”.<sup>156</sup> A névből „most a háborítatlan maradna meg, mert a természetes azt sugallja, hogy ne legyen beavatkozás. De sokaknak ez nem természetes. Van, akinek az a természetes, ha kórházban szül, orvosi beavatkozásokkal és irányítással. Ez a felismerés rengeteget számított, sokat vitt előre bennünket”.<sup>157</sup> Ma már nem szerepel az alapítvány nevében a *természetes* kifejezés, maradt: Alternatal Alapítvány a háborítatlan szülésért. Ez, a szigorú oppozíciót kizáró attitűd szoros kapcsolatban áll az otthonszülést

<sup>155</sup> Az Alapítvány létrehozása Geréb Ágnes nevéhez kötődik.

<sup>156</sup> Interjú Geréb Ágnessel. FARKAS 1999: 51

<sup>157</sup> Uo.

pártolók azon kívánalmával, hogy az otthon szülés szabadon *választható* legyen, vagyis a hatalommal szemben megfogalmazott elvárás elsősorban a választás lehetőségére irányul.

E ponton szorosan kapcsolódik egymáshoz a *természetes* és a *biztonságos* fogalma, mert a mozgalom egyik jelmondata szerint (amit mind Geréb Ágnesről, mind a düláktól, mind az otthon szülőktől igen gyakran lehet hallani) „mindenhol jó, de a legjobb biztonságban”.<sup>158</sup> A biztonság elsődleges kategóriája tehát a szülő nő szubjektív biztonságérzetét jelenti felfogásukban. Tapasztalataik és a fentebb tárgyalt kutatók eredményei alapján úgy tartják, hogy ha a nő biztonságban érzi magát, jól halad a szülés, a maga természete szerint, kisebb eséllyel van szükség bármiféle beavatkozásra, ami csökkenti a szövődmények és a beavatkozások következményeinek kockázatát is.<sup>159</sup>

A holisztikus igény megjelenése hozta létre a kórházakban a Davis-Floyd által *humanista szemléletmódnak* nevezett szülésmodellt, amely elveiben merít a holisztikus szülésmodell mondanójából, ám kórházi körülmények között igen nehezen képes azokat megvalósítani. A holisztikus és a technokrata modell tehát egy szélsőséges ellentétpár végpontjait jelenti. A valóságban a két modell értékei olykor keverednek egymással, elsősorban az alternatív eljárásokat is alkalmazó, vagy a technokrata módszereket „lazábban” kezelő orvosok, kórházak gyakorlatában. Ez a jelenség azért bír nagy jelentőséggel az otthon szülés számára is, mert a szabályozás során elsősorban a kórházi humanista szülésmodell gyakorlatára, annak léteire hivatkoznak a szülésvezetés professzionális képviselői, mintegy azonosítva annak elveit a holisztikus szülésmodell elveivel – anélkül, hogy a paradigmák (technokrata, humanista, holisztikus) közti megkülönböztetés érvényességét elismernék. Ennek gyakorlati következményeként pedig az otthon szülés protokollját a kórházakban már létező humanista szülésmodell elveivel igazítják.

<sup>158</sup> <http://www.szules.hu/index.php?id=1712&cid=21337> (Letöltés ideje: 2009. 04. 10.)

<sup>159</sup> „Mi is a természetes? Az, ami az illetőnek természetes. Ha valakinek, akinek a kórházi szülés lenne a természetes, megmondjuk, hogy maradjon otthon, mert ez a szabály, akkor lehet, hogy a szüléskor a számára kialakult bizonytalanság olyan komplikációt hoz magával, ami egy életre elintézi a családi kapcsolatokat, a gyermek fejlődését, válást, mindent. És ez fordítva is igaz tud lenni.”<sup>159</sup> A hangsúly azonban ez esetben sem a konkrét helyszínen van, hanem a támogatók, segítők „összetételében”. (Interjú Geréb Ágnessel. [http://www.csaladinet.hu/hirek/szabadido/sztarcsalados\\_csalados\\_sztarok/11751/gereb\\_agnes\\_az\\_anyasagrol](http://www.csaladinet.hu/hirek/szabadido/sztarcsalados_csalados_sztarok/11751/gereb_agnes_az_anyasagrol) (Letöltés ideje: 2009. 04. 10.)



## 1.4. MIT JELENT AZ OTTHONSZÜLÉS?

Az előre tervezetten, otthon zajló születeket – hasonlóképpen bármely más, kulturálisan szabályozott jelenséghez -, nem lehet önállóan, környezetéből kiragadottan elemezni, ezért elsőként kísérletet kell tennünk arra, hogy tisztázzuk a fogalom mögött rejlő jelentéseket. Az otthonszülés jelenségét az úgynevezett alternatív szülemódok közé szokás besorolni, amely kifejezés újfent magyarázatot igényel.

### 1.4.1. Otthonszülés, mint alternatív szülemód

Az egészségügyi rendszereket manapság az egész világon mindenütt a pluralitás jellemzi. Ez azt jelenti, hogy egyazon kultúrában egymással több-kevesebb kapcsolatban, de mindig összefüggésben levő párhuzamos egészségügyi, gyógyító rendszerek léteznek. A legnagyobb e rendszerek közül az úgynevezett *populáris szektor*, azaz az öngyógyítás és az otthoni, családi, ismeretségi kör által történő gyógyítás, ezután következik a nyugati kultúrában az úgynevezett *biomedikális szektor*, vagyis a modern, nyugati orvoslás területe, illetve ehhez képest léphetnek fel *alternatív gyógyító rendszerek*, mint például az, amit a mai magyar nyelvben természetgyógyászatnak hívnak. Ez utóbbi nálunk főleg a modern korban importált új módszereket jelenti, kisebb részben régi, őshonos gyógyítási eljárásokat.<sup>160</sup>

Az *alternatív* kifejezést témánkkal kapcsolatban nem egyformán értelmezi a születesi szakma és a laikusok tábora, illetve ezen „csoportokon“ belül is sok vitára ad okot a kifejezés, ám hogy valamelyest leszűkítsük elemzésünk tárgyát, az alábbiakban e kifejezés alatt azokat a születesi eljárásokat értjük, amelyeknek szemléletmódját a *holisztikus* megközelítés szabja meg, ami sokban vitatkozik a szülés *technokrata-medikalizált* felfogásával.

Ezen kategóriákon és azok alkategóriáin belül gondolkodva tehát alternatív eljárásnak nevezhető Leboyer úgynevezett *gyengéd szülés és születés* módszere<sup>161</sup>, a *vízben vajúdás*, illetve a *vízben szülés*<sup>162</sup>, a gyógyszeres fájdalomcsillapítást helyettesítő - vagy inkább elhagyó - *alternatív fájdalomcsillapító eljárások*<sup>163</sup>, az úgynevezett *aktív szülés*, ahol a szülő nőt semmilyen fizikai és pszichés megnyilvánulásában nem korlátozzák, a *tervezett otthonszülés*, illetve a ma már hazánkban szinte valamennyi születesi intézményben többé-

<sup>160</sup> LAJTAI 2003: 117

<sup>161</sup> LEBOYER 1975

<sup>162</sup> JOHNSON-ODENT 1994

<sup>163</sup> Alapműként DICK-READ 1933, 1959.

kevésbé bevezetett *rooming-in rendszer*, ahol az újszülöttet teljes időben vagy részlegesen az anyával egy szobában helyezik el, illetve a *választott hozzátartozó* (többnyire a férj) *jelenléte* a szülésnél.<sup>164</sup> Bár ez utóbbi kettő is – elsősorban a biztonságra hivatkozva – heves szakmai vitákra adott okot az eljárás felvetése idején<sup>165</sup>, kedvező hatását ma már senki nem vonja kétségbe, jóllehet az elmélet és a gyakorlati megvalósulás között olykor még ma is óriási szakadék tátong.<sup>166</sup> Ezen alternatívák egymástól rendszerint el nem választható megoldásokat jelentenek, ám az átfedések igen változatosak lehetnek.

Ezen elméleti kereteken belül tehát otthonaszülés alatt azt értjük, amikor „a várandós anya magzatát otthonában tervezi megszülni, ehhez orvosi-egészségügyi segítséget vesz igénybe olyanoktól, akik az otthonaszülést bizonyos feltételek megvalósulása esetén támogatják. Az otthonaszülés kategóriájába tartozik tehát az a jelenség is, ha valaki a fentieknek megfelelően készül szülésére, de bizonyos, a szüléssel kapcsolatos események miatt kórházban hozza világra magzatát. Nem tartozik a fenti otthonaszülés definícióba az a kényszerű otthoni szülés, ha valaki valamilyen oknál fogva – legtöbbször a szülés hirtelen beindulása miatt – nem tud időben kórházba érkezni a szülés befejezte előtt, és otthonában hozza világra gyermekét, majd ezután kórházba megy. Ugyancsak nem tartozik a fenti otthonaszülés kategóriájába azok szülése, akik szülésüket otthon szeretnék megvalósítani – általában azért, hogy terhességüket eltitkolhassák, de ehhez nem vesznek igénybe semmilyen orvosi-egészségügyi segítséget“.<sup>167</sup> Ha a legtágabban értelmezzük azt az attitűdöt, amely az otthonaszülés képviselőit jellemzi, akkor a technicizált, mesterséges módon befolyásolt életmódtól, a tömegkultúrától való bizonyos szintű elfordulásnak egy típusáról beszélhetünk, illetve egy olyan tudatos szerepvállalásról, amely ezen elfordulást ideológiailag és a gyakorlatban részletekbe menően képes alátámasztani. Nem véletlen, hogy a Magyarországon a 90-es évek legelején kibontakozó mozgalom első képviselői az értelmiség és az úgynevezett „zöldek“ köreiből kerültek ki.

<sup>164</sup> Ezzel kapcsolatban lásd az 1998. július 1-én hatályba lépett egészségügyi törvényt (CLIV. törvény, 11§(5): “A szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdás és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, a szülést követően pedig arra, hogy – amennyiben ezt az ő vagy újszülöttje egészségi állapota nem zárja ki – újszülöttjével egy helyiségben helyezték el.”

<sup>165</sup> BRADLEY 1974. Magyarországon a rooming-in rendszerről, amely elvben az anya és az újszülött együttlétének természetességét célozza, így ír egy neves szülész orvos: „... Gyakorlatilag minden szülészeti intézményben megvalósult az újszülött/édesanya *kórterem* (kiemelés tőlem, K.B.)”. (TIBA 2004) A hangsúly a “kórterem” kifejezésen van, amelyben azon verbális interpretáció példájára bukkanhatunk, amely finoman utal a kórházi felfogás bár feltétlenül humanista, ám még mindig kevésbé rehumanizált szemléletére.

<sup>166</sup> Megjegyzendő, hogy ma még nincsenek olyan alapos pszichológiai kutatások, amelyek annak valós és hosszú távú következményeit mérnék, hogy a férj jelen van a szülésnél. Kérdés, hogy ez a jelenség új társadalmi normaként vagy valós pszichológiai szükségletként van jelen a nyugati társadalmakban?

<sup>167</sup> SZEBIK 2002a

A holisztikus szülésmodel elvi megközelítésének legitimációját az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Regionális Hivatala 1985-ben Brazíliában tartott konferenciáján megállapított ajánlásai adják, amelyek többségükben a terhesgondozás és a szülésvezetés technokrata eljárásaira vonatkoznak.<sup>168</sup> Az ezen a konferencián megfogalmazott alapelveket hazánkban az Alternatív Alapítvány követelte meg elsőként, s a szakmai viták során rendre ezen ajánlásokra hivatkozik.

Fontos elkülöníteni elemzésünk tárgyától azokat az otthonszüléseket, amelynek okai deprivációs réteghelyzetből adódnak, így például a Magyarországon gyakorlatilag teljesen feltáratlan cigány-otthonszüléseket, amelyek olykor kulturális konfliktusok miatt zajlanak a kórházon kívül, vagy azokat a szegény családokat, ahol anyagi okok miatt nem veszik igénybe az intézményi szülés lehetőségét.

#### 1.4.2. Hagyományos kontra alternatív, avagy a posztmodern bábaság

Az otthonszülés kapcsán rendre felmerül a „hagyományos társadalmak” klasszikus otthoni szüléseinek és a mai, előre tervezett otthonszülések analógiája, mintegy azonosítva, egymásra utalva a reprodukciós technikák ezen módszereit. „S zárógondolatként az otthonszüléshez: régen mindenki otthon szült és a halálozás a mainak a többszöröse volt. Ezt ne felejtjük el!” – mondja egy vezető budapesti főorvos Farkas Éva riportkönyvében.<sup>169</sup> Ebben a szellemben íródtak a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalásai is az otthonszüléssel kapcsolatban: „az otthoni szülések *visszaállítása* Magyarországon a technikai felkészültség, a kórházi sűrűség, a lakásviszonyok, a hiányos infrastruktúra mellett nem javasolható, és bevezetése még jelentős többletráfordítások esetén is veszélyeztetné a szülések biztonságát, és kockáztatná az édesanyák és újszülötteik egészségét, életét.”<sup>170</sup>

Meggyőződésem azonban, hogy két gyökeresen eltérő jelenségről van szó a „két” esetben (hagyományos- és modern otthonszülés), hiszen ha mindkét születéstípust társadalmi kontextusában vizsgáljuk, azonnal világossá válnak a motivációs, értelmezési, szimbolikus és mentális különbségek, amelyek a szülésről alkotott képzetek kapcsán ragadhatóak meg a legkönnyebben. Hozzáteszem, természetesen nem „kétféle” jelenségről beszélünk, hanem számtalan, kultúránként és történelmi időszakonként eltérő kulturális válaszokról ugyanarra a

<sup>168</sup> Magyarul lásd: FARKASNÉ SZŐDY –VELKEI 1999: 143-144.

<sup>169</sup> FARKAS 1999: 92

<sup>170</sup> Magyar Nőorvosok Lapja, 1999 (62): 233

kihívásra, nevezetesen a reprodukció szükségletére. A kategorizációt tovább bonyolítja a mai sajtóból az otthonzülés kapcsán megismerhető populáris szóhasználat is: amikor a szüléssel foglalkozó szakemberek az ötvenes évek előtti állapotokról beszélnek, legtöbbször „régii” szülésmódokat említnek, „hagyományos” alatt a kórházi születeket értik, s a népi hagyomány elemeinek felelevenítésére használják az „alternatív” kifejezést, noha ily módon egyik kifejezés sem felel meg a neki tulajdonított tartalomnak. E logika szerint alternatív az, ami természetes. Magam hagyományos otthonzülés alatt a 20. század közepe-vege előtti, modern otthonzülés alatt pedig a 80-90-es évek utáni, illetve a 21. századi otthoni születeket értem. Mivel azonban a történelmi időhöz kötött kategorizálás a különböző társadalmak eltérő gyakorlata miatt nagyon pontatlan, ezért a megkülönböztetésben nem az időbeliségnek, hanem adott szemléletmód meglétének, illetve a születéstámogatók szerepének van nagy jelentősége.

A „hagyományos” és „alternatív” fogalmának összemosása jelenik meg a szülés természetéről való gondolkodásban is. Az otthonzülés hívei azt állítják, hogy „a szülő nő nem beteg, a szülés a nők életének természetes, egészséges folyamata, mint az élet egyéb biológiai tényei (munkatevékenység, evés, anyagcsere, szexuális élet, a csecsemő sírás, sportolás, stb.)”<sup>171</sup>, addig az ellenzők szerint „a terhesség ugyan egy sajátos biológiai jelenség, de magában hordozza a legsúlyosabb szövődmények, akár az élet elvesztésének kockázatát is. Jelenleg a Földön a WHO adatai szerint évente 600 000 nő hal meg terhességgel kapcsolatos okok miatt. Márpedig *egy élettani folyamatban nem lehet meghalni*, tehát a terhesség egy sajátos biológiai folyamat, amelynek még „normális” esetben is számos kórélettani sajátossága van”<sup>172</sup>. Az érvelés sokatmondó: noha a 600 000 perinatális anyai halálozás okai például a harmadik világban nyilvánvalóan nem hasonlíthatóak össze a jóléti társadalmak tudatosan választó és felkészült, szakorvosi háttérrel rendelkező anyáinak lehetőségeivel, mégis rendre a felbukkan a „hagyományos” és „modern” otthonzülések egybemosása.

A hagyományos és a modern otthonzülés, illetve általában az alternatív szüléset megkülönböztetésének legfőbb kritériuma adott szemléletmód (technokrata/kórházi, humanista/kórházi, holisztikus) megléte vagy meg nem léte, illetve annak követése a születésegítésben. Ennek kapcsán nagy hangsúlyt kap a női segítő, a bába vagy szülésznő<sup>173</sup>

<sup>171</sup> Geréb Ágnes 2000.05.03-i fellebbezése: [http://www.birch.hu/a\\_jog\\_neveben/a\\_jog\\_neveben.shtml](http://www.birch.hu/a_jog_neveben/a_jog_neveben.shtml) (2010.02.09.)

<sup>172</sup> <http://www.martini-ugyvedei.hu/publikaciok/otthonzules.pdf> (Letöltés ideje: 2010.02.11.)

<sup>173</sup> Dolgozatomban a *bába* és a *szülésznő* kifejezést egyaránt használom, gyakran egymás szinonimájaként, s noha jogi szempontból a kettő ugyanaz, a két terminus mégsem tökéletesen fedi egymást. A hagyományos társadalmak és az alternatív szülésmódok születésegítő asszonyát következetesen bábának nevezi mind a szakirodalom, mind a közbeszéd. Szülésznőnek rendszerint a medikalizált szülésetben az orvost kiszolgáló

státusza és szakmai kompetenciájának társadalmi elfogadottsága, ami az egyik sarokpontot jelenti az otthonszülést legitimáló paradigmákban. Davis-Floyd nyomán<sup>174</sup> *posztmodern bábáknak* nevezzük azokat a szülésznőket, akik az orvosi, medikalizált szülésmodell kritikáját megfogalmazva alternatív módszereket keresnek a szülés lebonyolítására, hangsúlyozva szerepükben a szülés „kísérését” a „vezetés” helyett. A *modern bábáság*ba tartoznak a medikalizált szülészeti kiszolgáló szerepében működő szülésznők, akik a szülésorvos tekintélye alá rendelődnék, s feladatkörüket is ez szabályozza. A *bábáság premodern formájának* nevezhetjük mindazon elveket és gyakorlatokat, amelyek a medikalizáció előtt a szülés rendjét, azon belül pedig a bábák szerepét jellemezték. A hagyományos otthonszülésben tehát a premodern bábák segédkeznek, a modern otthonszüléseknél pedig a posztmodern bábák. A davis-floydi modern bába otthonszülésben nem vesz részt, mert szakmai szocializációja nem készíti föl rá.

Dúla szintén csak a premodern és a posztmodern bába mellett dolgozik, ám motivációik, felkészültségük, illetve a társadalmi kapcsolathálóban elfoglalt helyük miatt<sup>175</sup> eltérő jellemzőkkel rendelkeznek. Szerepük, mint később látni fogjuk, a modern otthonszülésben közel sem olyan nagy jelentőségű, mint a bábáé, ezért a szülészmódok kategorizálásában elsősorban nem a dúla jelenléte, hanem a bába szemlélete mérvadó.

Magyar nyelvterületen a hagyományos vagy premodern bába feladata kevésbé a szülésfelkészítésben, mint inkább a szülés alatt, illetve a szülést követő gyermekágyi időszakban kapott hangsúlyt.<sup>176</sup> A születéssel foglalkozó néprajzi irodalom szerint<sup>177</sup> a hagyományos közösségekben, ahol otthon, bába segítségével szültek, az asszonyok a gyermekáldás előtt nemigen találkoztak a bábával, és a szülés előtt sokszor semmiféle

---

szaksegítőt hívjuk, aki kizárólag a szülés idején van kapcsolatban a szülő nővel. Ezzel ellentétben a bába máskor is jelen van: az alternatív szülészeti bábája a prenatális időszakban, a hagyományos bába pedig a posztnatális időszakban is fontos szerepet kap. Ennek ellenére a kórházi szülésznők is olykor bábának hívják magukat, különösen az alternatív megoldásokkal szimpatizálók. Az alternatív szülészeti bábái a kifejezés felelevenítésével a bába státuszának társadalmi jelentőségét akarták hangsúlyozni. A legfontosabb különbség a szemléletmódban (a bába hangsúlyosan természetes folyamatnak tekinti a szülést), illetve a kompetencia kérdésében áll: a bába képes és lehetősége is van önálló döntéseket hozni normál szülés kísérésében, míg a szülésznő számára ez a legtöbb esetben nem lehetséges, mert az orvos hozza a döntéseket. Éppen ezért a bábák társadalmi megítélésére nagy hatással vannak a szülésznők kompetenciáinak kiterjesztésére és rögzítésére tett kísérletek. Míg Magyarországon csak elvétve kísérhet/vezethet szülést szülésznő kórházi szüléseknél, addig Nyugat-Európában az összes szülések 60-70 százalékát ők vezetik. Dolgozatomban a két kifejezést ez a megkülönböztetés árnyalja.

<sup>174</sup> DAVIS-FLOYD 1998: 119-133

<sup>175</sup> Ez alatt azt értem, hogy a falusi közösségekben az asszonytársi segítő szerepében többnyire valamelyik laikus nőrokon tevékenykedett-tevékenykedik, a modern otthonszülés esetében viszont a dúla professzionális, ám idegen segítő.

<sup>176</sup> Mint később látni fogjuk ez a mozzanat nagyon fontos különbséget takar a premodern és a posztmodern bába feladatai között, mert utóbbi legfontosabb feladata éppen a szülésre való testi-lelki-mentális felkészítés ismeretközvetítés által.

<sup>177</sup> BENEDEK 1998: 25-30, DEÁKY 1996, POLNER 1995: 393

ismerettel nem rendelkeztek a szülés természetét illetően. Ezek a nők nem azért szültek otthon, mert azt tartották gyermekük, családjuk és a maguk szempontjából a legmegfelelőbbnek, hanem azért, mert nem volt más alternatíva. A szülés módját, minőségét illetően semmilyen választási lehetőségük nem volt, főként, mert nem is ismerték a lehetséges megoldásokat. A szüléshez fűződő félelmek sokkal inkább hiedelmek és preventív mágikus eljárások formájában fogalmazódtak meg, mintsem verbálisan.

A modern otthonszülés feltétele a bábáság posztmodern formájának elmélete és gyakorlata, annak megvalósulása, illetve az erre való társadalmi igény jelentkezése. Szakmai és társadalmi integrációjuk tekintetében a premodern és posztmodern bábáknak a 20. század folyamán az ipari társadalmakban sok szempontból azonos kihívásokkal kellett szembenézniük, hiszen jellemző módon valamilyen kisebbség igényeit elégítették ki. Ilyen premodern bábák például az Egyesült Államokban a fekete bőrű „granny midwives”, akik azért tudták fenntartani – a többségi társadalom által igen lenézett és a társadalombiztosítás által nem támogatott – praxisukat, mert a fehér szülész orvosok még a 20. század végén sem mindig voltak hajlandóak ellátni fekete nőket, illetve a kulturális különbségekből adódó ellentmondásokat is csak ily módon képesek feloldani – pontosabban kikerülni. Hasonló okok miatt működnek az amerikai kontinensen még ma is premodern elvek szerint egyes indián csoportok, illetve bizonyos bevándorló csoportok bábái. Mivel ezek a bábák vagy nem rendelkeznek az egészségügy által elfogadott szakképesítéssel, és a szakmai tudásátadás hagyományos módszerét követik (a bába több bábatanoncot oktat), vagy rendelkeznek a megfelelő képesítéssel, de azt nem intézményes keretek között kamatoztatják, a medikalizált gondolkodásmódban szocializálódott közvélemény elítéli a működésüket, s a közvélekedés szerint a szülésre vonatkozóan semmiféle kompetenciával nem rendelkeznek. Ebben a véleményalkotásban jelentős szerepet játszanak a kórházak szülészeti osztályain és a szülész orvosok mellett asszisztáló, illetve a terhesgondozást végző nővérek, akik konkurenciát látnak általában is a nem szülészeti intézményben működő bábák, – mind a premodern, mind a posztmodern bábák – személyében.

A posztmodern bábák szerepe sok tekintetben hasonlít a premodern bábák szerepéhez, amelynek hangsúlyozása az otthonszülés elleni kampány egyik fontos eszköze. Az efféle érvelés hatékonyságát az biztosítja, hogy a „mezítlábas bábák” működésére utal, akik még akkor is tapasztalati úton szerezték meg szülészeti ismereteiket a 18. század végén, amikor a bábák munkáját már intézményes oktatáshoz kötötték<sup>178</sup>, s akikről a korabeli orvosi

<sup>178</sup> Magyarországon Mária Terézia nevéhez köthető a hivatalos bábaképzés elrendelése (1770), bár az első rendelet, amely a bábák működését szabályozta, 1550-ből való. Ez arról szól, hogy aki a továbbiakban is

szakirodalom és bulvársajtó igen negatív képet festett. A mai, posztmodern, tehát Magyarországon kizárólag a hivatalos egészségügy keretein kívül működő bábák munkáját egybemossák ezzel a bába-képpel, ezáltal is azonosítva a modern otthonszülést a hagyományossal. A posztmodern bábák munkája a világ minden részén – kisebb-nagyobb hangsúllyal - nagy ellenállásba ütközik a hivatalos szüléstartársadalom részéről, de egymással is állandó vitába keverednek a módszerek és az oktatás kérdésében, noha éppen az ő munkájuk jelenthet hidat a különböző (tradicionális, biomedikális és alternatív) ideológiai- és tudásrendszerek között.

Másfelől azonban a posztmodern, „alternatív” bába szerepe nagyban különbözik is a premodern, hagyományos bába-szereptől. A szülésre való felkészítés hagyományos módja többnyire a családi szocializáció keresztül történik, de sokkal inkább pszichés megerősítő, preventív és kollektív eljárásokról beszélhetünk, mintsem az egyéni cselekvést az egyén érdekében szabályozó, tudatos, a szabad választás lehetőségét felkínáló felkészítésről. A posztmodern bábaság egyik legfontosabb jellemzője a felkészítésben való főszerep, annak igénye, hogy a szülőpárt és hangsúlyosan a várandós nőt individuálisan, egyéni érdekeit és lehetőségeit szem előtt tartva önállóságra, tudatos szerepvállalásra és öntrenírozásra oktassa, vagyis olyan képességeket fejlesszen ki a benne, amely lehetővé teszi a számára, hogy adott esetben akár egyedül is képes legyen megszülni a gyermekét. Ez alapvetően biológiai ismeretanyag átadását és mély pszichológiai felkészítést jelent. A cél az, hogy a várandós nő olyan szinten ismerje meg saját testének működését, a gyermek fejlődésének és születésének fiziológiai folyamatát, hogy képessé váljon megbízni teste természetes működésében, ismerje a kompetens magzat képességeit és élettani folyamatait, ami – a posztmodern bábaság elvei szerint – a minimálisra csökkentheti a szüléstől való félelemből eredő gátlásokat. Véleményük szerint ugyanis ezek a gátlások szükségszerűen lelassítják a szülés folyamatát, kockáztatva ezáltal a beavatkozások valószínűségét. Ezek a célok és a felkészítés módszerei erősen kötődnek a pszichológiához, s nem véletlen, hogy a módszerek többsége a perinatális- és az újszülöttszichológia kibontakozásának az idején született meg. Ennek megfelelően a posztmodern bába egyik legfőbb feladata és ismeretanyaga ezen pszichológiai ismeretekből táplálkozik, ami miatt nincs sok átfedés és egyetértés a modern és a posztmodern bábák

---

bábaként kíván tevékenykedni, annak a főhatóságok előtt esküt kellett tennie. A 18. századig a szükségletnek megfelelően a városi hatóságok alkalmazták a bábákat, majd ekkortól az egészségügy reformjával párhuzamosan a bábák tevékenysége is állami ellenőrzés alá került. A bábataársadalom ezután sem volt egységes, hisz egészen a 20. század közepéig megtalálhatjuk Magyarországon az ún. *parasztbábákat*, a hierarchiában felettük álló, főorvos képezte *cédulás-*, majd később *másodrendű bábákat*, a hierarchia csúcsán pedig az egyetemi bábakurzuson tanult *okleveles bábákat*. (DEÁKY 1996: 161-165, DEÁKY - KRÁSZ 2005: 132-133)

ismeretanyaga és munkastílusa között. Részben ez magyarázza, hogy miért éppen Geréb Ágnes személyéhez kötődik az alternatív bábaság magyarországi kibontakozása.

A posztmodern bába tanult, ám kifejezetten az alternatív szülésekre specializálódott. Alapismereteit az adott kultúra által hitelesként elfogadott intézményekben (hivatalos szülésznőképző karokon) szerzi meg, de addig nem kísérhet például otthoni szüléseket a mozgalom saját szabályai szerint, amíg egy újabb speciális képzésen át nem esik.

Az újszülöttel kapcsolatban a posztmodern bábák elutasítják azt a felfogást, miszerint az újszülött érzékelése – fejletlen érzékszervei miatt – még kezdetleges. A holisztikus szülésmodell támogatói tudományos kutatásokra hivatkozva<sup>179</sup> állítják, hogy az újszülött meglehetősen jól hall, érez, perceptuális képességei jóval fejlettebbek, és sokkal jobban lát, mint korábban gondoltuk volna.<sup>180</sup> Az alternatív bábaság legfontosabb jellemzője tehát a perinatális pszichológia által nyújtott ismereteken nyugvó magzattfelfogás (ha úgy tetszik, emberkép), ami hosszú távú, a társadalom életminőségével kapcsolatos elméleteket alapoz meg.<sup>181</sup>

Végül a bába hagyományos szerepéhez hasonló új szerepe újra a női közösség hangsúlyozását célozza, amelyből az (idegen) férfi (orvos) ki van zárva. A szülés – mint női ismeretanyag és cselekvéssor – női körben való megismerése és megélése újra kizárólag női kérdésként kezeli a reprodukció folyamatát. A holisztikus szülésmodell hívei ezáltal kívánják biztosítani az egyéni intimitást, amelynek hiánya, ezzel párhuzamosan pedig a férfi orvos abszolút tekintélye az egyik legfontosabb szempontot szolgáltatja az alternatív szülés-mozgalom elindulásához.

A modern bábák az orvosi szocializációhoz hasonlóan a hivatás szocializációjában<sup>182</sup> gyakorlatilag ugyanazokat a technokrata elméleteket sajátítják el, mint a szülész orvosok, így a szülészet medikalizációjában és technicizálásában szintén fontos szerepet játszottak. Mivel

<sup>179</sup> CERNOCK-PORTER 1985: 1593-1598, ODENT 2003: 68-72, WINBERG-PORTER 1998: 6-10.

<sup>180</sup> A magzati kompetenciával foglalkozó vizsgálatok szerint „a magzatok képesek arra, hogy halljanak, lássanak, időérzékelésük és mozgásuk is megjelenik. Ez a mozgás nem egyszerűen sodródó, céltalan mozgás, hanem kommunikációnak tekinthető mozgásmintázat. Azzal a korábbi nézettel szemben, amely szerint az újszülött is csak gomolygó mintázatként érzékeli a külvilágot, ma már arról beszél a perinatális pszichológia, hogy már a magzatnak is van egy jól körülírt – és egyre inkább bizonyítható – egyénre jellemző affektív-kognitív stílusa. Továbbá: beszélhetünk perinatális fájdalomról, preferenciákról, érdeklődésről, tanulásról, emlékezésről, érzelmi viselkedésről, agresszivitásról, sírásról, mosolygásról, félelemről, tehát olyan érzelmekről, amelyek meglehetősen komplexek.” (VARGA -SUHAI-HODÁSZ 2002: 147.)

<sup>181</sup> Ezek az elméletek elsősorban a már említett Michel Odent francia szülész orvos, illetve az általa működtetett londoni Primal Health Research Center kutatásaira hivatkoznak, amik a szülészeti beavatkozások hosszú távú hatásait vizsgálják, s amelyek kimutatnak összefüggést a beavatkozások, illetve bizonyos betegség típusok, hajlamok kialakulásának valószínűsége között. (ODENT 2003: 31, RAINE-BRENNAN-MEDINK 1994: 984-988, JACOBSON-NYBERG 1987: 364-371) Továbbá utal arra a feltevésre, hogy a háborítatlan szülés biztosítása csökkenti a szülési komplikációk, s azok szövődményeinek a valószínűségét.

<sup>182</sup> A *hivatás szocializációja* a szociológiában használt fogalom, ami az adott hivatás által vallott értékek elsajátítását és interiorizálását jelenti.



azonban maguk is nők, a szülés valóságának egy másik dimenzióját is ismerik, a szülésről való tudás egy másik komponensével is rendelkeznek, mint a többségében férfi szülészorvosok. Ez a magyarázata annak, hogy a szülészetben jelentkező szemléletváltásban, az alternatív módszerek bevezetésének szorgalmazásában, a rutin beavatkozások csökkentésében olyan nagy szerepet játszanak.

Az otthoni szülés lehetőségeit minden egyes országban a bábákkal kapcsolatos szakmai protokoll határozza meg. Az nevezetesen, hogy van-e a szülésznőknek olyan bábai képzése<sup>183</sup>, szakmai és társadalmi felhatalmazása arra, hogy intézményi vagy intézményen kívüli formában önállóan kísérhessenek szülést. Nyugat-Európára jellemző, hogy a várandósságot és a szülést (ez utóbbit 70-75 %-ban) bábák kísérik, és ők követik nyomon az újszülött fejlődését is, vagyis nem osztják a gyermekszülést három szakaszra, mint ahogy azt Magyarországon is teszik (a terhesgondozást a terhesgondozó nővér, illetve az orvos végzi, a szülésnél az orvos és az ügyeletes /esetleg választott/ szülésznő van jelen, a gyermekágyi időszakban pedig a védőnő gondozza az anyát és az újszülöttet). A nyugati országokban általában választás kérdése, hogy a bába egy kórház alkalmazásában dolgozik-e, vagy függetlenként. Az otthoni születeket független bábák kísérik. E születeket a társadalombiztosítás részben vagy egészében támogatja, kivéve Svédországban és Luxemburgban, illetve Kelet-Európában.

Belgiumban, Spanyolországban, Finnországban, Olaszországban, Franciaországban és az Egyesült Államokban az otthoni születek aránya 1 % körül mozog, Ausztriában 2 %, Nagy-Britanniában 3 %, Németországban 6 % (itt az orvosok egy része küzd az otthoni szülés betiltásáért), Dániában 10 %, Új-Zélandon 12 %, Hollandiában pedig 30 %.<sup>184</sup> Nyugat-Európában törvény védi a szülésznők szakmai kompetenciáját, de mindenütt létezik ellenállás az otthoni szüléssel szemben. Kelet-Európa egyetlen országában sem támogatja az állam vagy a hivatalos szülészorvosi álláspont az otthoni szülést, noha a magyarországihoz hasonló pereskedésre otthoni szülés kapcsán sehol nincsen példa. A bábáság, mint intézmény, illetve a szülésznői munka társadalmi és szakmai elfogadottsága tehát mindenütt rányomja a bélyegét a szülésről való gondolkodásra és az otthoni szülés megítélésére.

<sup>183</sup> Mindig is többféle bábai képzés létezett. (Lásd a 178. lábjegyzetet) A 19. században is megkülönböztették a hivatalosan elismert és el nem ismert képzéseket, s ez ma is így van. Az otthoni szülést támogató szervezetek szerte a világon szerveznek bábaképző iskolákat, amelyek hivatalosan vagy elfogadottak, vagy nem. Magyarországon az Alternatal Alapítvány bábaképzőjét, ahol ún. „független bábákat” (vagyis intézménytől független bábákat) képeznek, a hivatalos szülészet egyelőre nem fogadja el.

<sup>184</sup> DAVIS-FLOYD 2003: xxi (előszó), illetve Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Az otthoni szülés gyakorlata néhány európai országban. 2007 [www.eski.hu/civiltajekoztatask/kepek/ho/anyagok/otthoniszules.doc](http://www.eski.hu/civiltajekoztatask/kepek/ho/anyagok/otthoniszules.doc) (Letöltés ideje: 2009.04.12.)

Nagyon fontos tehát hangsúlyozni, hogy amikor az ipari társadalmak előre tervezett otthonszüléseiről beszélünk, modern, alternatív szülészeti gyakorlatról van szó, amely modern, alternatív ideológián alapszik. Nem a hagyományos paraszti társadalomból ismert motivációk mozgatják az otthon szülni kívánó párokat, hiszen míg az első esetben az adott kulturális-gazdasági-egészségügyi lehetőségek és keretek jelölték ki a szülés helyét, addig az otthonszülés-mozgalom tudatosan, bizonyos társadalmi konvencióknak ellentmondva fogalmazza meg új igényeit, többnyire tudományos kutatásokra hivatkozva.

## **1.5. OTTHONSZÜLÉS MAGYARORSZÁGON**

Mivel hazánkban az otthonszülés szervezeti működése éppen átalakulóban van, hiszen az eddigi működést a megváltozott feltételekhez, a szabályozás előírásaihoz kell igazítani, nehéz aktuális helyzetképet nyújtani. Mégis be kell mutatni azt az utat, ahogyan egy gyermeket tervezgető nőből „otthonszülő” válik, s azt az intézményesen rögzített támogató környezetet, ami ezt lehetővé teszi. Ebben a fejezetben elsőként tehát bemutatom azt a feltételrendszert, amit az otthonszülést eddig „működtető” szervezet (Alternatal Alapítvány) elvárt és nyújtott azoktól és azok számára, akik szaksegítséggel otthon kívántak szülni. Ezek a kívánalmak jórészt a jövőben is fennállnak, noha elvben egyéb módja is lesz annak, ha valaki otthon akar szülni. Mostantól elméletileg bármely – megfelelő ideig – praktizáló orvos és szülésznő vezethet otthonszülést, amelynek feltételeit hivatalosan nem szabhatja meg az eddigi otthonszüléseket koordináló szervezet, nevezetesen az Alternatal Alapítvány. A következő alfejezetben írom le, hogy az otthonszülés milyen módon, ki és mi által intézményesült hazánkban, s hogy az intézményesülés rögzös útja hogyan vezetett végül az otthonszülés szabályozásához. S szintén e témakörhöz kapcsolódik majd a 2. főfejezet („Gyermek születik”), ahol azokat az egyéni motivációkat kívánom feltárni, amelyek végül, a gyakorlatban is az otthonszülés választását vonják maguk után.

### **1.5.1. Otthonszülés Magyarországon a 21. században**

Az otthonszülést két évtizede támogató Alternatal Alapítvány szerint a problémamentes szülés fontos – noha nem kizárólagos – záloga a tudatos felkészülés. Az otthoni szülésre való készülés és felkészítés fő célja az öngondozásra való képesség

fejlesztése, ami arra irányul, hogy az anya női mivoltából eredő tudása és ereje felszabaduljon, kiteljesedjék, és kezelhetővé váljék. Erre szolgál a Napvilág Születésházban<sup>185</sup> zajló egy hetes felkészítő kurzus<sup>186</sup>, amelynek látogatása az aktuális pénzbeli juttatás ellenében<sup>187</sup> minden várandós nő számára lehetséges, az intézeten kívüli szülést tervezők számára pedig kötelező. A Születésház bizonyos egészségügyi vizsgálatoknak, egyéb lehetőség híján<sup>188</sup> „otthonszüléseknek”, személyes találkozóknak, különböző csoportfoglalkozásoknak és a csoportos szülésfelkészítésnek ad helyszínt. A vizsgálatok a magzat és a várandós nő állapotának nyomon követését, vagyis folyamatos kockázatelemzést jelentenek.<sup>189</sup> A Születésház lehetőséget biztosít arra is, hogy megfelelő otthoni körülmények híján az asszonyok olyan környezetben szüljenek, ahol a segítők a holisztikus szülésmodell elvei vezérlik. A csoportfoglalkozások olyan szülésfeldolgozó vagy alternatív életmódtanácsadó programokat jelentenek, amelyek egyrészt a nőiség pozitív megélésében kívánnak segítséget nyújtani, másfelől pedig a különböző életciklusokban szeretnének tanácsokat nyújtani az egészséges életmód kialakításában és követésében. Az egészséges életmód kulcsa a tanfolyamok mondanivalójában a természetesség sokrétű – ám szélsőségesnek semmi esetre sem mondható - értelmezése.

Az egy hetes szülésfelkészítő kurzust úgy osztották fel egy napos szakaszokra, hogy azok részletekben is látogathatóak legyenek, vagyis minden hónap egy hetében ugyanazokon a napokon mindig ugyanarra a programra lehet számítani. A kurzusokat minden hónapban meghirdetik. A tanfolyamot szülész-nőgyógyász szakorvos (dr. Geréb Ágnes), bábák, gyermekorvos, pszichológusok, facilitátorok, mozgáskultúra-oktatók, asszonytársi segítők

<sup>185</sup> A Napvilág Születésház az Alternatal Alapítvány által működtetett intézmény: ez ad helyszínt, gyakorlati háttérrel az otthonszüléshez kapcsolódó eseményeknek (felkészítő tanfolyam, találkozók, megbeszélések, esetleg szülés).

<sup>186</sup> A felkészítés egy hetét eredetileg szülésfelkészítő tanfolyamnak nevezték, ma már azonban a tanfolyam kifejezést tanár-diák, oktató-kioktatott viszonyra asszociáló jellege miatt mellőzik, és a foglalkozásokra az egyenlőségre utaló beszélgetés kifejezést használják.

<sup>187</sup> Ez 62.500 forintot jelent (hosszú évek óta), de ez nem fix összeg, mert ha valaki nem tudja kifizetni, úgy kérhet az Alapítványtól támogatást (részben vagy teljesen), illetve fizethet részletekben, továbbá ez az összeg életfogytiglani „bérletet” jelent, vagyis a következő gyermek(ek) otthoni születe(i)re is érvényes (elvből azért, mert a tanfolyamért fizet, nem a szülésért, de a tanfolyamot is végiglátogathatja a következő várandóssága alatt is). Ez az összeg jelenleg a kórházi orvosnak „fizetendő hálapénz” alsó határát jelenti. A jelenlegi szabályozás ezt az összeget is nyilvánvalóan érinti, hiszen a bábáknak ezután egészségügyi tevékenységekre például kötelező felelősségbiztosítást kell kötniük, amelynek költségei vélhetően emelni fogják a szülők által fizetett díjat.

<sup>188</sup> Ha az intézeten kívüli szülést tervező család otthona 20 perces elérhetőségen kívül van a legközelebbi kórháztól, s nincs lehetősége „kölcsonlakásba” költözni (rokonokhoz, barátokhoz), vagy ha túl messze lakik ahhoz, hogy valamelyik otthonszülést vállaló bába időben elérjen hozzá, vagy ha a lakása nem alkalmas valamilyen oknál fogva a szülésre, akkor a Születésházba érkezik szülni, illetve várni, hogy meginduljon a szülés.

<sup>189</sup> Ultrahangos vizsgálatra az otthonszülős bábák is kórházba utalják az asszonyokat, de a terminuson (a szülés tervezett időpontján) túl CTG-t maguk is használnak, hogy a kóros és a nem kóros „túlhordást” megkülönböztessék.

(azaz dülák) és szoptatási tanácsadók tartják. A felkészítők szakmai kompetenciája jelzi a szülésre való készülés hangsúlyait: szülés szülész szemmel, szülés bába szemmel, lelki készülődés, ismeretek az újszülöttel kapcsolatban, az újszülött fogadása, gáttorna, egyforma hangsúllyal testi-lelki támogatás a várandósság és a szülés alatt, szoptatás. A felkészítő kurzust az Alapítvány saját szolgáltatásának tekinti, amely mint ilyen, pénzbe kerül, magát a szüléskísérést viszont szolgálatnak, felajánlásnak, amelyért nem kell ellenszolgáltatást fizetni.<sup>190</sup> A tanfolyamot a szervezők nem csak a leendő anyáknak, hanem a leendő apáknak is javasolják, illetve „párkapcsolati tréninget” is kínálnak olyan pároknak, akik valamilyen párkapcsolati problémával küzdenek. Az apák felkészítése és a család egységének hangsúlyozása fontos szempont a szülés holisztikus felfogásában, ami tehát korántsem korlátozódik magára a szülés aktusára.

Ha tehát valaki a már működő rendszerben<sup>191</sup> otthon szeretne szülni Magyarországon, akkor el kell mennie egy ún. információs napra (ami mindig péntekre esik), ahol bemutatkoznak a felkészítő csoport tagjai, ismertetik az otthonszülés előnyeit és hátrányait, és megismerkednek a jelenlévő kismamák és leendő apák első kérdéseivel. A várandóssokat hangsúlyosan arra biztatják, hogy járjanak körül minden szülészeti lehetőséget, gyűjtsenek információkat minél több forrásból, és idővel ezen információk birtokában és ezeket mérlegelve döntsenek, hogy valóban otthon akarnak-e szülni. A várandósság idején az anyának kórházban kell elvégeztetni a hivatalosan „kötelező” vizsgálatokat (Hepatitis B-szűrés, AFP-vizsgálat<sup>192</sup>, genetikai ultrahang<sup>193</sup>), s meg kell jelennie a hivatalos terhesgondozáson 4 alkalommal, mert ha ezt az orvos nem igazolja, úgy elesik az egyébként alanyi jogon járó egyszeri anyasági támogatástól. Így az otthonszülésre készülő anyák is járnak rendszeresen kórházi orvoshoz.<sup>194</sup> A kockázatfelmérő rutin vizsgálatokat az otthonszülős bábák végzik el, ami azonban arányaiban kevesebb belső és műszeres vizsgálatot

<sup>190</sup> Ez éppen ellentétes a medikalizált szüléssel eljárás módjával: kórházi szülésre készülve, ha az ember nem magánorvost választ, az intézetek által biztosított terhesgondozás, illetve az ennek részeként látogatható különböző felkészítések többnyire ingyenesek, ám a szülés – bár nem hivatalosan – hálapénzzel honorálandó.

<sup>191</sup> A 2011-es szabályozás szerint orvos és megfelelő végzettséggel és szakmai gyakorlattal rendelkező szülész nő (lásd a 11. mellékletet) is felkérhető otthonszülés kísérésére, de mivel erről a módról még semmilyen tapasztalattal nem rendelkezünk, csak a már létező rendszerről beszélhetünk.

<sup>192</sup> Az AFP az alfa-főtoprotein nevű fehérje rövidítése, amit a magzati máj termel.

<sup>193</sup> Utóbbi két vizsgálatra az otthon szült anyák olykor nem mennek el (saját mintámban 50 nő közül 18). Két okból: egyrészt a vizsgálatok nem adnak 100 %-os bizonyosságot az esetleges magzati fejlődési rendellenességekről, másrészt pedig arra hivatkozva, hogy a fogyatékoság biztos tudatában sem vetnék alá a magzatot abortusznak.

<sup>194</sup> Nem jellemző azonban, hogy a nők a kórházi orvosnak beszámolnak otthonszülési terveikről, tekintettel az otthonszülés igen negatív magyarországi megítélésére. Saját mintámban 50-ből 6 nő tudatta orvosával otthonszülési szándékát, mert bíztak orvosuk emberi megértésében, s közülük valóban csak egy viselkedett a kismamával ezek után úgy, hogy az másik orvost keresett. A többiek csak hangot adtak fenntartásaiknak. Támogatni egyikük sem támogatta.

jelent, mint amit a kórházi protokoll előír. A várandósság alatt a tanfolyam keretein belül kétszer kerül sor egy órás személyes beszélgetésre a bábakkal. Először a 30. hét után, ahol javasolják az apa jelenlétét is, ahol többek között a szülés során esetlegesen felmerülő problémákat beszélnek meg, megvitatják az apa szerepét és feladatait. A második alkalom a 37. hét után esedékes, ahol néhány bába és a szülő nő, illetve a szülőpár van jelen. Itt tisztázhatóak az egyéni elvárások, kérések. Ekkor egy átfogó nőgyógyászati vizsgálatra is sor kerül. Itt ad az anya egy térképet a bábának, amely az otthonát és a szükséges tudnivalókat jelöli. Amikor az anya úgy érzi, hogy elérkezett a szülés ideje, telefonon értesíti a bábát, aki a helyszínre érkezik rendszerint egy bába társa (vagy egy bábatanonc) és egy doula kíséretében. A szülés vezérelve a háborítatlanság, a szülő anya tudásába vetett bizalom és az anya kívánságaihoz való alkalmazkodás. A szülés után a segítők két órán át az anyával és az újszülöttel maradnak, s további két hétig tartják az anyával telefonon a kapcsolatot. A szülés után néhány héttel találkozik a szülőpár azokkal a segítőkkel, akik jelen voltak a szülésnél, s erre a beszélgetésre a szülők azt hívják el, akit akarnak. Itt megbeszélik a szülés során tapasztaltakat, elsősorban azért, hogy a verbalizáció segítségével az esetleges „sérülések” a felszínre kerüljenek.

### **1.5.2. Egyszemélyes küldetés. Geréb Ágnes és az otthonaszülés intézményesülése**

Az otthonaszülés 2011. márciusában intézményesült Magyarországon, amennyiben az intézményesülés feltételének azt tekintjük, hogy a mozgalmi törekvéseket a politikai hatalom elismeri és törvényes keretek közé szorítja.<sup>195</sup> Amennyiben azonban a társadalmi cselekvés adott módjának állandósulását értjük alatta, úgy a törvényes szabályozás éppenhogy megakasztja az intézményesülés folyamatát azáltal, hogy a továbbiakban nem engedi belső igényeinek megfelelően formálódni. Az otthonaszülés Magyarországon húsz év alatt formálódott, változott olyanná, amilyennek ma megismerhetjük: külföldi minták nyomán egyetlen ember ötletéből mára társadalmi mozgalommá terebélyesedett.

Az előre tervezett, modern otthonaszülés Magyarországon gyakorlatilag nem rendelkezett gyökerekkel, tapasztalatokkal, előzményekkel 1989 előtt. Hazánkban – noha a jog eddig sem tiltotta – az otthonaszülésnek húsz évig nem volt hivatalosan elismert feltételrendszere, szakmai háttere, kiszolgáló apparátusa, ezért gyakorlatilag „földalatti

<sup>195</sup> 2011. március 2-án megszületett az otthonaszülés törvényi szabályozása, amely 2011. áprilisában lépett hatályba, és a május 1. utáni otthonaszületekre vonatkozik.

mozgalomként“ működött. Az otthonzülést pártoló szakemberek és laikusok eredetileg egyetlen személy körül csoportosultak, akinek karizmatikus egyénisége, illetve szakmai tudása alkalmassá tette az őt követők szemében egy társadalmi mozgalom kibontakoztatására. Dr. Geréb Ágnes 1989 óta segít a világra újszülötteket saját otthonukban.

Geréb Ágnes személye – az otthonzülő nők szemében és kívülről tekintve is – nem csak azért volt megfelelő a magyarországi otthonzülés mozgalom beindítására, mert képzettsége folytán szülész-nőgyógyász szakorvos, pszichológus és 17 év klinikai tapasztalattal rendelkezik, hanem mert maga is a női nemhez tartozik, így négy gyermek világrahozatala során nem csak elméleti, hanem tapasztalati tudása is van a szülésről. Maga is megélte, megtapasztalta a szülés, az életadás misztériumát, a szakorvos szemével ítélni tudta a szülés testi-lelki-fogyasztói vonatkozásait, a szüléset patriarchális hierarchián alapuló intézményi mechanizmusait, amely mind a kollegiális, mind az orvos-„beteg“ kapcsolatban normatív jelleggel bír. Az általam megkérdezett édesanyák közül többek számára (50/19) jelentőséggel bírt, hogy Geréb Ágnes nő, mert szakmai tudása mellett „női tudását” is nagyra értékelték.

A doktornő 1981-ben szakvizsgázott, majd ezután a pszichológia szakot is elvégezte, s praktizálása kezdetétől fogva deviáns módon viselkedett a hivatalos protokoll szempontjából. Hagyta, hogy a nők guggolva szüljenek a szülőágyon, négykézláb, vagy az infúziós állványba kapaszkodva.<sup>196</sup> Ebben a kontextusban ez a magatartás megengedő attitűdöt hordozott, míg ma az otthonzüléseknél a vajúdási és szülési pozíció megválasztása tudatosan és szinte teljes mértékben az anyára hárul. „A szülés akkor megy jól, ha nem az orvos irányítja őt, nem is én, nem is ő maga, hanem a természet“ – vallja Geréb Ágnes.<sup>197</sup>

A doktornő 1986-ban Londonba, majd 1990-ben Amerikába ment az otthonzülést tanulmányozni és tanulni, mert bár az igény és a tudás már megvolt benne arra, hogy változtasson a szülésetben alkalmazott módszereken, ekkor még nem volt előtte ismert minden részletében annak eszmerendszere. „...[odakint] megerősítést kaptam. Ráismerések voltak, hogy jé, én is így gondolom, jé, én is idejutottam, jé, itt is így van!”<sup>198</sup>

Noha az orvosi szocializáción Geréb Ágnes is kétségtelenül keresztülment, egyfelől egyénisége (a múltból hozott mintái, individuális elvárásai), másfelől női mivolta (amikor a klinikát 17 év után elhagyta, megszületett harmadik gyermeke – otthon -, majd a negyedik is – szintén otthon), harmadrészt – úgy vélem, igen hangsúlyosan – pszichológiai képesítése révén

<sup>196</sup> Interjú dr. Geréb Ágnessel. FARKAS 1999: 43

<sup>197</sup> FARKAS 1999: 50

<sup>198</sup> Interjú Geréb Ágnessel. [www.szules.hu/letters\\_harman\\_a\\_haboritatlan\\_szules.htm](http://www.szules.hu/letters_harman_a_haboritatlan_szules.htm). (Letöltés ideje: 2007. 10.10.)

elindult egy olyan úton, amely végül megkérdőjelezte a fennálló hatalom és tekintélyelv megkérdőjelezhetetlenségét. „Nem szerettem ott engem [ti. a klinikán]. Egyrészt nem voltam a szülések közé való. Semmilyen szempontból sem álltam be a sorba. Nő is voltam, nem is fogadtam el borítékot, és még sorolhatnám. Például «szülésznői» munkát is végeztem, ágytálaztam, műszert mostam, na meg a babákat is én fogadtam a szüléskor. Nem végeztem gátmetszést, ha módomban volt rá [1989 előtt!].”<sup>199</sup> Ez az önreprezentáció hivatott igazolni azt az attitűdöt, amely a doktornőt a szülészorvosi hivatás klinikai-technokrata szemléletével kapcsolatban jellemzi, illetve amely a pályaelhagyását megmagyarázza.

Miután Magyarországon Geréb Ágnes minden, az otthonszülés legalizálását célzó kísérlete rendre elutasításba ütközött a felelős minisztériumok, a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium és a KÖJÁL részéről, 1992-ben szervezett Szegeden egy nemzetközi szülészeti konferenciát, amely bár felvonultatta a szakma külföldi nagyjait<sup>200</sup>, a 300 résztvevő között kevéssé képviseltették magukat a hazai szülésszakma tagjai – köszönhetően az alternatív hangvétel deviánsként ható üzenetének. Ez a kongresszus végül arra hatott a legerőteljesebben, hogy megindította a szülésznők önszerveződésének folyamatát, szakmai kompetenciájuk növelésének igényét, amely ma is fontos kulcs a szülés rehumanizációs törekvéseinek megértéséhez.

Szintén még 1992-ben a doktornő megalapította az Alternatal Alapítványt a háborítatlan szülések támogatására, amelynek tiszteletbeli elnöki posztjára a szülész-nőgyógyász Michel Odent-t kérte fel, aki e tisztséget hosszú éveken át viselte. Az, hogy az otthonszülésnek intézményes kereteket adó alapítvány „élére” egy elismert szaktekintélyt állított, nemzetközi szinten is ismertté és az alternatív szülést propagálók körében feltétlenül hitelessé is tette a magyar szervezetet. Hogy a magyar otthonszülés mozgalma intézményes módon is jelen legyen a nemzetközi „alternatív” szülészet világában, a doktornő 1994-ben társalapítóként vett részt az ENCA (European Network of Childbirth Associations) létrehozásában, aminek fő célja a nők érdekeinek képviselete, a bábai szemlélet erősítése, a családközpontú szülészet, valamint a szoptatás támogatása. 1996-tól a szoptatást szakmai alapon népszerűsítő nemzetközi La Leche Ligával épített ki szoros együttműködést.

<sup>199</sup> Interjú Geréb Ágnessel. [www.szules.hu/letters\\_harman\\_a\\_haboritatlan\\_szules.htm](http://www.szules.hu/letters_harman_a_haboritatlan_szules.htm). (Letöltés ideje: 2007. 10.10.)

<sup>200</sup> Többek között ott volt Michel Odent, francia szülészorvos, illetve Sheila Kitzinger, a szülés kulturális jelentésével foglalkozó antropológus és szülésre felkészítő tanár, a szülés-rehumanizáció kevés társadalmi elemzőinek egyike.

Mindezek mellett Geréb Ágnes rendszeresen vesz részt nemzetközi konferenciákon, amelyeket az alternatív szülészet különböző témaköreiben szerveznek<sup>201</sup>, illetve maga is rendezett több olyan konferenciát és programsorozatot, amely a szakmai párbeszéd erősítését célozta<sup>202</sup>. A doktornő, illetve a vele dolgozó szakemberek mindvégig nagy hangsúlyt fektettek a civil szférával való kapcsolattartásra, amit kisebb volumenű előadások, programok és foglalkozások keretében valósítanak meg. Az ismertség jótékony hatásában bízva Geréb Ágnes soha nem utasította vissza a sajtómegkereséseket sem.

A posztmodern bábáság elveit elterjesztendő 2003-ban az Alternatal Alapítvány szervezésében megalakult egy alternatív, „posztmodern“ bábaképző, amely a „holisztikus bábáság“ alapelveiből táplálkozik. A holisztikus bábáság a holisztikus szülésmodell megvalósítására törekszik, amelynek egyik alapkritériuma a szülés helyszínének alternatív megválasztása. A „bábatanoda“ célja független (önállóan is működni képes) szülésznők képzése.<sup>203</sup> A bábatanoncok, vagy ahogy maguk nevezik, a bábainasok oktatása személyes felelősségen alapuló tutor-rendszerben működik, amely elméleti oktatáson kívül gyakorlati képzést is jelent, ennek megfelelően azonban évente csupán 2-3 bábainast képeznek, éppen az elvárt szintű gyakorlati oktatás miatt. „Az intézeten belüli szülésvezetés szülésznői gyakorlata merőben eltér az intézeten kívüli szülések kísérésétől, két külön szakterületről van szó, ezért a gyakorlatot is a megfelelő helyen kell megszerezni.“<sup>204</sup> Az otthonszüléseknél segédkező

<sup>201</sup> 1986-ban részt vett az első, Londonban megrendezett otthonszülés konferencián. 1995-től rendszeresen előadásokat tart ENCA-konferenciákon, 2001-ben pedig a harmadik nemzetközi otthonszülés-konferencián tartott előadást, illetve ugyanebben az évben Varsóban, a lengyel szülésznők konferenciáján. 2008-ban a Prágában megrendezett Nemzetközi Bábakonferencián vett részt előadóként.

<sup>202</sup> 1992-ben rendezte a már említett szegedi nemzetközi konferenciát a szülésről, 1994-ben egy nemzetközi konferenciát szervezett az újszülöttről, illetve a szülés alatti beavatkozások hatásairól, 1995-ben pedig külföldi bábák bevonásával továbbképzést szervezett magyar szülésznők számára. 2003-ban rendezte meg az első Születés Hetét, egy nagyszabású program- és előadás-sorozatot a szülés témaköreiben. Ugyanebben az évben hívta életre az első Rendhagyó Bábakonferenciát Budapesten, amely a független bábáság gyakorlatát kívánta ismertebbé tenni a hazai szakmai berkekben.

<sup>203</sup> A független bábák képzése során elsődleges cél, hogy képesek legyenek arra, hogy „az információkon alapuló, állandó konzultációs lehetőséget biztosító öngondozást segítsék, a mai magyar terhesgondozásban rutinszerűen szereplő vizsgálatokat elvégezzék (például rákszűrést), illetve a szükséges vizsgálatokat elvégeztessék/észrevegyék, amikor a várandósság bármilyen kóros jelenséggel párosul, ilyen esetben továbbutalják a megfelelő helyre az arra rászorulókat, illetve konzultációt kérjenek. Tisztában legyenek a várandósság alatti összes rutin vizsgálat céljával, eredményességével, hátrányával, előnyével, kockázatával és azt képesek legyenek oktatni is. A komplikációmentesnek ígérkező szüléseket elválasszák azoktól, amelyeknél várhatóan nagyobb százalékban lép föl komplikáció. [Továbbá képesek legyenek] a komplikációmentesnek ígérkező szülések önálló kísérésére (attól függetlenül, hogy a szülés intézeten belül vagy intézeten kívül zajlik), komplikáció fölléptekor pedig a komplikáció mielőbbi fölismerésére, annak ellátásának helybeni, szakszerű megkezdésére és közben a megfelelő szintű szaksegítség hívására, vagy - intézeten kívüli szülés esetén az intézeten való szállítás intézésére. [Alkalmasak legyenek] kutatásokban való együttműködésre és/vagy önálló kutatásra, kutatási eredményeik szavakba öntésére (oktatásra, előadások tartására) illetve azok vagy más (pl. a szülés közben átéltek, stb.) írásba foglalására. [Hasonlóképpen] kongruenciára, empátiára, intuícióra és föltétel nélküli pozitív odafordulásra (Carl Rogers nyomán), s legalább egy idegen nyelv legalább alapfokú ismeretére. (Bábatanoda. <http://www.szules.hu/index.php?id=1713>) (Letöltés ideje: 2007.10.11)

<sup>204</sup> u.o.



bábák szakértelmét a magyar szülészet vezető szakemberei többnyire nem tartják elfogadhatónak: „Mi az otthoni szülés ellen foglalunk állást, mert ez veszélyezteti az újszülöttet és veszélyes az anya számára is. (...) Mondhatjuk, hogy a bába, aki kimegy, többet ért hozzá, mint egy mozdonyvezető, de ezt nem nevezzük szaksegítségnek. A szaksegítséget csak kórházban lehet biztosítani, ahol a császármetszés végzésének néhány percen belül megvan a lehetősége.” – vallja a kórházi szülészet egyik nagytekintélyű professzora.<sup>205</sup> A problémáról a későbbiekben még szólok, előzetesen csak annyit, hogy Magyarországon a szülésznőgyógyászok 92 százaléka férfi<sup>206</sup>, míg a 15 fős Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium kizárólag férfiakból áll.

Az Alternatív Alapítvány Bábatanodája után néhány évvel később egy másik szervezet is megalakult, a Független Bábák Szövetsége (később Országos Bábászövetség), eredetileg szintén a szülés alternatív módszereit megvalósítandó, a szülésznők kompetenciájának növelését követelő programmal. Ám ez a vállalkozás ma már nem kizárólag otthoni szülésekre specializálódik, sőt, célja inkább a szakma képviselői együttműködésének az elősegítése.

Az otthoni szülés intézményesítéséhez szükség volt arra, hogy a mozgalom tevékenysége beilleszthető legyen a szülés hivatalosan elfogadott intézményrendszerének szövetébe. Ez elvi és gyakorlati megfontolásokat is kívánt. Az elvi megfontolásokat az otthoni szülés szabályozásának hosszú folyamatában és jelenleg is zajló vitájában<sup>207</sup> közelítették a központi, hivatalos elvárásokhoz. A gyakorlat olyan szakmabérgárda és infrastrukturális feltételrendszer felmutatását igényelte, amely szintén a hatalom által szentesített elvárásokhoz igazodik, ám egyben kihasználja azokat a lehetőségeket, amelyeket a bürokratikus rendszer nyitva hagy. Amikor például Geréb Ágnes orvosi minőségében (több alkalommal) eltiltották a praktizálás lehetőségétől, bábaként kezdett el tevékenykedni. Ahhoz azonban, hogy ez a kibúvó legitimé váljon, 2005-ben a Debreceni Egyetemen szülésznői oklevelet szerzett, majd 2010-ben a SOTE-n diplomás szülésznőként végzett. Mindazonáltal jelenlegi perében nem szülésznőként, hanem orvosként kezelik.

A hazai otthoni szülés-mozgalom fontos állomása volt, amikor 1994-ben létrehozták a Napvilág Születésházat, amelyre akkor a parlament megszavazott 32,6 millió forintot, de végül a szülészeti szakma ellenjavallata miatt ezt az összeget nem kapták meg. A ház mindazonáltal az otthon szült családok összefogásával és kölcsönből megépült. A szervező

<sup>205</sup> FARKAS 1999: 26

<sup>206</sup> Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008.

<sup>207</sup> Noha a szabályozás megszületett, az otthoni szülésben eddig részt vevő szakemberek, illetve az otthoni szülést támogató civil szervezetek reménykednek a továbblépésben, ami elsősorban az otthoni szüléseket kísérő szakemberek továbbképzését, illetve a jövőbeni tapasztalatok alapján a szabályozás szükség szerinti módosítását jelenti.

munkában nagy szerepe volt egy bölcsész-vállalkozónak, Haas Györgynek, aki néhány évig menedzselte az alapítványt, illetve a bölcsész Domjáné Harsányi Katalinnak, aki az alternatív szülés elkötelezett híveként vett részt az otthoni szülés-mozgalom szervezésében. Az utak 2003-ban váltak szét (bár az elválás több évbe tellett), amikor az első Születés Hete rendezése körül viták alakultak ki Geréb Ágnes és Haas György között. Azóta Haas György nagyszabású terveket valósított meg az alternatív szülés népszerűsítése érdekében, amelynek részeként tovább bővítette a Születés Hetét, részt vett az Országos Bábaképző Intézetet megalapításában, s néhány évig az Országos Bábászövetség (2002) szóvivője volt. 2003-ban a Bábászövetség ösztöndíjával a bölcsész Noll Andrea (Nandu) az egyesült államokbeli El Paso-ban levő Maternidad La Luz születésközpontba és bábaiskolába felvételt nyert, majd annak elvégzése után Magyarországon „az első holisztikus bába” néven kezdett otthoni szüléseket kísérni. A szüléskísérésnek ez az iránya jóval több spirituális elemet tartalmaz, figyelme az élet több területére is kiterjed, s korántsem csak az otthoni szülésre fókuszál, mint az Alternatal Alapítvány által működtetett programok sokkal „hétköznapiabb” kínálata. Bár az összehasonlítás most semmi esetre sem célt, a két irány közötti diszharmónia tagadhatatlan. Szó sincs nyílt ellentmondásról, sem személyes ellenségeskedésről, pusztán a létezés, az alternatív szülés és a szülés felfogásának különböző dimenzióiról, ám nem mentes a viszony a szigorúan vett szakmai nézeteltérésektől sem.

Noha az otthoni szülés mozgalom létrejötté is feltétlenül Geréb Ágnes nevéhez kötődik, tevékenysége idővel egyre hangsúlyosabban a mozgalom kulcsfigurájává tette. Bár e státusz ellen ő több ízben nyilvánosan is tiltakozott, az otthoni szüléshez, ezáltal pedig a személyéhez kötött halálesetek és „vészhelyzetek” egybemosták őt az otthoni szüléssel. Ezért nem csak a laikusok számára, hanem a hatalom<sup>208</sup> számára is nagy jelentőségű volt, hogy a tragédiák kapcsán indított büntetőjogi eljárások milyen eredményt hoznak; elítélik, vagy felmentik a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétségének vádjával őrizetbe vett Geréb Ágnest. Igaz, nem egyedül állt vádlói előtt, hanem négy bábatársával együtt, a sajtó és a laikus vita (például az interneten) szinte kizárólag róla szól.

Geréb Ágnes nevéhez három halálesetet kötnek. 2000 márciusában egy otthon világra jött újszülöttet újra kellett éleszteni, ami sikerült is, de olyan maradandó agykárosodást szenvedett, hogy egy évvel később meghalt. A doktornőt az eset miatt foglalkozás körében elkövetett mulasztás vádjával ítélték el, és bár vád alól az első fokon eljáró bíróság felmentette, másodfokon a bíróság bűnösnek mondta ki. Ezért volt szükség a Fővárosi

---

<sup>208</sup> Itt elsősorban a szülés feletti kontroll birtoklására gondolok, másodsorban pedig az azt legitimáló politikai hatalomra.

Ítéletábla harmadfokú eljárására, amely helyben hagyta a másodfokú ítéletet, azaz a szakma gyakorlásától való hat hónapos eltiltást. A második haláleset 2003. év végén történt, amikor egy ikerterhes kismama második kisbabája halt meg a szülést követő hatodik hónapban. Az ikerszülést az otthoni szüléseknél általában rizikófaktoroként tüntetik fel<sup>209</sup>, ám Geréb Ágnes szerint a kockázati tényezők ismeretében a rizikó az ő esetükben a lehető legkisebb volt, mert mindkét baba koponyája volt elől, a két baba külön burokból fejlődött és külön volt a lepény is. Az első kisbaba rendben megszületett, ám a második baba szívhangjai rohamosan romlottak, lilán, tónustalanul jött világra és nem lélegzett, és bár sikerült újraéleszteni, fél évvel később meghalt. Ekkor a szakértők nem mutattak ki okozati kapcsolatot a szülés eseményei és a halál bekövetkezése között, ám később mégis felkerült az eset Geréb Ágnes „bűnlajstromába”. A harmadik tragédia 2007. szeptemberében történt, amikor a komplikációmentesnek induló szülés végén hajnalban kibújott a baba feje, a vállai viszont elakadtak a szülőcsatornában. Noha az édesanya 12 perc múlva már kórházban volt, és a babát gátmetszéssel kiszabadították, az életét már nem lehetett megmenteni. Ezután a Fővárosi Ítéletábla három évre tiltotta el Geréb Ágnest a szülész-nőgyógyász szakma gyakorlásától. Szabálysértési eljárást akkor helyeztek kilátásba, ha mégis tovább praktizál, és „lebukik”. Erre az esetre kilátásba helyezték, hogy „kuruzslással” fogják megvádolni. Az Ítéletábla vádpontjaira a doktornő egy közleményben reagált (5. melléklet), amelynek lényege újfent a szülészeti és a bábai szemlélet alapvető különbségeinek felvázolása. A „lebukás” 2009. szeptemberében következett be, amikor egy újszülöttet kórházba kellett szállítani, mert komplikációk léptek fel az otthoni szülésnél. Miután a hatóságok számon kérték rajta, hogy érvényben lévő eltöltése ellenére miért „vezetett” le szülést, egy bábátársa úgy reagált, hogy „hiszen a szülési tevékenységétől tiltották el (például attól, hogy kórházban dolgozzon), de az otthoni szülésnél nyújtott segítség nem minősül annak. [...] Nem történt semmi szokatlan, nagyon sok baba születik ma nagy súllyal, ugyanez a komplikáció a kórházi szülésnél is jelentkezett volna. [...] A lényeg, hogy a jelen lévők felismerték, hogy az anyának kórházi ellátásra van szüksége, és időben be is értek vele oda”.<sup>210</sup> Az eset azonban megfelelő okot szolgáltatott a vádemelésre.

2009. novemberében a Pesti Központi Kerületi Bíróságon (PKKB) egyesítették Geréb Ágnes 3 büntetőügyét. Az ügyész maradandó fogyatékoságot okozó, foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetéssel, halált okozó, foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetéssel és foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetéssel vádolta meg a

---

<sup>209</sup> SAGOV et al 1992: 76

<sup>210</sup> [http://hvg.hu/egeszseg/20090918\\_gereb\\_agnes\\_otthonszules](http://hvg.hu/egeszseg/20090918_gereb_agnes_otthonszules) (2010.01.06)

doktornőt. Később az ügyész a vádat gondatlanságból elkövetett emberölésre<sup>211</sup> akarta átminősíteni, ami ugyan nem sikerült, de szimbolikus jelentőségű, hogy bár a két bűncselekmény büntetési tétele azonos (1-5 év), az emberölés a nyilvánosság előtt súlyosabbnak minősül.

2010. október 6-án a szabadlábon védekező Geréb Ágneszt őrizetbe vették, mert a mentőknek kellett újraéleszteni egy újszülöttet a Napvilág Születésházban, ahol Geréb Ágnes asszisztált a szülésnél. Az újszülött súlyos agykárosodást szenvedett. Védői szerint az orvosbába nem követett el bűncselekményt, mivel az anya – tudván, hogy nagy a magzat –, kórházban szándékozott szülni, s csupán egy konzultációra érkezett a Születésházba, ahol váratlanul megindult a szülés. Geréb Ágneszt azonnal előzetes letartóztatásba helyezték, s csak december 20-án engedélyezték a házi őrizetet. Fogva tartásának körülményei, illetve az, hogy a tárgyalásokra kezén-lábán megbilincselve, vezetőszárral hozták be, élénk reakciókat váltott ki itthon és külföldön egyaránt.

Külföldön a per csak azután okozott jelentősebb visszhangot, miután az otthonszülést kriminalizálták, és Geréb Ágneszt őrizetbe vették. Előtte az egyetlen említésre méltó reakciót a brit *The Economist* című politikai és üzleti hetilap írása jelentette 2010. márciusában. Ebben a cikk szerzője Geréb Ágnes „úttörő munkáját” Semmelweis Ignácéhoz hasonlítja (amely párhuzamot otthon szült édesanyáktól magam is sokszor hallottam), a kórházi szülésvezetés felfogásmódját pedig, amely a szülést orvosi esetnek, nem pedig természetes folyamatnak tekinti, idejétmúlnak, ám az „egykoron kommunista Keleten” még élő jelenségnek titulálja.<sup>212</sup> „Geréb Ágnes támogatói most arra kérik a nemzetközi szakértőket, hogy tanúsítsák az otthonszülés biztonságosságát. Elképzelhető azonban, hogy a bíróság úgy dönt, a szakértői vélemény csupán egy üzleti csoport állásfoglalása, és Geréb Ágnessel együtt elítéli magát az otthonszülést is – írja a *The Economist*.”<sup>213</sup> Később, 2010. októberében a brit *Guardian* jelentetett meg egy írást a doktornővel történekről<sup>214</sup>, 2010. novemberében pedig az egyik legjelentősebb orvosi szaklap, a *British Medical Journal* hasábjain jelent meg egy Geréb Ágnes fogva tartását elítélő cikk.<sup>215</sup> Több külföldi szülészeti szakember kelt Geréb Ágnes

<sup>211</sup> Ami feltételezi a szándékosságot, vagyis azt, hogy a vádlott annak tudatában hajtotta végre tettét, hogy az halált okozhat.

<sup>212</sup>[http://www.dunatv.hu/eletmod/the\\_economist\\_gereb\\_agnesrol.html](http://www.dunatv.hu/eletmod/the_economist_gereb_agnesrol.html). Az eredeti cikk: [http://www.economist.com/world/europe/displaystory.cfm?story\\_id=15671546](http://www.economist.com/world/europe/displaystory.cfm?story_id=15671546) (Letöltés ideje: 2010.03.20)

<sup>213</sup>[http://www.dunatv.hu/eletmod/the\\_economist\\_gereb\\_agnesrol.html](http://www.dunatv.hu/eletmod/the_economist_gereb_agnesrol.html). Az eredeti cikk: [http://www.economist.com/world/europe/displaystory.cfm?story\\_id=15671546](http://www.economist.com/world/europe/displaystory.cfm?story_id=15671546) (Letöltés ideje: 2010.03.20)

<sup>214</sup> Ned Stafford: Hungarian home birth advocate is jailed after “long campaign of harassment” against her. *British Medical Journal* 2010; 341:c6229

<sup>215</sup><http://www.guardian.co.uk/world/2010/oct/22/hungary-midwife-agnes-gereb-home-birth>

védelmére<sup>216</sup>, különösen akkor, amikor a hazai szakértői véleményeknek ellentmondva a védelem kérésére benyújtották szakvéleményüket, miszerint a doktornő nem vétett szakmai hibát a kérdéses szülések során. Geréb Ágnes letartóztatását követően 30 széles körben ismert, elismert és hivatkozott külföldi szülészeti és társadalomtudományi szakember nyújtott be petíciót a magyar kormánynak a doktornő szabadon bocsátását és az otthonszülés szabályozását követelve.<sup>217</sup>

Geréb Ágnes mindhárom tragédiáról úgy véli, nincs ok-okozati összefüggés az otthonszülés és a kisbabák halála között. Szerinte kórházi körülmények között is nagy valószínűséggel ugyanez történt volna, mint ahogy számos esetben meg is történik. A 2003-ban történt tragédiával kapcsolatban Geréb Ágnes így ír: „Az ikerség kapcsán szereplő kockázati tényezők közül egyik sem fordult elő - a második kisbaba is rendben beilleszkedett, nem volt sem köldökzsinór-, sem lepényi rendellenesség. A szívhangok romlása és a megszületés között olyan rövid idő telt el, hogy annyi idő alatt sem császármetszést, sem más beavatkozást nem lehetett volna csinálni intézetben sem, intézeti körülmények között is pont ugyanez történt volna ilyen helyzetben a babával is, a mamával is.”<sup>218</sup>

Itthon a doktornő elzárását követően óriási lendületet vett a civil szerveződés. Már másnap tiltakozások és demonstrációk követelték Geréb Ágnes szabadon bocsátását, amely követelés mindig összeforrott az otthonszülés szabályozásának kívánalmával is. A szervezkedést Geréb Ágnes családtagjai, bábák, dülák és otthon szült nők, családok koordinálták, de a demonstrációkon szimpatizánsok, közéleti személyiségek, politikusok is megjelentek. Az interneten freeregreb.hu portálon szerveződő „folyamatos jelenlét” (a Legfelsőbb Bíróság és Legfőbb Ügyészség épülete előtt), illetve a vidéki városokban és külföldön zajló szolidaritási akciók meggyorsították a kormány által már beígért szabályozási egyeztetéseket, ami némileg tompította a civil felháborodást. Az ezekben a napokban zajló „16 akciónap a Nők Elleni Erőszak Ellen” című programsorozat központi témájává emelte az otthonszülést, illetve általában a szülést. Számos beszélgetés, filmvetítés, kiállítás szerveződött a nők önrendelkezési joga, a szabad szülés, a „szülőszobai erőszak” gyakorlata, illetve Geréb Ágnes bebörtönzése köré. A Semmelweis Mozgalom szervezésében lezajlott egy konferencia a Magyar Tudományos Akadémián az anya- és bababarát szülészeti ellátás témáját feszegetve. Nem sokkal azután, hogy Geréb Ágnes a nemzetközi és hazai nyomás

<sup>216</sup> Marsden Wagner, amerikai neonatológus, szülész-nőgyógyász és epidemiológus, Mavis Kirkham brit szülészprofesszor, Luke Zander, otthonszüléseket kísérő brit körzeti orvos.

<sup>217</sup> [http://szules.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=331:peticio-dr-gereb-agnesert&catid=1:friss-hirek](http://szules.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=331:peticio-dr-gereb-agnesert&catid=1:friss-hirek) (Letöltés ideje: 2011.01.12.)

<sup>218</sup> <http://www.birth.hu/new/doulak/eztortent.htm> (Letöltés ideje: 2008. 12.10.)

hatására házi őrizetbe tették át 2010. december 20-án, megszületett az otthonszülés szabályozása. 2011. március 2-án jelentették be, hogy a mindkét fél (orvosi és bábai szemlélet képviselői) által sok kompromisszummal megszövegezett rendeletterv elkészült<sup>219</sup>, ami áprilisban lépett hatályba, és a május 1. utáni születekre vonatkozik.

Geréb Ágnes és a négy bába 2011. március 17-én, néhány nappal az ítélethirdetés előtt kegyelmi kérvényt nyújtott be a köztársasági elnökhöz, amelyre nem érkezett válasz. Március 24-én első fokon ítélet született, amelyben a bíró foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés miatt két év letöltendő fogházbüntetésre ítélte Geréb Ágnest, s további öt évre eltiltotta szakmája gyakorlásától. A bíró három szakmai hibát emelt ki, amelyek miatt a bűnösséget megállapította, ám éppen azokat, amelyekkel kapcsolatban a külföldi, a védelem kérésére felkért szakértők a magyar orvosszakértők véleményével ellentétes megállapításra jutottak. Egy bábát 300.000 forintos pénzbüntetésre ítélték, hármat pedig felmentettek. Geréb Ágnes védői, több független jogász, orvosok és civil szervezetek legelsősorban azt nehezményezték, hogy a bíró súlyosabb büntetést szabott ki, mint amit az ügyész kért, illetve úgy nyilatkoztak, hogy a bíróság az ügy megítélésekor „kettős mércét” alkalmazott, amikor egyfelől a kórházi protokollt kérte számon az otthonszülés kísérésén, másfelől pedig olyan ügyben ítélkezett, amelyhez hasonlóakban kórházi orvosokat még soha nem ítélték el. Noha a védelem benyújtotta a fellebbezését a doktornő felmentésért, az ítélettel lezárult az otthonszülés ügyében egy történelmi időszak, hiszen amellett, hogy megszületett az otthonszülés szabályozása, hatalmi szankciókkal súlytották az abban való résztvételt.

A per tehát, amely eldönti, hogy milyen büntetés „jár” otthonszülésben való bábáskodásért, illetve a konkrét cselekményekért, hivatalosan is deklarálja az otthonszülés kapcsán megfogalmazott hatalmi állásfoglalást. Noha a bíró hangsúlyozta, hogy döntése nem kíván állást foglalni az otthonszülés körül folyó vitában, óhatatlanul azt teszi. Egyrészt azért, mert Geréb Ágnes esete és más szülészeti műhibaperek között többek között az a különbség, hogy a Geréb Ágnes kísérte szülés intézetén kívül történt, s ő eddig az első szülész Magyarországon, akit tevékenysége miatt elítéltek. Tehát mégiscsak az otthonszülés ügyében született állásfoglalás. Mésrésről pedig az otthonszülés ellenzői számára az ítélet a kórházi szülésvezetési protokoll megkérdőjelezhetetlenségének bizonyítéka, mégha nem is annak szánták. A per nem csupán Geréb Ágnesről szól, és azokról, akik társai voltak a „bűncselekményben”, hanem a hatalomérvényesítés mechanizmusairól és a ideológiák ütközéséről. A per egy olyan értékkonfliktust jelenít meg, amely egy hivatalosan legitimált,

<sup>219</sup> A rendelet március 21-én jelent meg a Magyar Közlönyben. (2011. évi 29. szám, 5118-5131. old.)

illetve egy mozgalmi státuszában építkező alternatív gondolkodásmód értékrendjének ütközését jelenti. Mivel – mint ahogy arra a következő fejezetben még részletesen kitérek –, az intézményesített értékrend megkérdőjelezése érdekkonfliktussá terebélyesedhet, a per a háttérben meghúzódó érdekszövetségek erőviszonyainak újraszerveződéséről, vagy a status quo fenntartásáról szól. A döntés egyben a szülés folyamatában részt vevők nemi hovatartozása kapcsán is – legalábbis egy időre - deklarálni fogja a társadalmi normákat, ennek kapcsán pedig az intézményi hatalmi- és erőviszonyokat.

### **1.5.3. A kognitív konfliktus. Az otthonszülés vitájának módja és oka**

A Geréb Ágnes ellen folyó jogi procedúra jól szemléltette-szemlélteti azt a hatalmi struktúrát és a benne ható erőviszonyokat, amelyek az egészségügyben, tágabb kontextusban pedig a tudományosan megalapozott alternatív módszerekhez való politikai és társadalmi viszonyulásban, még tágabb kontextusban a szabad választáshoz, illetve a demokráciához fűződő képzeleteinkben jellemzik posztoszocialista gondolkodásunkat. Ez a gondolkodásmód elvi síkon ugyan megengedő lehet, de gyakorlati síkon – ha nem is szándékosan, hanem gyakran csak a megfelelő információk feldolgozási szándékának vagy képtelenségének hiányában – az ellehetetlenítésig gátló. Ez alatt azt értem, hogy az otthonszülés szabályozására irányuló próbálkozások, törvénytervezetek eddig rendre olyan kritériumokat fogalmaztak meg, amelyek – mivel nem az otthonszülés természetéből indulnak ki –, a túlszabályozás révén gyakorlatilag értelmetlenné teszik magát a szabályozást. Mégpedig azért, mert az otthonszülést intézeteken kívüli orvosi esetként értelmezik. Ez a múltból, illetve az idegenből hozott kulturális és szocializációs minták, tapasztalatok és gyakorlatok nehézkes összeegyeztethetőségének köszönhető, illetve – természetesen – az eltérő érdekszövetségeknek.

Bár a legutóbbi időkig valódi szakmai vitáról az otthonszülés kapcsán, a szó eszmecsere értelmében Magyarországon nem beszélhettünk, a nemzetközi terepen folyó kutatások és disputák<sup>220</sup> remélhetőleg a magyarországi otthonszülés-vitára is hatással lesznek.

---

<sup>220</sup> Megjegyzendő, hogy külföldi elemzők is általában azzal kezdik tanulmányaikat, hogy a téma aktualitását, a kutatások egyik fő feltárandó problémáját éppen az a tény jelenti, hogy jószerével nem alakult még ki valódi párbeszéd a szülés technokrata és holisztikus felfogását képviselők között, ilymódon az alternatív szülemódokat hirdetők esetében egyelőre egy szubkulturális, sőt, deviáns szempontrendszerrel beszélhetünk, amely szemben áll az ipari társadalmak domináns értékeivel (DAVIS-FLOYD 2003, KITZINGER 2005). A nyugati világ helyzeti előnye témánkkal kapcsolatban tehát elsősorban abban rejlik, hogy míg nálunk szinte tökéletesen hiányoznak az ezirányú kutatások (kivételt jelent az ELTE Kísérleti Pszichológia Tanszéke), az USA-ban, Nagy-Britanniában, Franciaországban, Németországban, Oroszországban már több évtizedes múltra tekint vissza a szülés-születés társadalmi-minőségi vizsgálata, amelyek fő kérdéseit a szülés-születés természete és a modern-

Bár a nézeteltérések többnyire a biztonság kérdése körül forognak, a valódi okok nyilván más területen is keresendők. Érdekes tehát azon elgondolkodni, hogy a szülés esetében, ahol valamennyi felelős szakember célja, hogy az egészséges anya egészséges újszülöttet hozzon a világra, továbbá valamennyiük számára hozzáférhetőek a szülés és a születés minőségével kapcsolatos kutatási eredmények, vajon miért alakul ki már az alapkérdésekről<sup>221</sup> is ádáz vita? Nyilvánvalóan nem magyarázható meg a kérdés pusztán anyagi érdekeltséggel vagy szakmai gőggel (amit oly gyakran hallani az otthonszülés vitájában a támogatók részéről), hanem csakis tágabb összefüggéseiben vizsgálva.

Esetünkben – ha egyelőre félretesszük az olyan kézenfekvő okokat, amelyek az orvoslásban igen mereven uralkodó hierarchia kritikájában, az orvosi tekintély féltésében, vagy a csoport értékeinek preferálásában, ennek következményeként pedig az eltérő értékek elutasításának szociálpszichológiai magyarázataiban rejlenek –, a vitát a múltból, illetve a preferált kultúrából hozott minták torzító hatásának is tulajdoníthatjuk, ami a véleményalkotásban a másik fél érveit igazoló kutatási anyagok értelmezését is nagyban befolyásolja.<sup>222</sup> Erre a konfliktustípusra használja Berndt Brehmer svéd szociálpszichológus a *kognitív konfliktus* kifejezést<sup>223</sup>, ami akkor támad, ha két személy vagy csoport azonos feladat és azonos információk birtokában különböző induktív ítélethez jut. Ez a fajta konfliktus elsődlegesen kognitív természetű, ami később tovább mélyül(het) érzelmi és motivációs konfliktussá, főleg, ha a konfliktust átélő felek gyanakvással fogadják a másik véleményét és túl nagy súlyt fektetnek a saját véleményük érvényesítésére. Ilyen kognitív konfliktusok igen gyakran fordulnak elő a politikai döntéshozatali munkában, a különféle szakértői, orvosi tevékenységekben, illetve általában csoportos döntéshozatali helyzetben. Esetünkben a preferált minták, amelyek a nemi szerepekkel, a generációváltásban megjelenő kulturális konfliktusokkal, illetve a történelmi-politikai helyzetből, ideológiából táplálkozó értékekkel

---

posztmodern értékek konfliktusa, illetve a szülés terén megfigyelhető rehumanizációs törekvések társadalmi elemzése jelenti. (Pl. BRADLEY 1974, LEBOYER 1975, KITZINGER 1978, 1984, 2000, 2005, 2006, 2008, ROMALIS 1981, KAY 1982, MAC'CORMAC 1982, JORDAN 1983, LADERMAN 1983, PETERSON 1984: 37-41, EAKINS 1986, O'NEIL - KAUFERT 1990, DAVIS-FLOYD 1987, 1998, 2003, BALSAMO 1995, GINSBURG – RAPP 1995, SCHIEFENHÖVEL et al 1995, FARQUHAR 1996, DAVIS-FLOYD -DAVIS 1997, DAVIS-FLOYD - SARGENT 1997, DAVIS-FLOYD – DUMIT 1998, FRANKLIN – RAGONÉ 1997, ROBERTS 1997, HUNT 1999, ODENT 1984, 1999, 2003, KLASSEN 2001, HOLLEN 2003, LYNN 2003, RIVKIN-FISH 2004: 281-304, CRAVEN 2005: 16-19, DAVIS-FLOYD – FRANKLIN 2005, LAMBEK 2007)

<sup>221</sup> A szülés különböző módjainak hirdetői között abban sincs egyetértés, hogy hogyan értelmezhető a szülés, milyen jelentéseket hordoz, természetes vagy potenciálisan patológiás folyamatként kezelendő-e, ki a felelős az újszülöttért, milyen technikai és lelki feltételei vannak a szülésnek, illetve hogy ezek hogyan viszonyulnak egymáshoz?

<sup>222</sup> Nem ritka, hogy az otthonszülés vitájában mindkét fél pro és kontra ugyanazon kutatási anyagokra hivatkozik, ám az eredményeket eltérő módon értelmezi.

<sup>223</sup> BREHMER 1976: 985-1003



vannak összefüggésben, segíthetnek az otthonszülés vitája mögött húzódozó motivációk megértésében.

Magyarországon a szocialista éra alatt az emberek igen kevésbé gyakoroltak kontrollt a saját életük felett, s az individualizmus hiánya az életmódbeli választásaikat nagyon erősen behatárolta. A humán értékek, az egyéni kezdeményezőkészség nem képviseltek értéket a kollektív identitás szempontjából.<sup>224</sup> Bár a szocializmus meghirdette a nők emancipációját, az egyenjogúság kimerült a munkapiac megnyitásában, abban az elvben, hogy a nő képes a hagyományosan férfimunkának tartott tevékenységeket ellátni, ám döntési szabadsága jószerével továbbra is csak elmélet maradt. Magyarországon szintén ez a történelmi időszak volt a medikalizáció kiteljesedésének ideje. Ez az az időszak, amikor a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium jelenlegi tagjainak (15 fő<sup>225</sup>, kizárólag férfiak) többsége a szakma által képviselt értékeket, normákat és viselkedési modelleket az orvosi szocializáción keresztül elsajátította, kialakult orvosi én-képe, majd több évtizeden keresztül ennek megfelelően üzte hivatását, amit a hierarchiában betöltött egyre magasabb státusz és a csoportidentitás kohéziós hatása mindinkább megerősített. A szigorú szakmai szocializáció során a fiatalabb generáció az előző orvosgeneráció értékeit és normáit „öröklí”. A szakmai lojalitás különösen elvárt azoktól, akik képviselthetik magukat egy reprezentációs feladatot is ellátó szakmai szervezetben. A rendszerváltás, és az azzal együtt járó szellemi áramlatok bezúdulása az országba logikusan vezetett számtalan eszmei és hatalmi konfliktushoz, amelyek szükségszerűen értékkonfliktusként értelmezhetőek. A szülés területén mind gyakrabban jelent meg a szüléséért felelősséget vállalni akaró, ezzel párhuzamosan pedig döntési jogot követelő nő, ami párosult a fogyasztói jog<sup>226</sup> iránti egyre határozottabb igénnyel – ami mind az *individuum mint érték* megjelenéséből táplálkozott. Ez több ponton állt ellentétben a „hagyományos” normákkal. A hierarchiában egyértelműen feljebb álló férfi orvossal szemben a szülő *nő* volt az, aki itt-ott, de egyre határozottabban és gyakrabban olyan igényeket támasztott az orvossal szemben, ami nem fért bele az addigi szerepkiosztásba, ráadásul többnyire laikus szerepkörben megjelenő nők fogalmazták meg érveiket a szakmai érvekkel szemben – orvosi kérdésekben. Bár ezen igények maguk is tudományos kutatásokra támaszkodtak<sup>227</sup>, olyan új, gyakorta pszichológiai nézőpontokat vittek be a szülés orvosi

<sup>224</sup> CSÁSZI 1990, MAKARA 1994

<sup>225</sup> 2009. április 1. óta 15 tagot számlál a Kollégium, korábban, Dr. Szabó Zoltán elnöksége alatt 23 fővel képviseltette magát a szakma. Női tagja akkor sem volt a Kollégiumnak.

<sup>226</sup> a kórházi szolgáltatást igénybe vevő fogyasztó

<sup>227</sup> Gondoljunk itt a szülésben a férj – vagy más hozzátartozó – aktív részvételére, amelynek pozitív hatása a legtöbb esetben ma már megkérdőjelezhetetlen, a háton fekvő szülés, a beöntés, a borotválás

folyamatába, ami alapvető szemléletváltást igényelt a szakmai berkeken belül, ez azonban éppen az erős hierarchia és centralizáltság okán csak igen-igen lassan képes megvalósulni, változni. Paradox helyzet, hogy ma is gyakran találkozhatunk olyan megoldásokkal, amelyek a gyakorlatba már átültetik az „alternatív” eljárásokat, a szemlélet azonban még nem igazodott hozzá.<sup>228</sup> A konfliktust súlyosbította, hogy azon túl, hogy a konkrét szülészeti helyzetekben a férfi orvossal szemben fellépő egyén nő, jellemzően egy-két generációval fiatalabb is, mint az, akivel szemben igényeit megfogalmazza. Ezek a konfliktushelyzetek a kórházi gyakorlatban rendszerint rejtve maradnak, csak a szélsőséges esetek kerülnek napvilágra, ha a sajtó közlésre méltónak találja őket, ám a közbeszédben mégis közös tudásunk részévé vált. A helyzet az olyan esetekben éleződött ki, amelyek révén végül kiszakadt egy mag a hivatalos szülészeti intézményes kereteiből, az előbbitől eltérő ideológiát és gyakorlatot alkotva.

Bár az otthonzülést a szakmai elit orvosi és technikai szempontból elfogadhatatlannak tartja, az érzelmi előnyöket nem kérdőjelezi meg: „a «tervezett otthonzülés» olyan veszélyeket rejt magában, amelyeket nem ellensúlyoznak előnyei, nevezetesen az otthoni környezet emberi és érzelmi befolyása az anyaság és a korai anya-gyermek kötődés kialakulására.”<sup>229</sup> Ezeket az „előnyöket” azonban egyfelől másodrangúnak tekinti a „biztonság” relatív kritériumával szemben, másfelől pedig nem reagál az otthonzülés mellett álló szakemberek további érveire, nevezetesen a kórházi gyakorlatban alkalmazott preventív beavatkozások hiányára, amely szabályozásának szükségességére a WHO<sup>230</sup>, illetve a brit Royal College of Obstetricians and Gynaecologists is több ízben felhívta már a figyelmet.<sup>231</sup>

Az otthonzülés, illetve a holisztikus szülésmodell és a hivatalos, professzionális szülmódok közötti feszültség tulajdonképpen nem (csak) az ismeretek, a tudások közötti ellentétben ragadható meg, hanem azok felhasználási módjában. A felhasználás módja viszont megköveteli a legitimitást, amelynek típusai szintén eltérnek egymástól. A holisztikus

---

szükségességének megkérdőjelezésére, a vajúdas alatti mozgás, a korai mellretétel vagy az igény szerinti szoptatás követelésére.

<sup>228</sup> Jellemző példa az az eljárás, amikor az éppen megszületett csecsemőt még a pulzáló köldökzsinórral együtt az édesanya mellkasára teszik, annak tudatában, hogy az azonnali szem- és bőrkontaktus, az anya testének melege és szívverésének ismerős hangja jótékony hatással van az újszülöttre és a korai kötődés optimális alakulására, az azonnali szoptatás pedig a mellbimbó ingerlése révén segíti a méhlepény leválását, mivel oxitocint szabadít fel. Mindezen ismeretek miatt és mindezek ellenére ez a mozzanat gyakorta úgy történik, hogy a kimerült édesanya hasára egy pár másodpercre odateszik a babát, mintegy rituálisan megjelenítve az eljárás „lényegét”, ám ezen a módon eredeti funkcióját, szándékolt célját nyilvánvalóan nem tudja betölteni.

<sup>229</sup> A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 2002. január 18-ai állásfoglalása a „tervezett otthonzülés”-ről. *Lege Artis Medicinae*, 2002 (12)3

<sup>230</sup> [http://www.who.int/reproductive/health/publications/MSM\\_96\\_24/MSM\\_96\\_24\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive/health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html)

(Letöltés ideje: 2008. 07.06.)

<sup>231</sup> Szebik 2002a

szemléletű szülésmódok képviselői hangsúlyozzák, hogy szakmai kérdésekben kizárólag a „bizonyítékokon alapuló orvoslás” (evidence-based medicine) eredményeit szabad figyelembe venni, és éppen azt kéri számon a medikalizált orvosláson és szülészetén, hogy még ma is nagy figyelmet szentelnek az úgynevezett anekdotikus bizonyítékoknak, illetve a szaktekintélyen alapuló véleményeknek (expert opinion). A professzionális szülészet viszont szintén a tudományosságot hiányolja a „természetes” szülés elméleteiből.

A jogi szempontú megközelítés is két eltérő felfogáson nyugszik, míg ugyanis a Szakmai Kollégium az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 17. § (2) bekezdés a) pontjára hivatkozva jogi szempontból is megkérdőjelezhetőnek tartja az otthonszülés vállalását, mondván, az anya ezzel veszélyezteti magzatát, a jellemző reakció erre az, hogy maga a *veszélyeztetés* fogalma nem alkalmazható az otthonszülés jelenségére, hiszen nincsen rá tudományosan alátámasztott bizonyíték, hogy az otthonszülés veszélyesebb lenne a kórházi szüléseknél<sup>232</sup>, különösen nem hazai viszonylatban. Az említett törvény a következőket mondja ki: „A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások - ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is - egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti.” Jelen esetben az Állásfoglalás a kórházi szülésvezetésre utal, amit eszerint a szülő nő nem utasíthat vissza, vagyis nem szülhet otthon. Dr. Vajna Virág jogász egy nyilatkozatában erre úgy reagál, hogy a tervezett otthonszülés nem jelenti az egészségügyi ellátásról történő lemondást, csupán azt, hogy bizonyos nők az orvos és a szülésznő segítségét otthonukban kívánják igénybe venni.<sup>233</sup> Az egészséges, szövődménymentes várandósságot követő szülés pedig nem minősül életet és testi épséget veszélyeztető állapotnak.

Mivel magyarországi empirikus kutatási anyag az otthonszülésről illetve az otthonszülőkről nem áll rendelkezésünkre, a vitatkozó szakma jobb híján nemzetközi adatokat citál az érvcsatában, amely módszer azonban több ponton is megkérdőjelezhető. A viták, a peres ügyek, az egyre növekvő társadalmi nyomás és a sajtó kínálta nyilvánosság szükségessé tette egy hiteles adatokon nyugvó empirikus kutatást, ami összehasonlítható adatokkal szolgálna elsősorban az otthonszülés és a kórházi szülések biztonsága kérdéséhez, ehhez azonban kontrollcsoport felállítására volna szükség, mint ahogyan azt Dr. Szebik Imre, a

---

<sup>232</sup> Lásd például: DE JONGE et al 2009:1-8, MACFARLANE et al 2000, ACKERMANN et al 1996, BASTIAN 1999, MURPHY - FULLERTON 1998, DAVIES et al 1996, WIEGERS et al 1996, FORD et al 1991 (K.B. megjegyzése)

<sup>233</sup> <http://www.szules.hu/new/levelek/itthoneskulfoldon.html>. (Letöltés ideje: 2008. 10.11.)

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének tudományos munkatársa is javasolta.<sup>234</sup>

Az ellentétes nézőpontok tehát egyfelől különböző világszemléletekből és értékrendekből, másfelől történelmi szükségszerűségből erednek, ezekből eredően pedig a kognitív konfliktus forrásaiból, melyek még beszédmódjukban is olyan eltérő rendszerekben gyökereznek, ami ezen a szinten még nem átjárható.

#### **1.5.4. Hatalmi harcok. Az otthonszülés magyarországi szabályozásának vitája**

Az otthonszülés szabályozása először 2007-ban vett komoly fordulatot. Nem csak azért, mert az egészségügyi tárca részéről ekkor vált először egyértelművé a szándék, hanem azért is, mert az otthonszülés szabályozását célzó kormányrendelet tervezetét<sup>235</sup> szakmai- és társadalmi vitára lehetett bocsátani. Vagyis ekkor nyílt lehetőség arra elsőként, hogy az otthonszülés a hatalom által legalizált kereteket kapjon, ami egyben azt is jelentette, hogy egy partikuláris társadalmi kérdés egy társadalmi mozgás által teremtett értékkonfliktusban explicit módon láthatóvá vált. Ennek elsődleges oka az volt, hogy a kérdés körül kialakult társadalmi feszültség hatására létrejött civil szerveződések reagáltak a szabályozás-tervezetre, így hozva létre azt a diszkurzív teret, amiben azok a véleménynyilvánítások megjelentek, amelyek elvben képesek lehetnek a közgondolkodás formálására.

Az otthonszülés támogatói szerint<sup>236</sup> az első szabályozás-tervezet legfőbb hiányossága, hogy nem az otthonszülésben tapasztalatot szerzett szakemberek ajánlásain nyugszik, továbbá kifogásolták azt is, hogy a Minisztérium szülészeti szakmai kérdéseket akar rendeleti szinten szabályozni. Véleményük szerint az elképzelés azért nem elég körültekintő, mert így nagyban megnehezíti a legújabb kutatási eredmények beépítését a szülészeti gyakorlatba. Hasonló kritikát fogalmaztak meg a végső, 2011-es rendelettel kapcsolatban is. A független bábák javaslata szerint az otthonszülést csak olyan szakembernek szabadna kísérnie, aki részt vett kifejezetten otthonszülés kísérésére felkészítő továbbképzésen. Az első tervezet által javasolt 10 éves kórházi szakmai tapasztalatot azért nem tartották megfelelő kritériumnak, mert – és ezt a szempontot igyekeznek mindenütt hangsúlyozni – a kórházi és az intézeten kívüli

<sup>234</sup> SZEBIK 2002a.

<sup>235</sup> [www.eum.hu/otthonszules-korm-eum](http://www.eum.hu/otthonszules-korm-eum) (Lásd a 6. mellékletet)

<sup>236</sup> Lásd például a Független Bábák Sajtónyilatkozatát (7. melléklet), a Társaság a Szabadságjogokért véleményét (8. melléklet), vagy azt a nyílt levelet, amelyet a Nemzetközi összefogás a tudományos igazságért és a szülés szabadságáért Magyarországon címmel az akkori egészségügyi miniszternek, Horváth Agnesnek címezve juttatott el 87 magyar és külföldi orvos, szülésznő és baba (9. melléklet).

születéssegítést két külön szakmának tekintik. Ennek kapcsán a képzésben is az otthonszülésben jártas – akár külföldi – szakemberek bevonását javasolták. Ugyanakkor a 10 éves kórházi szakmai gyakorlat kritériuma kizárta volna az addig otthonszüléseknél tevékenykedő bábák nagy részét. A 2011-es rendeletben végül a szülész-nőgyógyász szakorvos számára nem írták elő, hogy mennyi szakmai tapasztalattal kell rendelkeznie, a szülésznőknek pedig vagy két éves szülőszobai szakmai gyakorlattal, vagy ha nincs szülőszobai tapasztalata, akkor két éves intézeten kívüli gyakorlatot plusz ötven igazoltan levezetett szülést kell felmutatnia. Csak olyan szülésznő jöhet szóba, aki felsőoktatási intézmény alapképzési szakán vagy főiskolai karán szülésznő szakképesítést vagy emelt szintű, illetve felsőfokú szülésznő szakképesítést szerzett.

A 2007-es változatra reagálva a Szülők a Szabad Szülésért Társaság 2009. márciusában nem reprezentatív felmérést végzett magyarországi vezető szülésszek körében arról, hogy az osztályán dolgozó azon szülész-nőgyógyászok közül, akik rendelkeznek 10 éves szakmai gyakorlattal, vállalná-e valaki otthonszülés kísérését. Egyértelműen nemleges válasz érkezett.<sup>237</sup>

A 2007-es rendeletervezettel kapcsolatban sajtónyilatkozatot adott ki az Orvosok a Szabad és Biztonságos Születésért elnevezésű civil szervezet, amely szakmai érvekkel és szigorú forráselemzéssel cáfolta a Szakmai Kollégium 2007-es és korábbi állásfoglalásainak egyes pontjait és megközelítési módját.<sup>238</sup>

2008-ban és 2009-ben a szabályozás segítésére a szabályozásban részt vevő szakemberek szakmai munkacsoportokat hoztak létre. A szülésznő-bába munkacsoport egy 2009. februári jelentésében a bábák autonómiájának elismerését és szakmai szintű ellenőrzését sürgette (Szülésznő-Bába Szakmai Kollégium felállítását), ám ez a kívánalom a 2011-es szabályozással sem vált valóra. Ennek megfelelően az orvosi protokoll szabályozza az otthonszülést is, a bábák tevékenységét pedig hivatalosan továbbra is kizárólag ez alapján lehet megítélni.

A szabályozás elhúzódása miatt 2009. novemberében a Társaság a Szabadságjogokért az Alkotmánybírósághoz fordult, mert szerinte a mindenkori jogalkotó a rendszerváltozás óta alkotmányos mulasztásban van, amiért nem alkotta meg az intézeten kívüli szülés szabályozását. A lépéssel azt akarták elérni, hogy az Alkotmánybíróság a mulasztást mondja

---

<sup>237</sup><http://portal.szuleteshete.hu/Otthonszules-Magyarorszagon/Nem-mennenek-otthonszuleshez-a-korhazi-orvosok> (Letöltés ideje: 2010.01.07.)

<sup>238</sup> lásd a 10-es mellékletet

ki, és kötelezze az Országgyűlést, illetve a kormányt a szabályozás megalkotására.<sup>239</sup> Mivel az ügyben nem történt gyakorlati előrelépés, 2010. februárjában egy anya a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) segítségével az Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult azzal a panasszal, hogy a magyar állam még mindig nem szabályozta az otthonszülés kérdését, a strasbourggi szervezet pedig arra kötelezte a kormányt, hogy 2010. május 19-ig válaszoljon arra, miért nincs szabályozva az otthonszülés.

Miután 2010. októberében Geréb Ágnest őrizetbe vették, az otthonszülésre irányuló nemzetközi és hazai figyelem felgyorsította a szabályozási egyeztetéseket, s 2011. márciusában megszületett a szabályozás.<sup>240</sup> Az otthonszülést támogató szakmai és civil szervezetek szerint noha a szabályozás rendkívül fontos lépés a szülés rehumanizációjának útján, s egyértelműek a korábbi változathoz képest az enyhülés jelei, nem tekinthető végleges megoldásnak. Egyrészt azért nem, mert nem veszi kellőképpen figyelembe az orvosi és a bábai szemlélet közötti alapvető eltéréseket, ezért az otthonszülést otthoni környezetben zajló medikális eseményként kezeli, másfelől pedig azért nem, mert nem rendelkezik az otthonszülésben segédkező szakemberek speciális képzéséről.

#### **1.4.5. Diskurzus az otthonszülésről**

Az otthonszülés laikus megítélésének megismeréséhez jó módszert kínál az interneten megjelenő vélemények elemzése. A „Kutatási célok, módszerek” című fejezetben felvázolt három (szülés-születéstörténetek, fórumok, sajtómegjelenés), a virtuális térben megjelenített véleménynyilvánítás-típus közül itt csupán az egyikről, a fórumokon folyó diskurzusokról kívánok bővebben szólni. Azért erről, mert ez a diszkurzív mód alkalmas a leginkább arra, hogy az otthonszülésről szóló laikus képzeteket megismerhessük. Vizsgálatával megragadhatóak azok a motívumok, amelyek az otthonszülés melletti és elleni laikus érvcsatában egy-egy téma köré szerveződnek. A diszkurzív tér határai az interneten ma már igen kiterjedtek, hiszen a felhasználó (a szolgáltatás fogyasztója) szabadon választhat olyan megjelenési formát és módot, amely stílusához, életformájához, mondanivalójához a legközelebb áll. Az internet adta nyilvánosság olyan feldolgozhatatlan mennyiségű információt közvetít, amelyből az onnan tájékozódó csak szemezgetni képes. Ugyanakkor

<sup>239</sup> <http://portal.szuleshete.hu/Otthonszules-Magyarorszagon/Alkotmanybirosaghoz-fordul-a-TASZ> (Letöltés ideje: 2010.03.15.)

<sup>240</sup> Lásd a 11. mellékletet

adott annak is a lehetősége, hogy valamely oldalon keresztül maga alkossa meg azt a társadalmi valóságot, ami az otthonszülés esetében például az otthonszülésről való laikus gondolkodásmódot reprezentálja.

Az internetes fórumok rendszerint szabadon hozzáférhetőek bárki számára, egy jelképes regisztráció után bárki véleményt nyilváníthat adott témában. A vélemények sokáig olvashatóak, legalább addig, míg az oldal fenntartója azt jónak tartja. Mivel a fórumokra rendszerint név nélkül lehet bejelentkezni, a „beszélő” személye a háttérben marad, így általánosan megfogalmazott véleménye már önálló létezőként reprezentál egy véleménycsoportot.

A fórumokon különböző témák (topic-ok) közül lehet választani, topic-ot lehet indítani egy-egy felvetett kérdéssel, állítással, s ebbe kapcsolódhatnak be azok, akik a témához hozzá kívánnak szólni. Az anonimitást az biztosítja, hogy a hozzászóláshoz csupán egy azonosítót, egy úgynevezett, nick-et rendelnek, s egymást a későbbiekben ezen a néven szólítják (vagyis létezik az interakció ebben a formában is).

Az otthonszüléssel kapcsolatos megnyilatkozások vizsgálatára magam két fórum három topikját választottam, illetve egy 2010. április 6-án a NépszabadságOnline-on megjelent hírhez<sup>241</sup> kapcsolódó „komment”-et (50 hozzászólás), ami arról szól, hogy Geréb Ágnes bírósági tárgyalásán nem ugyanaz szerepel a jegyzőkönyvben, mint a hangfelvételeken. Az első topic a Nők Lapja Café fórumon található (<http://www.nlcafe.hu/forum/?fid=441&topicid=21228>) „Otthonszülés!” címmel, amely 9490 hozzászólást tartalmaz, s a 2004.01.03.-2009.11.30. közötti időszakban élt. A második topicot az Index fórumon „Halott csecsemő – otthonszülés” címmel indították. Ez 8495 hozzászólást tartalmaz a 2007.09.15.–2010.04.06. közötti időszakra vonatkozóan (<http://forum.index.hu/Article/showArticle?t=9168617>). A harmadik topic szintén az Indexen az „Otthon szülés” címet viseli, 8428 hozzászólással (2003. 09.15. - 2010.04.09., [http://forum.index.hu/Article/showArticle?na\\_start=0&na\\_step=50&t=9100580&na\\_order=](http://forum.index.hu/Article/showArticle?na_start=0&na_step=50&t=9100580&na_order=)). Mindhárom topikból az utolsó 600-at tekintem elemzési egységnek, adatrögzítési egységnek pedig az egyes hozzászólásokat (a továbbiakban *hozzászólás*).

Az összesen 1850 hozzászólás 155 hozzászólót jelentett. Az 1850 hozzászólásból 534 nem releváns, vagyis semmilyen módon nem kapcsolódik a témához. Azon hozzászólásokat, amelyek nem közvetlenül az otthonszülésről szólnak, de az otthonszülés apropóján a szülés-születés minőségi kérdéseit feszegetik, releváns hozzászólásnak tekintettem. Ezek 45,8

<sup>241</sup> [http://www.nol.hu/lap/mo/20100406-hianyos\\_birosagi\\_jegyzokonyv](http://www.nol.hu/lap/mo/20100406-hianyos_birosagi_jegyzokonyv)

százaléka áll ki az otthonszülés mellett (*támogatók*), 25,16 százaléka ostromozza azt (*ellenzők*), 29 százalék pedig inkább semleges álláspontot képvisel (*semlegesek*). Utóbbi csoport az otthonszülés témáját inkább a szülészetben uralkodó ellentmondások kifejezésére használja fel, ami 68,8 százalékban saját negatív szülésélmény közzétételét jelenti, 31,1 százaléknál pedig a kórházi szemlélet és gyakorlat általános elmarasztalását [disk.1<sup>242</sup>]. Ezek az arányok semmi esetre sem jelentik az otthonszülés támogatottságának vagy ellenzésének arányait, csupán azt, hogy az aktuális topic-okat ilyen arányban látogatták támogatók és ellenzők, illetve semlegesek. A továbbiakban a három csoport véleményének százalékos értékelése mindig az adott halmazra vonatkozik, vagyis mindig az aktuális csoport hozzászólóinak számát tekintem 100 százaléknak.

A hozzászólások egészére általánosságban igaz, hogy elsősorban laikusok nyilvánulnak meg az otthonszülést érintő kérdésekben, amelyek nincsenek híján orvosi, jogi, vagy etikai polémiáknak. A hozzászólók 10,9 százalékánál derül ki, hogy egészségügyi végzettséggel rendelkezik (ebből 7 % támogató vagy semleges, 2,5 % ellenző), s közülük csupán egy hozzászólóról, hogy szülész-nőgyógyász. Ő az ellenzők táborában foglal helyet.

A támogatás (támogató) nem azt jelenti, hogy magát az otthonszülést pozitív jelenségnek értékeli, hanem azt, hogy megengedné minden nő számára, hogy maga döntse el, hol kívánja gyermekét megszülni, illetve támogatná ilyen célú szabályozás és rendelet bevezetését. Vagyis nem közvetlenül az otthonszülésre, hanem az otthonszülést igazoló szemléletre vonatkozik az állásfoglalás. A támogatók számára a fórum az ismeretközvetítés és az önigazolás egy lehetséges formája, függetlenül attól, hogy maguk otthon szültek-e vagy sem. A támogatók 71,8 százaléka utalt arra, hogy otthon szült, vagy otthon szeretne szülni, illetve otthon szült a felesége vagy otthon szeretne szülni. A nemi hovatartozást nem mindig lehet beazonosítani, a nick-név nem jelent támpontot, csak a nemre való utalás (itt-ott szültem, feleségem szülése, férj, feleség említése, stb). A beazonosítható hozzászólások az ellenzők esetében 30,7 % férfi-17,9 % nő, a támogatók esetében 26,7 % férfi-47,8 % nő, a semlegesek esetében 11,1 % férfi-82,2 % nő arányokat mutatnak. E konkrét esetekben az ellenzők tehát inkább férfiak, a támogatók és a semlegesek inkább nők.

Megállapítható, hogy a vita – csakúgy, mint az otthonszülésről folyó „szakmai” vita – értékkonfliktusként értelmezhető. Noha a konfliktus a „célok észlelt összeférhetetlenségét” jelenti<sup>243</sup>, vagyis azt, hogy amit az egyik fél elérni szándékozik, azt a másik fél a saját érdekeit sértőnek találja, a fórumokon a saját értékek kinyilvánításának és annak megvédésének

<sup>242</sup> A Diskurzus-példatárat lásd a II-es függelékben.

<sup>243</sup> SMITH-MACKIE 2004: 793



szándéka a diskurzus alapja. A hozzászólók nincsenek abban a helyzetben, hogy véleményükkel alakítsák a szóban forgó probléma kimenetelét, ám megszólalásaikkal kifejezhetik értékrendjüket. Ez a társas identitással áll kapcsolatban, amely abban támogatja az egyént, hogy saját csoportját, vagyis azt a csoportot (véleménycsoportot), amelyben osztozik, jobbnak (haladóbbnak, felvilágosultabbnak, hozzáértőbbnek, felelősségteljesebbnek) lássa, mint más csoportokat. Ez pedig könnyen vezet csoportközi előítéletekhez, ami az alapján ítéli el, kicsinyli le a vitatkozó (ellen)felet, hogy a „másik táborba tartozik”. Ez az attitűd a vizsgált hozzászólások 26,4 százalékánál felbukkan, amelynek 92,6 százaléka az ellenzőket jellemzi [disk.2.]. A vita sokkal inkább tekinthető szociális versengésnek (amelynek célja a tekintély megszerzése), mint reális konfliktusnak (ahol anyagi érdekek is vezérlik a feleket), ám a tekintélyt az emberek gyakran többre értékelik, mint a pénzügyi jólétet.<sup>244</sup> Konfliktushelyzetben a csoport a saját normáihoz való lojalitást és szolidaritást vár el, ami nem engedi közeledni a vitás kérdésben való álláspontokat. A fórumokon egy esetben sem fordult elő, hogy valaki valakit (bármilyen irányban) meggyőzött volna, mert a kialakult konfliktushelyzet a saját csoport mindenek felett való védelmét követeli azonosulás és a versengés fenntartása által. A felszínes, szegényes, téves- és félinformációkon alapuló kommunikáció gyakran csak elmélyíti a konfliktust, a saját csoporthoz tartozó megnyilvánulások pedig az adott oldalon állók igazát erősítik. Az érveléssel mindkét oldal egyre jobban elköteleződik saját csoportja mellett. „Egy ügy képviselőjének nyilvános jellege megalapozza az elköteleződést, így még nehezebbé válik a csoporttagok számára a visszakozás vagy véleményük megváltoztatása.”<sup>245</sup> A másik oldal meg nem értésének kifejezése a hozzászólások 9,85 százalékban a támogatók, 46,1 százalékában az ellenzők oldalán nyilvánult meg [disk.3.].

A csoportközi konfliktusok elmélyülésének szociálpszichológiai folyamatában ahogy az álláspontok megszilárdulnak, egyre nehezebbé válik az eredményes kommunikáció, és megjelenik a fenyegető, elrettentő hangnem<sup>246</sup>. Ez a vizsgált diskurzusban mindkét oldalon megtalálható: az ellenzők az otthonművelés (30,3 %), a támogatók (13 %) és a semlegesek (84,4) a kórházi szülés beláthatatlan következményeivel fenyegetnek, olykor igen természetes hangnemben [disk.4.] Ebben a viszonyrendszerben a valóság az észlelés függvénye, mint ahogy az az otthonműveléssel kapcsolatban napvilágra került események értelmezésének eltérő

---

<sup>244</sup> INSKO et al 1987, 1992

<sup>245</sup> SMITH-MACKIE 2004: 803

<sup>246</sup> SMITH-MACKIE 2004: 802

módjaiban is megjelenik. A fentiek nem csupán a fórumok tartalmára érvényesek, hanem általában is az otthonszüléssel kapcsolatos vitákra.

A fórumok tanúsága szerint a „mellette”- és az „ellene”-érvek 12 típusát (motívumát) különböztethetjük meg az alábbi táblázat szerint:

	<b>POZITÍV (a támogatott megoldás pozitívumai)</b>	<b>NEGATÍV (az ellenzett megoldás negatívumai)</b>
<b>MELLETTÉ</b>	<i>jobb a gyerekeknek</i>	<i>kórházkritika</i>
	<i>jobb a mamának</i>	<i>elvek kontra gyakorlat</i>
	<i>olcsóbb</i>	
	<i>biztonságos</i>	
<b>ELLENE</b>	<i>van választási lehetőség</i>	<i>az otthonszülés veszélyes</i>
	<i>a kórház biztonságos</i>	<i>anyagi oldal</i>
		<i>anya kontra gyerek</i>
		<i>otthonszülő-kép</i>
		<i>Geréb Ágnes</i>

A „jobb a gyerekeknek” kategória a perinatális pszichológiának és újszülöttgyógyászatnak a dolgozatban ismertetett elméleteit visszhangozza egyszerűsített, lecsupaszított formában. Így van ez azon esetekben is, amikor a hozzászólóról tudni lehet, hogy szakmabéli (pszichológus, bába, szülésznő /22,1 %/), mert a diszkurzív tér nem ad lehetőséget a mélyebb ismeretközvetítésre. Ezt feloldandó további olvasmányokat, linkeket ajánlanak egymásnak a vitázók, amelyek közül mindig csak a magyar, hétköznapi nyelvezetű és rövid írások elolvasását nyugtázzák a címzettek (ilyen ajánlások az összes releváns hozzászólás 4,8 százalékában fordultak elő). Ezen hozzászólásokban hangsúlyozzák a magzat, illetve az újszülött érdekeit az anyáéval szemben, de ezt egyetlen esetben sem nyugtázták pozitív reakcióval az ellenzők táborában, illetve az esetek 87,3 százalékában sehogy sem.

A „jobb a mamának” kategória az e tárgyú hozzászólások 21,6 százalékában a kórházi eljárások ellenében ecseteli az otthonszülés előnyeit, a maradék pedig attól elvonatkoztatva. A kulcsszavak itt a természetesség, a kontroll, a felelősségvállalás, a boldogság és az egyenrangúság – az említések gyakoriságának sorrendjében. Ez a motívum bukkan fel a leggyakrabban a semlegesek körében (hozzászólásaik 85,4 százalékában) is, amellyel a kórházi negatív élményeket vélik ellensúlyozhatónak [disk.5.].

Az „olcsóbb a társadalomnak” kategória egy erről szóló állandó vita része, amely az ellenzők azon felvetésére reagál, hogy a kórházba kerülő otthonszülő ellátását miért támogatja a TB, vagyis a hozzászóló. Ez a diskurzus, illetve az erről szóló pro és kontra érvek az összes releváns hozzászólás 29,6 százalékában jelennek meg. Ebben a vitában az otthonszülés ára kerül szembe a kórházi szülés árával (amibe a terhesgondozás is beletartozik), amely a támogatók részéről tényszerű összegek megjelölését jelenti (a téma említésének 68,3 százalékában), illetve a paraszolvencia felemlegetését (31%), az ellenzők részéről pedig minden esetben az otthonszülés árának kétségbe vonását [disk.6.]. A támogatók fontos érvként kezelik a kórházi és az otthoni szülés költségkülönbségét, vagyis azt a kalkulált „tényt”, hogy az otthonszülés – a járulékos költségek szükségtelensége miatt – jóval kevesebbe kerülne a társadalomnak, mint a kórházi szülés, még akkor is, ha az otthonszületést támogatná a TB, akárcsak a legtöbb nyugati államban. A semlegesek szintén a paraszolvencia kárhóztatásával szólnak hozzá a témához.

A „kórházkritika” sokkal gyakrabban fordul elő a semlegesek körében (gyakorlatilag 100 %), mint a támogatók között (39 %). Utóbbiak körében a kritika tárgya a paternalista hozzáállás (az említések 76,2 %-ban), a rutin beavatkozások magas száma (65 %), az „embertelen viselkedés” (23 %), és a kórházi környezet általában (22,7 %).

Az „elvek kontra gyakorlat” kategória az arra utaló hozzászólásokat gyűjti össze, amelyek a kórházi szülészeti elvei és gyakorlata közötti eltérésekre mutatnak rá (13,8 %).

Az elvek léte a támogatók számára a kórházi szülés pozitívumát jelenti. Ami a támogatók számára disszonáns természetűnek hat, az az ellenzők részére nem ok annak elutasítására. Ez nyilván a saját tapasztalattal is magyarázható, illetve a paternalista hozzáálláshoz való viszonyal. Az ellenző hozzászólások 21 százalékában jelenik meg a választási szabadság egy, az otthonszülők választási-szabadság fölfogásától eltérő képe, ami a szabad orvosválasztást, kórházválasztást, szülésznőválasztást jelenti, s azt a választási szabadság kielégítéseként értelmezi [disk.7]. Ezek a hozzászólások jelentik a „választási lehetőség” kategóriát.

Az ellenzők a kórházi szülés biztonságát vallják az otthonszüléssel szemben, amely a hétköznapi tudásból, az orvosi nyilatkozatokból és személyes tapasztalatokból merítkezik. A legitimációt számukra a Szakmai Kollégium állásfoglalásai jelentik [disk.8.], amelyekre az ellenző hozzászólók 24,3 százaléka utal is. Erre a támogatók a Szakmai Kollégium hitelének kétségbevonásával (a reakciók 13,5 százalékában) [disk.9.], illetve az alternatív szülészeti kutatóinak eredményeivel, pontosabban az azok létezésére való utalással reagálnak (a reakciók, illetve az önálló állítások 85,7 százalékában), s csupán 14,3 százalék jelöli meg a

kutatási eredmények pontos forrását, rendszerint a megfelelő linkre utalva. Ez az alacsony arány nyilván hozzájárul az otthonszülők hiteltelen-képének kialakulásához.

Az ellenzők által legtöbbet említett motívumok a „veszélyes” kategóriába tartoznak (82,4 %). Ezek az otthonszülés veszélyes voltát ecsetelik mind a magzatra, mind az anyára nézve egyfelől az időtényezőt (42,5 %), másfelől a szakmai tudást (22 %), harmadrészt az anya döntési képességét megkérdőjelezve (11,2 %)[disk.10.]. Az „időtényező” arra utal, hogy vajon beér-e a mentő szükség esetén a kórházba, a „szakmai tudás” a szülésben segítők kompetenciáját vonja kétségbe [disk.11.]. Az erre való reakciókban az ellenzők és a semlegesek 27,1 százalékban a biztonság szubjektív értelmezését adják [disk.12], illetve a fent említett módon utalnak az otthonszülés relatív biztonságát bizonyító kutatásokra. 7,9 százalékban számon kérik a kórházakon a célirányos kutatásokat, illetve a meglévő statisztikák nyilvánosságra hozatalát [disk.13]

A veszélyességhez kapcsolódik az „anya kontra gyermek” kategória, amelybe azok a hozzászólások tartoznak (34 %), amelyek azt tételezik, hogy az otthonszülők számára fontosabb a saját kényelmük, mint a magzat biztonsága [disk. 14].

Az „anyagi oldal” kategóriába tartozó utalások (36,3 %) szólnak arról a már említett vitáról, hogy az otthonszülést választó kismama egy esetleg kórházban végződő szülését miért fizeti a társadalombiztosítás, az állam, a hozzászóló. Miért nem fizeti maga, ha már egyszer felelősen („felelőtlenül”) hozott egy döntést? [disk.15.] A támogatók reakciója erre az, hogy a kórház éppen a baj elhárítására jött létre [disk.16.]. Az ellenzők iménti megközelítéséhez kapcsolódik az az elvárás, hogy azok a nők, akik otthon kezdték meg a szülésüket, de valamiért a szülés elakadt, vagy vészhelyzet alakult ki, ne az addig elutasított kórháztól kérjenek segítséget (23,1 %). Az ellenzők a szülés elakadását minden esetben vészhelyzetként írják le.

Az ellenzők szemében élő kép az otthonszülőkről rendszerint nem személyes ismeretségeken, hanem hallomáson alapszik, de ennek számszerű alátámasztására nem elég világosak az adatok. Az „otthonszülő-kép” kategóriába tartozó motívumok a „felelőtlen” (78,2 %), „önző” (71,4 %), „önmagát túlértékelő” (42,3 %), „divatmajom” (19,4 %) kifejezésekkel címkézhetőek [disk.17.] Ezek közül a „divatmajom” motívum szorul magyarázatra: az ellenzők szemében az otthonszülők gyakorta úgy jelennek meg, mint egy divathullámot meglovagoló, a „trendi” megoldásokat gépiesen utánzó irányított emberek. Ehhez kapcsolódóan merül fel az ellenzők részéről a negatív értelmű „kör”-képzet (19,7 %), vagyis az, hogy az otthonszülők, illetve az otthonszülést kiszolgáló apparátus egy – többnyire

gyanús – körhöz tartoznak [disk.18.]. Ez alapján alternatív mozgalom jellegére tapint rá, ám mint idegenre, mint gyanúsra, mint potenciálisan rosszra asszociál.

Az ellenzők Geréb Ágnes személyére 26,4 százalékban mint az otthonszüléssel szembeni évrre utaltak. Vagyis személyét alkalmasnak találták az otthonszülés egészének megítélésére, s a vele kapcsolatos megnyilatkozások rendszerint (75,2 százalékban) lekicsinylő stílusúak [disk.19]. A támogatók Geréb Ágnessel kapcsolatos megnyilatkozásai természetesen pozitív hangvételűek. Ezek 91 százalékban egy személyét ért sértés reakciójaként bukkannak fel, s 75,7 százalékban szakmai kompetenciáját, 45,8 százalékban pedig emberi mivoltában jellemzik [disk.20.]. Az ellenzők olykor (7,2 %) olyan idealisztikus megoldásokat vetnek fel, amelyek a „kismamákra hatni tudó” Geréb Ágnestől várják a szülészet reformját – az egészségügyi intézményrendszer keretein belül [disk.21.]. A Geréb Ágnesre való utalások a támogatók körében 87,6 százalékban az „Ági”, 10,4 százalékban „Geréb Ágnes”, 2 százalékban a „bába”, a semlegesek részéről 75,3 százalékban „Geréb Ágnes”, 24 százalékban az „Ágnes” terminust használja, az ellenzők részéről 64 százalékban valamilyen negatív utalószó, 22 százalékban „Geréb”, 14 százalékban pedig „Ágika”, „Ágica”, „Ágneska” módon céloznak rá.

A tematikus (egy téma köré csoportosuló) diskurzusok egymás érveinek meg nem értése miatt gyakran indulatos veszekedésbe csapnak át. Az ilyen indulatos megszólalások körülbelül egyforma arányban jellemzik az ellenzőket és a támogatókat (a hozzászólások 19,3 százalékában az ellenzőket, 15,8 százalékban a támogatókat) [disk.22]. Ezek már nem az otthonszülésről, hanem személyes sértettségről és a meggyőzés tehetetlenségéről szólnak. A meggyőzés az ellenzők esetében arról szól, hogy az otthonszülést semmilyen érv nem indokolhatja a baba veszélyeztetése miatt, a támogatók részéről pedig arról, hogy van létjogosultsága az eltérő szemléletmódnak.

Noha kettéválasztottam a semlegesek és a támogatók táborát (mert a legtöbb esetben ez pontosít), a hozzászólások olykor keverednek a két táboron belül. Mindazonáltal a kompromisszumra törekvő, békülékeny felvetések többnyire a semlegesektől származnak (61,3) [disk.23], 30,1 százalékban a támogatóktól [disk.24], a többi beazonosíthatatlan. A semlegesek hozzászólásainak 9,5 százalékában merül fel a dilemma, miszerint az otthonszülés gondolata noha számos pozitív kiindulóponttal rendelkezik, gyakorlati megvalósítása a társadalom rosszállását vívja ki, ennek megfelelően kerülendő [disk.25].

A diskurzus sekélyességét nem az egyes gondolatok, hozzászólások adják, hanem a valóságos párbeszéd tökéletes hiánya. Mindent összevetve – a diskurzusok alapján – a kompromisszumkészség elsősorban az ellenzőkből hiányzik, ami azzal magyarázható, hogy

rájuk hárul az új, az idegen, a „más” szemléletmód megértése. A fejezet elején említett szociálpszichológiai okok a laikus vita szintjén sem engedik meg a bepillantást a másik valóságába, mert más kiindulóponttal rendelkeznek, más mögöttes jelentést tulajdonítanak a kulcsszavaknak, más realitások jelentik a legitimáció alapját, és természetesen mert más tapasztalattal rendelkeznek [disk.26].

## 2. GYERMEK SZÜLETIK

Az otthon szült édesanyákkal való beszélgetések során hamar kiderült, hogy az otthonszülés nem az otthoni szülésről szól, nem a gyertyafényről és az önmagáért való meghittségről, hanem valami másról. Kutatómunkám során és jelen dolgozatban arra keresem a választ, hogy az otthoni szülést választó nők saját maguk hogyan vélekednek döntésük okairól, ők maguk hogyan írják le állásfoglalásuk kontextusait, milyen képet közvetítenek magukról a társadalom felé, önreprezentációjuk milyen értékeken nyugszik, hogyan látják saját szerepüket a gyermekszülés folyamatában, hogyan gondolkodnak saját magukról, mint anyáról, nőről, emberről. Dolgozatom első felében igyekeztem feltárni, hogy az otthonszülés, mint kulturális jelenség hogyan kapcsolódik egy általános társadalomtörténeti folyamatba, hogy az otthonszülést lehetővé tevő és azt támogató elvek milyen paradigmákra építenek, hogyan hatnak, illetve az elvek forrásául szolgáló egyének és irányzatok milyen jelentést tulajdonítanak a természet és a kultúra kapcsolatának. Ez utóbbi kérdéskör már átnyúlik a dolgozat második felébe, az empirikus kutatás elemzésébe. Az elkövetkezendőkben azt kívánom bemutatni, hogy a rész hogyan építi fel az egészt, vagyis hogy az egyes ember individuálisan hogyan éli meg azt, amit egy makroszintű vizsgálatban már viszonylag egységes irányzatként vagy mozgalomként tárgyalunk. Az interjúim kérdéseire kapott válaszokat olyan tematikus rendbe szerkesztettem, amely a szüléssel kapcsolatos konkrét viszonyulások, az életmódstratégiák és a világszemlélet összetett rendszerét mutatja be. Ebből a célból elemzem – a társadalmi jellemzők bemutatása után – a szülés természetéről szóló képzeteket (a „Miért otthon?”, „A női tudás, avagy a szülés ereje”, illetve a „Félelem és fájdalom” című fejezetekben), a gyermek fogadásával, nevelésével kapcsolatos elvárásokat („Az új élet”, „Testemből táplállak”, „A tudás helyei”), az egészség és életmód kapcsolatának felfogásait („Test-képzetek és egészség”), a transzcendenshez való viszonyulás formáit („A hit forrásai”), az otthonszülés kapcsán megélt közösségiséget („Közösség- és hagyományteremtés”), illetve a szülésben részt vevő segítőkkel való viszonyt („A segítők”).

### 2.1. Az útkeresők. Avagy ki szül ma otthon Magyarországon?

„Az útkeresők. Akik utánajárnak, utánaolvasnak, hogy mit választhatnak. Akik maguk keresik a megoldást, nem kész megoldásokat vesznek át.” Ezt Geréb Ágnes mondta egyszer

egy beszélgetésünk alkalmával, amikor megkérdeztem tőle, hogy kik szülnék ma otthon Magyarországon.<sup>247</sup> De vajon mi ad lehetőséget arra, hogy az egyén a társadalom működését illetően kérdéseket tegyen fel? Hogy megkérdőjelezze a „szokásos eljárást”? Hogy dönteni akarjon, merjen?

Véleményem szerint az információ. Az információ birtoklása, az információhoz való hozzájutás lehetősége. Az információ, amelyről nem állíthatjuk, hogy igaz vagy hamis, de amely alkalmas arra, hogy elgondolkodtasson, és további kérdésekre sarkalljon. Az információ azonban kódolt. Egyfelől hitelesség szempontjából, másfelől a megértés szempontjából. A tudományos fejtegetéseken és értekezéseken szocializálódott, felsőfokú tanulmányait végző vagy végzett egyén különböző stratégiákkal rendelkezik arra vonatkozóan, hogy mit ismerjen el hitelesnek, és mit ne. Noha a tudományos viták igazságtartalma is gyakran nézőpont kérdése, a legitimnek tekintett források rendszerint tudományos kutatásokra hivatkoznak. Ettől kezdve már csak az dönti el, hogy az egyén mit fogad el hitelesnek, hogy előzetes tapasztalatai és más forrásból származó információi melyik érvrendszerhez állnak közelebb. A megértés szempontjából – esetünkben a szüléssel kapcsolatos kutatásokra nézve – szintén előnyt élveznek azok, akik a tudományos nyelvezet értésében már gyakorlatra tettek szert, s akik a társadalom működéséről maguk is határozott elképzelésekkel rendelkeznek. Ugyanakkor a fennálló rend kritikussai maguk is hozzájárulnak ahhoz, hogy mondandójuk befogadható legyen a nem szakmabéli olvasó számára is, hiszen a társadalmi nyilvánosságot, illetve a laikus véleményformálás lehetőségét kihasználva szélesebb „követőtáborra” tehetnek szert.

Mindezidáig az otthon szülő családok nagyobb lélegzetvételű társadalmi jellemzése még nemzetközi szinten sem látott napvilágot, kivételt talán egy holland példa jelent<sup>248</sup>, noha a cikk szerzői elsősorban inkább arra voltak kíváncsiak, hogy milyen motivációk alapján választanak a holland nők az otthon szülés és a kórházi szülés között. Kor, iskolázottság és lokalitás

<sup>247</sup> Geréb Ágnessel való kapcsolatomban viszonylag hivatalos és semmi esetre sem bennsőséges. Noha minden nyilatkozatát ismerem, olvastam valamennyi vele készült interjút, bőven és mélyen megismertem a vele szült édesanyák véleményét róla, számtalan történetet, anekdotát hallottam róla azoktól, akik közeli kapcsolatban állnak vele, így már-már úgy érzem, ismerem, ez csak szubjektív érzés. Geréb Ágnes nagyon szigorúan osztja be az idejét, másként nem is tudná azt a munkát végezni, amelyet felvállalt. Egyszer rám szánt egy egész délelőttöt, amikor meghívtam az egyetemre egy beszélgetésre, amelyre egy kórházban dolgozó szülész-nőgyógyászt is meghívtunk, és hasonló meghívásokat rendszerint készséggel elfogad, de később, amikor már a sajtó a figyelem középpontjába állította, - úgy vettem észre – már jobban beosztotta, hogy kinek mikor nyilatkozik. Ettől kezdve már csak fél órát kaptam a beszélgetésre, amelyet véleményem szerint az állandó készenlét megmagyaráz. Egy darabig leveleztünk, de egy idő után nem érkezett válasz a leveleimre, amit egyszer azzal magyarázott, hogy naponta több száz levelet kap, és képtelen mindegyikre válaszolni. Én pedig néhány év után nem erőltettem a dolgot, különösen, miután a sajtó pellengérré állította. Egyrészt azért, mert engem elsősorban nem az otthon szülés technikája érdekelt, amelyről nyilvánvalóan főként tőle tájékozódhattam volna, hanem az az ideológia, amelyet az édesanyákon keresztül is megismerhettem, illetve az a gondolkodásmód, amely őket jellemzi, másrészt pedig az a lehetőség, ami a *róla*, illetve az otthon szülésről folyó diskurzus nyomán a társadalomban felbukkanó értékválság megjelenítését lehetővé teszi.

<sup>248</sup> WIEGERS et al 1998



tekintetében a szerzők nem találtak szignifikáns különbséget az otthonszülést és a kórházi szülést választók között. Természetesen nem szabad elfelejteni, hogy a holland és a magyar nők választási stratégiáit nem szabad összehasonlítani, hiszen amíg Hollandiában az otthonszülés a kormány, az egészségügy és a közvélemény által támogatott és az egészségbiztosító által finanszírozott formát jelent (nagy múltra visszatekintő oktatási, szakmai és technikai háttérrel), addig Magyarországon rendezetlen helyzetről és a hatalom által bizonyos esetekben szankcionált partizánakciókról volt és sok tekintetben van szó. Az otthonszülők társadalmi hátterét firtató további fejtegetéseket is hasonló fenntartásokkal kell fogadnunk. A magyarul is megjelent *Otthonszülés*<sup>249</sup> című gyakorlati kézikönyv régi adatokat közöl: 1969 és 1973 között Lester D. Hazell Észak-Kaliforniában történt 300 otthoni szülés vizsgálata során úgy találta, hogy a családok 90 %-ra az alábbi jellemzés illik: „Jellemzően amerikai életmódot éltek – egyszerű családi házakban, jövedelmező állással, egy vagy két kocsival, nem tartoztak egyik etnikai kisebbséghez sem, nem volt házvezetőnőjük. Tipikus, hogy a férj és a feleség is főiskolai vagy egyetemi tanulmányokat folytatott, de egyikük sem szerzett diplomát.”<sup>250</sup> E semmitmondó jellemzésből pusztán annyit tudhatunk meg, hogy ezen időszakban Észak-Kaliforniában szintén túlerepresentált a főiskolát vagy egyetemet járt otthonszülő. A szerző egy másik vizsgálata, amely 1976 és 1980 között 184 otthon szült családot kísért figyelemmel Boston-Cambridge nagyvárosi környezetében, hasonló eredményeket mutatott: a szülők 80 %-a házasságban, 10 %-a élettársi viszonyban élt, a maradék 10 % pedig egyedül nevelte gyermekét. Az iskolai végzettségről információt nyújtók 90 %-ánál mind az anyák, mind az apák elvégeztek legalább néhány évet valamely felsőoktatási intézményben.<sup>251</sup> Sagov és munkatársai úgy tapasztalták, az otthonszülést választó családok olyan problémakörök mentén jutottak az otthoni szülés preferálásához, mint az egészséges táplálkozás, ökológiai egyensúly, preventív egészségügy, perinatális pszichológia, személyes felelősség, nő és férfi közötti egyenrangú kapcsolat, „és annak tudata, hogy mindenki része egy természeti és egy emberi környezetnek, ahol minden cselekedete következményekkel jár saját jövője szempontjából.”<sup>252</sup> Megfontolandó megjegyzésük szerint az ezen kategóriák mentén szerveződő gondolkodásmód kialakulására nagy hatással volt és van az amerikai társadalom kulturális sokfélesége, továbbá a családi egység fontosságának központi értéként való felfogása.

---

<sup>249</sup> SAGOV et al 1992

<sup>250</sup> HAZELL 1975. Idézi SAGOV et al 1992: 8

<sup>251</sup> I.m.

<sup>252</sup> SAGOV et al 1992: 9

Magyarországi felmérés nem létezik. Noha egyszer Geréb Ágnestől is hallottam, hogy az otthonzülők között túlreprezentált az értelmiség, erre vonatkozó saját adatait nem bocsátotta a rendelkezésemre. Ezért a Központi Statisztikai Hivatal által feldolgozott, minden szülést dokumentáló Élveszületési lapot vettem alapul, ahol az alapsokaságot úgy szűrtem ki, hogy azokat vettem csak figyelembe, akik a kérdőív 22. a) pontjában (hol történt a szülés?) a 2-es kategóriába (lakásban), ugyane kérdés b) pontjában (a szülésnél ki segédkezett?) pedig az 1,2,3-as kategóriába (1: orvos és szülésznő, 2: csak orvos, 3: csak szülésznő) estek. Így nem kerültek bele az alapmintába azok, akik „intézetben” vagy „egyéb helyen” (pl. mentőautóban) szültek, illetve ahol a szülésnél nem volt jelen sem orvos, sem szülésznő. Az, hogy az otthonzülésnél ki volt jelen azok közül, akiket otthonzülés kísérésére fel lehet kérni, a 22.b) kérdésből nem derül ki, mivel Geréb Ágnes ma már nem mint orvos, hanem mint bába, de olykor mint dúla van jelen.

A KSH által rendelkezésemre bocsátott adatsor a 2008-as évre vonatkozik.<sup>253</sup> Eszerint az összes 99.149 szülésből 145 olyan szülés történt, amelyekre igazak a fenti kritériumok. A kimutatásból nem ismerhető meg azon szülések száma, amelyek otthon indultak, de valamilyen ok miatt kórházban fejeződtek be. Ez Geréb Ágnes szerint az otthonzülések 10 százalékában szokott előfordulni, tehát ha a 145-höz hozzáadunk még tíz százalékot, úgy kijön megközelítőleg 160 előre tervezett, szaksegítséggel történt otthonzülés (ez az összes szülések 0,16 százaléka, amit a hibalehetőségeket és a nem hivatalos forrásokat is figyelembe véve megközelítőleg 0,2 százalékra kerekíték). Ez mindenképpen kevesebb, mint amilyen számok a sajtóban megjelennek<sup>254</sup>, de annál is kevesebb, mint amit Geréb Ágnes szokott nyilatkozni (200-250 otthonzülés évente). Ennek egyrészt oka lehet a tökéletlen mintavétel, másrészt lehetséges, hogy a szülés helyszínének „egyéb” kategóriájából is tartozik valamennyi az otthonzülésekhez, ám ezeket én nem vettem figyelembe. Mindazonáltal úgy vélem, a KSH ezen adatai így is alkalmasak arra, hogy az otthonzülők társadalmi jellemzőire vonatkozó következtetéseket levonjunk belőlük.

Eszerint 2008-ban az otthonzülések döntő többsége Budapesten és Pest megyében történt. Ez annyit jelent, hogy Budapesten 50, Pest megyében 30, a Dél-Dunántúlon 16, a Dél-Alföldön 14, a Közép-Dunántúlon 10, a Nyugat-Dunántúlon 9, Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön pedig 7-7 otthonzülés történt.

---

<sup>253</sup> Lásd a III-as függelék

<sup>254</sup> Gyakran 5-600 otthonzülésről ír a sajtó, ám ezek jó része nem előre tervezett otthonzülés, de a megkülönböztetést gyakran nem teszik meg. Másutt 3-400 otthonzülésről hallani, de a forrást soha nem jelölik meg.

A statisztika szerint az otthonszülést választó anyák<sup>255</sup> többsége értelmiségi. Ez azt jelenti, hogy míg 60 százalékuk rendelkezik diplomával, addig 40 százalékuk nem. Ha a 60 százalékot még kiegészítjük azok számával, akik még nem szereztek diplomát, de felsőfokú tanulmányokat folytatnak, tehát a formálódó értelmiséghez tartoznak, úgy 62,7 százalékot kapunk. A lokalitás szempontjából jól mérhető a megoszlás: a fővárosban és környékén (Pest megyében) jóval nagyobb arányú az eltérés (Budapesten az otthonszülők 80 %-a rendelkezik diplomával, Pest megyében pedig 63,3 %-uk). A többi magyarországi régióban az arányok kiegyenlítettebbek. Két régióban a diplomások javára billen a mérleg (Közép-Dunántúl, Dél-Dunántúl), négyben pedig a nem diplomásokéra (Nyugat-Dunántúl, Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Alföld). A mintába került otthonszülő nők 13 százaléka végzett nyolc osztályt vagy kevesebbet, ami nem valószínűsíti a tervezett otthonszülést, bár nyilván ki sem zárja. Saját gyűjtésemben<sup>256</sup> az anyák 70 százaléka rendelkezett diplomával (35 fő), 20 százaléka egyetemre járt éppen (10 fő), s csupán 10 százalékuk rendelkezett középfokú végzettséggel (5 fő). Saját mintámban az apákkal kapcsolatban is van adatom: a diplomások aránya az anyákéval megegyezik (70 %, 35 fő), ám a maradék 30 % középfokú végzettségű (15 fő). Az átfedés majdnem teljes: ott, ahol az anya diplomás, szinte bizonyos, hogy az apa is az.

Országos szinten a felsőfokú végzettségűeknél 2-3 gyermek a jellemző<sup>257</sup>, a 4-5 gyerek pedig szintén inkább jellemző a fővárosi és pest megyei otthonszülő családokra, mint Magyarország más régióira. Saját mintámban a két- (38 %, 19 fő) és háromgyerekesek (30 %, 15 fő) domináltak, noha azóta tudok további gyerekek születéséről (részletesen lásd a IV. Függelék).

Általánosságban elmondható, hogy az otthon szülő nők inkább házasságban élnek, mint nem. Lokalitás tekintetében újfent eltéréseket találunk. Az összes otthonszülés esetében 67,5 % él házasságban<sup>258</sup>, 26,8 % pedig hajadon volt, amikor 2008-ban gyermeke megszületett. Nyolcan elváltak (5,5 %). A fővárosi arányok megegyeznek e tekintetben az országgal, a Pest megyei kicsit a házások felé billen (76 % házias, 20 % hajadon, a maradék elvált), de például a Dél-Dunántúlon, ahol a központi körzeteken kívül a legmagasabb az otthonszülők száma, az otthon szülő nők fele él csak házasságban, 43 százalékuk pedig hajadon. Az észak-alföldi régióban a 7 otthon szült nő közül kettő él házasságban, három hajadon, kettő pedig

<sup>255</sup> Mivel az általam kért adatok a KSH-ban feldolgozatlanok, csak külön kérésre készítik el a kívánt adatsorokat. Ez bizonyos megkötést jelentett, s mivel a dolgozat egésze amúgy is csak az anyákkal foglalkozik, csak rájuk nézve kértem az adatok feldolgozását.

<sup>256</sup> Az otthonszülőkre vonatkozó társadalmi jellemzők saját gyűjtésem alapján összesített tábláit lásd a IV. Függelékben.

<sup>257</sup> Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkező otthon szülő nők 2-3 gyermeket szülnek, hanem csupán annyit, hogy a felmérés idején a mintába került nőknek éppen 2-3 gyermeke volt.

<sup>258</sup> A százalékok tizedeseit a jobb áttekinthetőség kedvéért kerekítettem.

elvált. Az adatokból általánosságban az is megállapítható, hogy minél több a gyerek, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az anya házasságban él. A legtöbb nagycsaládos otthonszülő Budapesten és Pest megyében él. Budapesten 13 családban van 3, további hat családban háromnál több gyerek, Pest megyében kilenc családban 3 gyermek él, további tízben pedig háromnál több. Ez arányait tekintve azonban hasonló azon régiókhoz, ahol magasabb az otthonszülések száma. Saját mintámban a nők 84 %-a élt házasságban az interjú idején (42 fő), egy nő (2 %) vált el<sup>259</sup>, 14 százalékuk pedig hajadon. Utóbbi hét főt jelent, akikből öt élettársi kapcsolatban él gyermeke apjával. Azóta négy házasságról biztosan tudom, hogy felbomlott.

Budapest és Pest megye tehát az otthonszülés szempontjából kiemelt területnek tűnik, ami magyarázható egyrészt az otthonszülésben segítő szakemberek közelségével, a magasabb iskolázottsággal, illetve a nagyvárosi életforma mintaadó szerepével.

Az adatok tükrében a magas iskolázottság is meghatározó tényezőnek tűnik az otthonszülés preferálásában, összességében pedig úgy látom, hogy a szociális háttér, illetve az egyénre jellemző gondolkodásmód együttesen befolyásolják a szülésmódok közötti választást, noha a kettő nyilvánvalóan egymásból is következik.

Saját kutatásom alanyai, otthon szült édesanyák, valamennyien a technokrata szülésmodell egyes részleteit megkérdőjelezve jutottak el az otthonszülés lehetőségének információjához, s ezen az úton elindulva ismerkedtek meg az ideológiával és a gyakorlattal. Többségük (50/40) saját szülése előtt nem ismert senkit, aki otthon szült volna, s a maradék húsz százalékuknak sem volt közelebbi ismerete róla. A döntés tehát mindig egy keresés eredménye volt, amely személyes beszélgetéseket, a népszerű szülészeti irodalom, ritkábban szakirodalom olvasását jelentette. A szervezett felkészítés az így megalapozott ismereteket tereli közös tudáskörbe, amely már konkrét tudományos kutatásokra hivatkozik, és újabb kérdések felvetésére buzdít.

A kép azonban távolról sem ilyen egységes. A motivációk széles skálán mozognak, amelyen hol valaminek az elutasítása, hol valaminek a preferálása hangsúlyosabb. Egy dűla így fogalmazott:

„Ezt már sokszor megpróbáltam magamban megfogalmazni, és azt hiszem, négy csoportot lehet megkülönböztetni, bár lehet, hogy ezek a kategóriák túlságosan élesek, és a dolog ennél jóval árnyaltabb. 1. Azok, akik biodivatból szülnék otthon, mert a természetes életmódjukhoz ez illik a leginkább, 2. akik intellektuális meggyőződésből szülnék otthon, mert kellőképpen felvilágosultnak tartják magukat ahhoz, hogy igényük legyen és lehessen a szabad döntésre, 3. azok, akik a kórház-orvos főbiájuk ellenében szülnék otthon, bár igazából nem is akarnak otthon szülni, csak egyéb alternatíva helyett teszik, illetve 4. azok, akik a szülés folyamatának természetességét vágynak megélni, és nem akarják patológiás környezetben átélni ezt az élményt. Talán ők vannak a legkevesebben.” (Mari, 31)

<sup>259</sup> Ez az asszony az általa traumatikusan megélt első, kórházi szülését is okként említette válása kapcsán.

Magam az iménti felosztást túlon túl kategorikusnak látom, s noha a kulcsfogalmakat (természetes életmód, szabad döntés, kórház-fóbia, háborítatlan szülés) találónak tartom, úgy tapasztaltam, hogy ezen kategóriák inkább kiegészítik, átfedik, követik, mintsem kizárják egymást.

Komoly dilemmát jelentett munkám során, hogy egyáltalán megkíséreljem-e jellemezni az otthon szülést választó nőket, szabad-e közös vonásokat keresni bennük, vagy az effajta törekvés mindenképpen valamiféle prekoncepció alátámasztását szolgálja? Hiszen legjellemzőbb vonásuk a különbözőség, a sokféleség, az egyéni életutak folyamán formálódó egyéni döntések színes tárháza. Vizsgálatom „alanyai” maguk is szkeptikusak voltak azon kérdéseimmel kapcsolatban, amelyek az otthonszülőkre általában vonatkoztak, s vonatkoztak besorolni magukat bármifajta körülírható kategóriába.<sup>260</sup> Az életmódra, s ezen keresztül a gondolkodásmódra vonatkozó kérdéseimre kapott válaszok elemzése során mégis arra jutottam, hogy a közös célok, a közös tudáskeret, a közös motivációk és cselekvési stratégiák keretében lehetséges az otthonszülőkről, mint „csoportról”, mint személyes hálózati közösségről beszélni<sup>261</sup>, mert e csoporton belül éppen úgy érvényesül bizonyos normák kényszerítő ereje, mint bármely más csoportban, mégha e normák alapját a választás szabadsága is jelenti.

Az elkövetkezendőkben tehát e „közös” életmódstratégia és emberkép jellemző motívumai mentén kívánom bemutatni azt az alternatív gondolkodásmódot, amellyel az otthonszülést választók (elvei, elvárásai, vallott és gyakorolt értékei, cselekvési módjai) leírhatók.

## 2.2. Miért otthon?

Dolgozatom egyik legtriviálisabb, ám mégis legmélyebbre hatoló kérdése, hogy tulajdonképpen milyen okok vezetnek oda nőket, párokat, hogy a bevett társadalmi normáknak ellentmondva otthon kívánják megszülni gyermeküket? Mi vezeti arra őket, hogy egyáltalán megkérdőjelezzék azt a módot, amit az aktuális intézményrendszer a nyugati, s ezen belül a magyar anyák számára a gyermekszülés kapcsán előír? Milyen motivációk vezérlik őket,

<sup>260</sup> Ezzel kapcsolatban lásd a „Hit forrásai” (150. oldal) vagy a „Közösség- és hagyományteremtés” (155. oldal) című fejezeteket.

<sup>261</sup> A fogalomról lásd WELLMAN 1999a, 1999b, 2001. A wellmani közösségértelmezésről bővebben „Az otthonszülés, mint alternatív mozgalom” című fejezetben lesz szó (185. oldal).

amikor a saját kezükbe veszik gyermekük születésének irányítását, magukra vállalva ezzel a felelősséget és környezetük nehezítését? Miért érzik úgy, hogy mindehhez joguk van, és hogy alkalmasak arra, hogy a gyerekszülés módjának kérdésében maguk döntsenek? Mit jelent az otthon azon nők számára, akik életük egyik legfontosabb eseményét ott élik meg, s mit jelent valójában az otthon az *otthonszülés* kifejezésben?

Amikor hat évvel ezelőtt elkezdtem foglalkozni az otthonszülés témájával, elsősorban arra fókuszáltam, hogy milyen *otthon* szülni? Hogy vajon miben más otthon szülni, mint kórházban? Aztán hamar rájöttem: az otthonszülés valójában nem az otthoni szülésről szól. Ha ugyanis csak azt próbálnánk meg elmagyarázni, hogy valaki miért otthon szeretné világra hozni a gyermekét, akkor nem tudnánk elszakadni azoktól a válaszoktól, amelyek a kórház és az otthon összehasonlításából indulnak ki, és a kórházi szülés ellenében akarnak az otthoni szülés jótékony hatásait megmagyarázni. Amikor tehát jómagam az interjúk elején megkérdeztem, hogy miért is döntöttek édesanyák az otthonszülés mellett, a kívülállónak szóló választ kaptam: azért, mert nem akartam kórházban megszülni a babámat. Az első, kívülről való ráközelítések mind a kórházi viszonyokról, a személytelenségről, az orvosok hozzáállásáról szóltak.

„Félek a kórháztól. Amikor babát akartunk, nem is tudtam, hogy lehet otthon is szülni. Elmentem a kórházakba körülnézni, de elrémisztett. A Margitban be kellett öltözni, végigvezették a csoportot. Pont nem szültek. De volt egy anyuka, aki a függöny mögött volt, a doki elhúzta a függönyt, hogy tessék, itt pihen az anyuka, bocsánatot sem kért tőle. Megmutatták az elektromos dolgokat és a szikéket odakészítve, mire a műtőbe jutottunk, elájultam. A férjem is rosszul volt, de tartotta magát.” (Boróka, 28)

„Nekem az orvostól a kiszolgáltatottság jut eszembe, hogy szétfeszített lábakkal ülök a világnak kitérve az én legintimébb testrészemmel, és esetleg aki elmegy mellettem, az megvizsgálhat, az én engedélyem nélkül. Én nem hiszem, hogy ez a nőkben ne okozzon semmit. Egy helyben összerándult izomzattal gyereket szülni sokkal nagyobb meló, mint teljesen elengedett állapotban, ahol úgy kiabálok, ahogy nekem tetszik. Ha akarok állok, ha akarok leülök.” (Karola, 36)

Ezek a motívumok (kórházfóbia, orvosfóbia, kiszolgáltatottság, technokrácia) az általam vizsgált fórumok diskurzusaiban a támogatók érveinek 69,8 százalékánál megjelentek, lévén, ezek a meghatározók érthetőek a kívülállók számára, s úgy magyarázhatóak, hogy ahhoz nem szükséges olyan szempontokat is behozni a diskurzusba, amelyek újabb magyarázatra szorulnak. Mivel az érvelés alapja ilyen nagy arányban effajta oppozíció nyugszik, a laikus véleményalkotást legnagyobb mértékben ez befolyásolja, melyet figyelembe véve érthető az az egysíkú megközelítésű „vád”, hogy az anyák saját kényelmük és orvosfóbiájuk miatt nem mennek a biztonságos kórházba szülni. A vizsgált internetes fórumokon az ellenzők 92,1 százaléka ezt az álláspontot képviseli.

Az anyák számára ezek a negatívumok rendszerint egy olyan belső történés lecsapódásai, amelyek – mint ahogy az érzelemnyilvánításban általában – vagy csak sablonosan, egy-egy bevett kifejezés köré csoportosítva képesek kifejezni a szándékolt mondanivaló lényegét, vagy részletes narratívákban kifejtve. Mivel ez utóbbira az internetes fórumok nem adnak lehetőséget, a támogatók az első verzióval szoktak élni. Az általam készített interjúk a második lehetőségre fókuszáltak, ennek folytán mód nyílik a cselekvési struktúrák mélyebb rétegeinek megismerésére.

Az imént említett belső történés olyan, az otthonszülésig többnyire feldolgozatlan pszichés gátlást jelent, ami mindig konkrét eseményhez köthető. A kórházzal, illetve az ott folyó technokrata szülésvezetéssel kapcsolatos ellenérzések 34 esetben egy traumatikus előző szülésből, vagy ha nem is saját, de az anyát érzékenyen érintő negatív szülésélményből erednek.

„A kórházi körülmények miatt. Volt olyan szabály, hogy nem tarthattam a kezemben a folyosón büfiztetni, és rám szóltak, hogy tegyem be a kocsiba, nehogy leejtsem, mert ők a felelősek. Régen is szimpatizáltam az otthonszüléssel, de RH+ vagyok, és hallottam, hogy néha nehéz az anti D-t<sup>262</sup> megszerezni, ezért nem mertem. De most rászántam magam. A gyerekorvostól vittem igazolást, hogy a PKU vérvételt<sup>263</sup> megcsinálja, de azon vitatkoztak, hogy addig nem engednek el, amíg nincs meg az eredmény, és egyre nagyobb tükkel szurkálták, ez volt az utolsó csepp a pohárban. Kifogtam az egyetlen pizsok szülésznőt, bár volt választott is, de az akkor nem tudott jönni, ez meg olyan ideges lett, amikor megtudta, hogy minősíthetetlenül beszélt és viselkedett velem. Olyan ideges lettem, hogy leállt a vajúadás, bejött egy kismama, aki dohányzott. Eltelt 24 óra, de csak fél óránként voltak már fájások. Akkor újra beindult. A férjemet nem engedték be, de nem volt ott senki.” (Judit, 33)

„Á-nél is szerettem volna egy viszonylag normális orvost, nem beavatkozást, ajánlottak egyet. Mondtam, hogy alternatív módon, nem tervezetten szeretnék szülni. Közben kérdezte valaki, hogy nem akarok-e otthon szülni. Mondtam, hogy itthon nem szabad. A kórházban nem sok segítséget kaptam, senki nem volt ott lélekben. A doki jött, hogy kell már burokrepesztés. Egy darabig visszautasítottam, aztán már nem volt erőm, ugyanez az oxitocinnal. Ehhez kellett CTG, ki az alternatív szobából, nem sétálhattam, sokan voltak ott ... borzasztó volt ennyi ember előtt szülni. Gátmetszés nem volt, de repedtem. A méhlepényt kinyomták, gyereket a hasamra két percre, elvitték, vissza, megint elvitték, pedig kértem, hogy ne. A fejem fölött beszéltek, megjegyzéseket tettek, nem kelhettem föl a fekvésből.” (Adrienn, 24)

<sup>262</sup> Az eltérő Rh vércsoportú magzat vére az anya vérkeringésébe bejutva az anyai ellenanyag-termelést elindítja, ezt a keletkezett ellenanyagot köti le az anti-D immunglobulin. Ha ez nem történik meg, az anya vérében keringő ellenanyag a későbbi terhességek magzatait súlyosan károsíthatja. Az immunglobulint a szülést vagy beavatkozást követő 72 órán belül be kell adni.

<sup>263</sup> „A WHO kritériumai populációs szintű szűrővizsgálatokra: [...] A SZÜLÉSZETI OSZTÁLYOKON a 48. ÉS 72. ÉLETÓRA között minden újszülöttről vérmintát kell venni anyagcsere szűrővizsgálat céljából. Ha az újszülött hazabocsátása 48 órás életkor előtt történik, a mintavételt életkortól függetlenül el kell végezni. A vérvétel megtörténtét és időpontját, valamint a vérvétel időpontjában a gyermek életkorát (< 48 h vagy >48 h) az újszülött zárójelentésén és egészségügyi könyvében fel kell tüntetni.” Az előírás kitér az otthon született gyermekekre is: „Otthon született szűrése: Az OTTHON SZÜLETETT, intézeti ellátásban utólag sem részesező újszülött esetében a szűrésről való gondoskodás az újszülöttet először ellátó orvos kötelessége. Szűrőkártyát a területileg illetékes budapesti vagy szegedi szűrőközponttól igényelhet. A szűrésre történő vérvételt a 48 és 72 órás életkor között köteles elvégezni.” <http://www.etszk.u-szeged.hu/hallgatoknak/Boda%20M/V%C3%A9d%C5%91n%C5%91%20IV.%C3%A9vf/Sz%C5%B1r%C5%91vizsg%C3%A1latok,%20anyagcsere%20betegs%C3%A9gek.ppt>. Letöltés ideje: 2009.03.10.

„A húgom szülésén durva beavatkozások voltak, nem is akar több gyereket. Elszakították a méhszáját, öt évig nem járt nőgyógyászhoz.” (Helga, 34)

„Láttam barátnőim szülését, kísértem végig kórházban, ki voltak lökve a folyosóra, azon a kis hátul kis nyitós köpenykében, amiből kint van a fenéke, enyhén megalázó, ott flangál szegénykém a folyosón, a korlátba kapaszkodott a fájásai idején, és nem tudtunk mit csinálni, hiába ültünk ott ketten, nem tudtunk neki érdemben segíteni, segítséget nyújtani. Nem hiszem, hogy ez lenne ennek a módja, a normális menete. Szerintem ezért szülnek a nők otthon.” (Karola, 36)

A szülés negatív élményként való megélése többféle formában bukkanhat fel, és több okra is visszavezethető. Brit kutatások szerint minden huszadik nő *poszt-traumás stressz szindrómában* szenved, amelyet gyakran depresszióként diagnosztizálnak.<sup>264</sup> Azok a nők, akik egy traumás kórházi szülés után az otthoni szülést választják, rehabilitációként élik meg a szülés módját, s választásuk emiatt (is) mindig tudatos.

Interjúim során 18 esetben fordult elő, hogy az otthoni szülés preferálásának magyarázata a kórházellenes érzések kifejtésével kezdődött, de hamar felbukkant az az attitűd, amely az adott helyzethez való viszonyulást általában is jellemző értékrend kibontakozását vetítette előre.

„Kis vérzés volt az elején, rokonok nyomására elmentem kórházba, beraktak egy abortuszos szobába, durván vizsgálódtak, mindenkivel összevesztem. Pedig csak le kellett volna feküdni pihenni. Azóta tudom, nem kell elnyomni azokat az igényeket, amelyek nyilvánvalóak, és nem kell mindenkinek megfelelni.” (Dorka, 23)

“Félek a kórháztól. De nem igaz az teljesen, hogy a kórház ellenében szültem otthon. Egyszerűen nekem az a legjobb. Ha később szülöm az elsőt, ha tájékozottabb vagyok, biztos azt is otthon szülöm.” (Barbi, 26)

„Nekem nem volt kérdés, hogy kórházban vagy nem kórházban szülni. 14 éves voltam, amikor biológia órán mutattak egy filmet egy szülésről, hasra könyöklés, gátmetszés, sikoltozások – megijesztett. A szobatársam nem tudott emiatt aludni. Azon gondolkodtam, hogy ennek muszáj-e így lennie. Volt internet, régen is megoldották valahogy, beszélgettem olyan emberekkel, ismerősökkel, akik másként gondolkodtak, és megtudtam, hogy máshogy is lehet. Amikor érettségiztem, összeházasodtunk [...], elkezdődött a győzködés 16 évesen: otthon akarok szülni. Mire várandós lettem – 20 évesen -, már nem kötözködött. [Geréb] Agihoz 19 évesen elmentem az információs estre, mindent megkérdeztem.” (Dorka, 23)

„Eleve nem szeretek kórházban lenni, a szülést természetes folyamatnak tartom, nekem akkor a családomra volt szükségem, a férjemre. [...] Ez egy normális emberi igény.” (Hanga, 33)

<sup>264</sup> CZARNOCKA-SLADE 2000, CREEDY et al 2000. Idézi KITZINGER 2008: 17. A szimptóma jellemzője, hogy szülés után az anya érzelmei szélsőségesen vegyesek: egyfelől zavartak, másfelől megkönnyebbültek, hálásak az orvosnak, aki „megmentette őket és újszülöttjüket”, de néhány hét vagy hónap múlva ezt az állapotot belső békétlenség váltja fel, rémálmokkal, pánikrohamokkal. Ezek a nők sok esetben félnek az újabb terhességtől, s ha mégis úgy érzik, hogy feldolgozták a megpróbáltatásokat, és újra gyermekáldás elé néznek, egy testi-lelki szorongással teli várandósságot élnek meg. Az ok, ami miatt ezek a nők traumaként élték meg a szülésüket, Kitzinger szerint nem csak a szülési fájdalomban keresendő, hanem a technokrata hozzáállásban, ami nem tette lehetővé számukra, hogy aktív szereplői legyenek önműködő szülésüknek. Ugyanakkor, mivel az érzés okai felismerésének lehetőségét elfedi a szülésről kialakult medikalizált kép és elvárás, a szindróma rejtve marad vagy elbagatellizálódik. A probléma nem publikus, nem szokás beszélni róla, mert felszínre hozhatja a technokrata szülésmód visszásságait. A szindrómát először olyan – vietnámi – veteránoknál diagnosztizálták, akik ugyan fizikailag nem sérültek, ám érzelmileg nem tudták feldolgozni azt a tehetetlenséget és csapdahelyzetet, amibe a fronton kerültek. A poszt-traumás stressz állapota természetes reakció általában azon helyzetekre, amikor valakivel érzéketlenül bánnak, és nincsen se választási, se menekülési lehetősége (KITZINGER 2008: 18).



„El sem tudtam volna képzelni máshogy. Van egy kis kórháziszonyom, fehér köpeny-iszony, intézményes dolgotól. Ha az élet alapjaiba kívülről beleszólnak, amihez semmi közük.” (Aliz, 37)

A narratívákban olykor (50/18) egyértelműen megfogalmazzák azokat az alaptételeket, amelyek a holisztikus szülésmodellt a technokrata szemlélet ellentétéként világítják meg. Ez a fejtegetés a közös forrásokra vezethető vissza, a „szent iratokra”<sup>265</sup>, amelyeket minden, otthon szülni vágyó nő ismer - hallomásból vagy saját olvasásélményből -, illetve a felkészítő tanfolyamon elhangzottakra, amelyekre nagyon sokat hivatkoznak az édesanyák. Ezek az információk – éppen az igazságkereső, útkereső attitűd miatt – rendszerint csak akkor válnak az egyén hivatkozásainak alapjává, ha az egybecseng saját előzetes megérzéseivel, ismereteivel, vágyaival.

„Talán azért [szülnek a nők otthon], mert nagyon lassan tart lépést az úgynevezett hagyományos, megszokott kórházi szülés a nők igénye szerint. Jó pár évtizede, akár mondhatom azt is, hogy évszázada is, hogy elkezdődött egy másfajta célokhoz az alárendelődése, ahol a nő célja volt az utolsó szempont. Tehát előrébb volt a biztonság jelszavával sok minden egyéb, például az orvos kényelmi szempontjai, és én ezt nem tudom elfogadni, hogy én azért vajúdjak kórházi körülmények között, hogy az orvosnak könnyebb legyen bekukkantani a lyukacskába. Ez számomra nem szempont! Nagyon szépen kioltották a nőkből azt a hitet, hogy te képes vagy megszülni azt a gyereket, ami pedig évezredek óta kódolva van a nőkben. Mi az, hogy az orvos levezette a szülést? Nem az orvos vezeti le a szülésemet, és szültem, enyém a meló, az összes idegszálammal, az összes sejtemmel én szülök. És az alternatívban nincs ilyen, a szülést kísérik. Ott vannak, kezdettől fogva. Tehát nem vagyok magamra hagyva.” (Karola, 36)

A szüléssel kapcsolatos egyértelmű állásfoglalásra utal az a vágy, hogy a nő természetes úton hozza világra gyermekét. Ez része annak az otthonszülést jellemző világnézetnek, amely az ember és a természet kapcsolatáról meglehetősen határozott képzetekkel rendelkezik, s amely igen szoros kapcsolatban áll az ökofeminista eszmékkel.

A korábbi általánosan bevett orvosi gyakorlat szerint császármetszés után nem javasolt a hüvelyi szülés, bár ma már a kórház felfogásán, illetve a kezelőorvos egyéni elbírálásán múlik, hogy milyen eljárást tart megfelelőnek. Mégis előfordul, hogy a hüvelyi szülés lehetőségét azzal utasítják el az orvosok, hogy korábban már történt császármetszés, és ezt az anya biztonsága érdekében kizáró oknak tekintik.<sup>266</sup> Sok olyan nő keresi fel Geréb Ágnes, akik a császármetszést kudarcként élték meg, akik úgy érezték, hogy ezzel elveszítettek valamit. 2007 áprilisában Geréb Ágnes úgy nyilatkozott, hogy a 3000-nél több otthonszülésből eddig ő mintegy kétszáz olyan anya szülését kísérte, akiken korábban császármetszést végeztek. Ők az otthonszülést egyfajta kompenzációs lehetőségnek tekintik, ami visszaadhatja önbecsülésüket,

<sup>265</sup> Lásd az V. függelékét

<sup>266</sup> Olyan esetekről van szó, amikor pusztán annak ténye a kizáró ok, hogy egy korábbi szülés császármetszéssel végződött, nem pedig azokról, ahol egyéni lehetséges komplikációktól tartva utasítják el a normál szülés lehetőségét.

saját női képességeikbe vetett hitüket, ahol nem külső irányítás segíti életre kisbabájukat, hanem ők maguk – mégha ezt náluknál magasabb erőnek tulajdonítják is.<sup>267</sup>

„L-t az Istvánban szültem. Amúgy jó volt, de maga a szülés császárral végződött, és nagyon szerettem volna természetesen szülni, kórházban pedig erre nem lett volna lehetőség. Nagy volt, össze-vissza gyorsították, burokrepesztés, ilyen körülmények között nem fért ki két óra kitolás után. Az orvosom azt mondta, téraránytalanság, a másik meg azt, hogy a koponyatartás rossz. Elmentem a tanfolyamra a férjemmel, és rögtön tudtam, hogy ez az én utam.” (Hédi, 29)

„ [Az elsőt] azért szültem császárral, mert hosszan szoktam a babákat hordani, és az orvos a 42. héten megindította a szülést. Sokáig vajúdtam, és azt mondták, elfáradtam, és a kitolás előtt megcsászározta. Pedig máskor is ugyanígy szültem, és nem volt baj. Téraránytalanságot írtak akkor a papírra. Ha zavarnak, nem is tudok szülni. Nem is működtem együtt, nem engedtem sok dolgot, nem biztos, hogy kulturáltan viselkedtem. A második is úgy született volna, de nem volt indokolt. Nem találtam olyan kórházat, ahol normálisan szülhettem volna. Az első szülés egy trauma volt, mint nő, nem lehetett hozzám érni évekig, elváltam. Az első szülésem azt jelentette, hogy selejt vagyok.” (Liza, 36)

A császármetszés az egyik olyan vitapont, amely a biztonság kérdését feszegeti: vajon mi lehet az oka annak, hogy Magyarországon jóval a WHO által elfogadhatónak tartott érték (10 %) felett van a császármetszések aránya? Anélkül, hogy az orvosi-szakmai kérdéseket érintenénk, rá kell mutatni a holisztikus szülésmodell követők azon dilemmájára, hogy vajon a biztonsági megfontolások miatt végzett császármetszések minden esetben a biztonságot szolgálják-e, s vajon kinek a biztonságáról van szó? Feltételezik, hogy a biztonság oltárán magát a biztonságot áldozzuk fel, hiszen maga a kifejezés is attól függően nyeri el értelmét, hogy milyen összefüggésben alkalmazzuk, s milyen felfogásban használjuk.

„Meg úgy éreztem, hogy az én gyerekem ott fog a legkönnyebben világra jönni, ahol én biztonságban érzem magam, és ez nem a kórház.” (Kitti, 36)

„Több kórházat végigjártam, amikor úgy nézett ki, hogy megvan a kisbabánk, és igazából azt a fajta nyugalmat és bizalmat és biztonságot, amit az ember a szüléséhez szeretne, azt nem találtam meg sehol. Nem tudom, ez másoknál hogy van, de én eljutottam arra a pontra, hogy én azért nem szeretnék kórházban szülni, mert egyáltalán nem érzem ott magam biztonságban.” (Bori, 38)

Az otthoni szülés melletti döntés – saját mintámban legalábbis – mindig tudatos választás eredménye. Az otthon szülő édesanyákat általában is nagyfokú tudatosság jellemzi. Ez nyilvánul az élet minden területén, amely a választás szabadságának követelésével áll kapcsolatban. A választás esetükben javarészt tudatos választást jelent, informált választást, amit az információhoz való hozzájutás lehetősége biztosít számukra. Ez a lehetőség egyfelől iskolai végzettségüknek és az ebből következő előnyöknek, illetve életkorukból adódó tapasztalataiknak köszönhető. Megnyilvánulásaikban gyakran jelenik meg a fiatal, tájékozatlan nő és a már nem olyan fiatal, tudatosan tájékozott nő ellentétének motívuma. Az énképüket

<sup>267</sup> A 2011-es szabályozás nem enged otthoni szülést olyan nők számára, akiken korábban császármetszést végeztek, ami sok „potenciális otthoni szülőt” foszt meg e kompenzációs lehetőségtől.

alkotó értékeknek is meghatározó eleme a tudatos választás és a tájékozottság. Ebben az esetben e két érték célértékként és eszközértékként is felfogható.

„Az első kórházban születtem. Az orvos megígérte, hogy minden természetes módon fog történni, de nem így történt. Kértem, hogy ne indítsák, ne gyorsítsák, ne repesszenek burkot, ne vágjanak gátat. Végül mindet megcsinálták. Becsaptak. Azt mondták, hogy kapok egy koktélt, B vitamint és Nospát, de oxicint adtak benne, ráadásul injekcióban, nem az infúzióba, ami eleve műhiba. Rettenetes görcseim lettek tőle. A burkot is úgy repesztették meg, hogy a baba még nagyon fent volt, nem volt beilleszkedve, kizúdult a magzatvíz, ami előre moshatja a köldökzsinórt. Ez is műhiba. Amikor a kitolás volt, belekönyököltek a hasamba, ami kifordíthatja a méhet, hónapokig fájt utána, és végigrepedt a hüvelyem. Óriási gátat vágta. [...] A folyosón kaptam el a kismamákat, őket kérdeztem, meg a védőnőt, azt mondták, ez az orvos megfelelő lesz. Az orvos úgy indította a szülést, amikor épp ügyeletben volt, az ügyeleti ideje alatt. Jobban kellett volna tájékozódnom, de nem volt rá idő. Az sem tetszett, amit a babával csináltak. Két órára inkubátorba tették, hogy megfigyeljék. Pedig az anyuka sokkal jobban és lelkiismeretesebben tudja megfigyelni, ott a kutya se törődött vele. Semmit sem mutattak meg, semmit sem mondtak el. 19 éves voltam, még gyerek. Sok vért vesztettem, nem tudtam fölkelni, azt mondták, úgysem tudok a babáról gondoskodni. Nem tudtam kiállni magamért és a babáért.” (Cili, 26)

„Az első császárral születtem, 23 évesen, akkor úgy éreztem, az orvostudomány megmentett.” (Liza, 36)

“Az otthonszülésben szerintem az is benne van, hogy 32 évesen szültem. Ha 25 évesen kerülök olyan helyzetbe, hogy szüljek, biztos, hogy bekerülök egy kórházba, semmi tudatosság nem volt bennem ezzel kapcsolatban, az egyéni szerencsémén múlt volna, hogy hogyan élem meg a szülést.” (Hanga, 33)

Az otthonszülőket jellemző szüléssel kapcsolatos tudatosság általában is tetten érhető az életvezetésben. A tudatosságot hangsúlyozó mozgalmakkal ellentétben ők mégsem erre helyezik a hangsúlyt, önreprezentációjuk mégsem e kifejezésre építkezik, holott a természeti környezettel harmonikus kapcsolatot keresők közül éppen ők azok, akik a tudatosságot egy alapvető intézményrendszerrel, az egészségügyi intézményrendszerrel kapcsolatban úgy vállalják fel, hogy ennek folytán azon tökéletesen kívül rekednek, holott bizonyos esetben feltétlenül rászorulnak támogatására. Az egészségügyi intézményrendszert tehát nem a maga teljességében utasítják el, hanem a medikalizáció azon jelenségeit, amelyek az élettani szülést a maguk hatáskörébe rendelik, illetve azon beavatkozásokat, amelyek a természetes eljárásokkal ellentétes módszereket alkalmaznak. Mivel jellemző módon tudatosan a természetes megoldásokat keresik a táplálkozásban, a gyógyításban, a testápolásban és a babaápolásban, az ebben elért eredmények nagyfokú önbizalommal töltik el őket, ami szoros kapcsolatban van a szüléssel kapcsolatos önbizalommal.

„Nehezen jött össze a bébi, két év volt. Az orvosok mind rá akartak állítani egy vágányra, ami a kezelés, de akkor már tanultam természetgyógyászatot, és így én magam tudtam, hogy mit kell csinálni. Ez óriási önbizalmat adott, hogy meg tudtam csinálni azt, amit az orvostudomány csak hormonokkal képes. A szülésre is képes vagyok. [...] A szememre vetették, hogy ez önzés, hogy mivel természetgyógyász vagyok, egészségügy-ellenes. Pedig én szeretnék velük együttműködni, de nem lehet. Nem valami ellen, hanem valami mellett állok ki.” (Helga, 34)

„A várandósság közepén rájöttem, hogy nem egy külső személyben kell bízni, hanem magamban.” (Jutka, 32)

Az otthoni szülés preferálásában a mérlegelés rendszerint az egészségügyi kérdésekre korlátozódik, vagyis az szempont a döntésben, hogy a várandós nő fizikálisan, illetve kórtörténeti szempontból alkalmas-e az otthoni szülésre, technikailag a szülés a saját otthonában kivitelezhető-e, vagy egyéb megoldást kell találni, illetve, hogy a magzat állapota megengedi-e az intézetben kívüli szülést. Az anya részéről a mérlegelés tehát rendszerint nem arról szól, hogy szüljek-e otthon, vagy ne, merjek-e otthon szülni vagy ne, alkalmas vagyok-e az otthoni szülésre, vagy nem, mert a válasz általában adott a nő életfelfogása, életmódja és identitása tükrében.

„Nehezen megindokolható [hogy miért szültem otthon]. Ez volt a természetes. Régóta tudtam, hogy így kell, de Geréb Ágiról nem tudtam. Úgy volt jó, ahogy a nagymamám mesélte, ahogy filmekben láttam.” (Lili, 31)

“[Szüléskor a nők] annyira mély lelki dolgon is mennek keresztül, nem csak testi dolgon, hogy ezt a családjukkal akarják megélni, a gyerek a kettejük ügye, az apa ne legyen kizárva pár napra. Ez közös út. Meg a háborítatlanság. Nem kell viselkedni, nem kell feltenni álarcot, nem Te vagy másért, hanem mások vannak érted.” (Judit, 33)

A választást, a hozott döntést nem befolyásolja a sikertelenségtől való félelem. Ezt megmagyarázza maga a motiváció, amely az otthoni szülés preferálására sarkallja az azt választókat, vagyis a tájékozódási és az ismeretek birtoklására való igény, a tudatos választásra, a felkészült döntésre, az önrendelkezésre és önállóságra, illetve a felelősségvállalásra való igény. A hangsúly tehát nem a szülés előre eltervelt módján van, hanem az arra való hangsúlyos felkészülésen.

„Én végig nem voltam biztos benne, hogy sikerülni fog, inkább csak azt mondtam, hogy reménykedve megpróbálom, de nem mondhattam, hogy otthon fogok szülni, mert mi van, ha mégsem nekem van igazam? Ha nem sikerül?” (Luca, 30)

Az otthon szülő nőket, családokat gyakran vádolják felelőtlenességgel. Itt újfent kérdéssé válik, hogy mit jelent a felelőtlenesség, ki mikor felelőtlen, s az e kifejezés körül kialakult vita is érzékletesen bemutatja a gondolkodás eltérő dimenzióit.

„A felelősség kérdése is fontos: én vagyok a felelős, ne döntsenek helyettem. A szülés testben és lélekben rendben van. Ne döntsenek helyettem. Ne okozzanak fájdalmat és bajt. Otthon sem kontrollálom a dolgokat, hisz épp ettől tudok szülni. Azt teszem, amit a testem diktál.” (Kitti, 36)

“Önmagában a születés is nagy trauma a babának, ha nem lehet a mamája mellett. A. az első éjszakát a csecsemőosztályon töltötte, én moccanni sem tudtam, egész éjjel hallottam, hogy sírnak a babák, ez lelki törés volt bennem. Sokan azt mondják, hogy felelőtlenesség az anya részéről, ha otthon szül, szerintem az a felelőtlenesség, hogy ha nincs rá oka, kórházban szüljön. A kórház mindig kórház marad, akármit csinálnak, legalábbis még nem tartunk ott.” (Csenge, 33)

Amikor megkérdeztem interjúalanyaimat arról, mi a véleményük azokról az állításokról, miszerint az otthoni szülés kockázatos, szinte kivétel nélkül azt a választ kaptam,

hogy azok, akik ilyesmit mondanak, nem ismerik a valós kutatási eredményeket. Ez két dolgot jelent: egyrészt maguk az otthonszülők legitim érvelési alapként kezelik azon külhoni kutatásokat, amelyek az otthonszülés relatív biztonságát igazolják, mintegy beépítve az erről való tudást saját ismeretrendszerükbe. Másrészt utal a felelősség-felelőtlenység kérdésének értelmezésére. Elgondolásuk szerint felelős döntést csak információk birtokában lehet hozni, márpedig ma Magyarországon – vélik interjúalanyaim – egy átlagos körülmények között szülő kismamát nemigen tájékoztatnak lényeges kérdésekben a terhesgondozás, a vajúadás, illetve a szülés alatt és után.

Az otthonszülőkre jellemző attitűd olyan közös tudáskeretet hoz létre, aminek nem feltétele a sikeres otthonszülés, elég hozzá a kimondott és a gyakorlatban is megnyilvánuló szándék. Ezt a felfogást tükrözi Geréb Ágnes egy levele is, amely az otthon szülő édesanyákhoz, családokhoz szól „Kedves Ti Mind” megszólítással, s amely külön kitér arra is, hogy kiket tekint „Ti Mind”-nek: „Azok is, akik velünk készülve bármikor és bármiért kórházba mennek, beletartoznak a «Mind»-be, családjukkal együtt.”<sup>268</sup> A hangsúly tehát nem a sikeres otthoni szülésen van, hanem a közös szándékon, a közös tudáson, amely közös célokat eredményez.

### 2.3. A női tudás, avagy a szülés ereje

Az otthoni, háborítatlan szülés élménye az otthonszülők saját interpretációjában maga a szülés. Az otthonszülők szerint a szülést segítő természetes erő csak önmagától, feltételek nélkül képes megjelenni, irányított körülmények között nem. Ezért úgy vélik, a szülés élménye nem adható át, nem mesélhető el, mert azt csak átélni lehet, így az, aki nem szült otthon, nem ismeri a szülés valódi természetét.<sup>269</sup> Ez tapasztalatuk és tanult tudásuk szerint abból adódik, hogy a szülés folyamatába való mindenfajta beavatkozás megfosztja a nőt attól, hogy természetes ösztönei vezéreljék cselekedeteit – amelyeket szabadon meg is tehet. Az intézményen kívüli szülések esetében azt a beteg-szerepet utasítják el, amelybe belehelyezkedve a várandós nő betegként viselkedik, az arra való hivatkozással, hogy a

<sup>268</sup> [www.szules.hu/new/doulak/korlevel2006febr.htm](http://www.szules.hu/new/doulak/korlevel2006febr.htm) (Letöltés ideje: 2006.05.17.)

<sup>269</sup> Erről a logikáról Buddha jutott eszembe, aki a buddhizmussal kapcsolatban tanított hasonló megközelítést: megvilágosodása után azért nem akart eleinte tanítani, mert úgy érezte, hogy az, amire ő rájött, ti. hogy a látszatvilág mögött hogyan pillantható meg a valóság, hogy a dolgoknak mi a valódi természete, nem lehet elmesélni, elmagyarázni, csak átélni lehet. A magyarázat itt is egy másik logikára utal, amely csak egy másik látásmóddal pillantható meg, csak úgy kap értelmet, ami szinte lehetetlenné teszi a dialógust a megvilágosodott és a nem megvilágosodott között magáról a megvilágosodás természetéről.

gyermekszülés esetében az effajta beteg-státusznak egyszerűen *nincsen semmilyen létjogosultsága*.

„Azért szülnek a nők, én személyesen, otthon, mert ismerik magukat, a testüket, a szülés folyamatát, és nincs szükségük rá, hogy kérést tanácsokkal lássák el őket, vagy megmondják, hogy mit tegyenek.” (Barbi, 26)

„Megerősödtem az első szülésen, hogy beavatkozás nélkül is tudok szülni. Magam akartam csinálni. Ennek nincsen máshol helye”. (Eszter, 30)

„A szülés átélése annyira más élmény, majdnem az a különbség, mintha egy olyan nő beszél, aki még nem szült, és aki már sokszor szült, nem éli át ezt az élményt, ezért nem tudnak egy nyelven beszélni. A nem otthon szült anyuka is megpróbálja összehasonlítani a két helyzetet anélkül, hogy ő átélte volna. Próbálja azt a hátrányos helyzetét igazolni, amit nem tapasztalt meg.” (Sarolta, 33)

„Ha nem a nő szolgálja a rendszert, hanem őt szolgálják, képes megtapasztalni, hogy mire képes ő”. (Réka, 24)

A beteg-szerep elutasítása egyrészt annak tudatosulása folytán lehetséges, másrészt pedig az önbizalom kiteljesedése révén. A kettő összefügg. Az önbizalom arra az egészséges testi és lelki funkcióra vonatkozik, amit a szülés legfontosabb feltételének tekintenek. Vagyis sok esetben – vélik interjúalanyaim – a beteg-státusz elfogadása eleve kizárja azt a bizalmat, amit a szülő nő saját természetes ösztönébe, illetve a természetes folyamatok működésébe vet. Magam úgy vélem, a kettő nem zárja ki egymást, hiszen az, hogy valaki kórházban szül, nyilvánvalóan nem az otthoni szülés elveinek ellenében történik, s számos oka lehet annak is, ha valaki tudatosan nem szül otthon.

Bár a szülés maga jellemzően nem volt része soha a feminista gondolkodásnak, a szülés minőségi kérdései ma már mégiscsak jelen vannak a nőről, mint szubjektumról, illetve általában az emberi méltóságról szóló elmélkedésben. Kérdés tehát, hogy azon nők, akik egy alternatív gondolkodásmód részeként elutasítják a technokrata-medikalizált szülésmodellt, vajon hogyan gondolkodnak magukról, mint nőről, s vajon hogyan értékelik a szülés és a nőiség kapcsolatát?

Abban szinte valamennyi általam megkérdezett otthon szült édesanya egyetértett (50/42), hogy az anyaság a nőiség kiteljesedéseként értelmezhető.

„Én úgy nőtem fel, hogy a nőiségem arra szolgál, hogy gyereket szüljek.” (Karola, 36)

“Én azt gondolom, hogy ez a nőiségnek, a nőiességnek a csúcsa. Ez olyan, mint amikor hirtelen virágba borul egy fa és termést hoz. Én nagyon erősnek éreztem magam és nagyon virultam mindenki szerint és sokkal inkább nőnek éreztem magam, mint előtte bármikor.” (Bori, 38)

Ez a kiteljesedés sokkal inkább jelenti magát a szülést és az anyává válást, mint a várandósságot. Ugyanakkor minden fizikális és pszichés nehézség ellenére jellemző módon jelenik meg a várandós-lét, mint a nőiség megélésének motívuma:

„Változás. Megerősített benne [a nőiségemben]. Az elején maga a tudat, hogy megyek, és ringatózik bennem a pici baba. Még most is sokszor elképzelem, hogy milyen volt bennem. Amikor nőtt a pocim, még jobb lett. Szép

lett a hajam, szépnek éreztem magam. Mindig zavart a súlyom, de akkor nem. De a végén már nem éreztem szépnek magam.” (Erzsi, 24)

„Egy nagy kiteljesedés. Nem zavar, hogy hízol? – sokan ezt kérdezték. Nem, mi zavarna benne, ezek jó dolgok, jó érzés. Ez a legnagyobb dolog, ami egy nővel történhet. Mindegy, milyen karriert építék. Nem hiszek azokban a nőképekben, amit a divatlapok sugallnak. Ez nem látványos, ez társadalmilag fontos, a család, a nőiesség szempontjából.” (Ági, 33)

Jóval kisebb arányban (50/18), de a kiteljesedés eszményképét nőként, emberként a várandósságra is vonatkoztatták interjúalanyaim.

„Nagyon élveztem. Először éreztem azt, hogy értelme volt annak, hogy megszülettem, hogy jó, hogy vagyok, hogy nő lettem, hogy lehet babám. Nagyon büszke voltam, és vagyok ma is. Több volt sokkal, mint hogy értelmet nyert az életem. Ez a természet rendje, mint hogy virágok nyílnak. Az életfeladatomat teljesítem ezzel.” (Fanni, 28)

„Nagy belső találkozás önmagammal. Kevés dolog történt velem, ami közben ennyi minden volt bennem. A viszonyom az emberekhez, a világhoz.” (Zsuzsa, 33)

Míg – ahogyan alább még látni fogjuk – az előzetes várakozásokban gyakran benne van a kétely, hogy vajon az anyaság nem vezet-e a nőiesség elvesztéséhez, a szülés utáni beszámolókból már szinte kivétel nélkül egyértelmű a viszony az anyaság és a nőiség között. Ez rendszerint egy hierarchikus, alá-fölrendeltségi viszonyt jelent.

„Az első szülés után sokáig inkább anya voltam, mint nő, erre a funkcióra álltam rá. A második után is, de azért a nőiségem könnyebben visszajött. Cs-nál úgy érzem, hogy elsősorban anya vagyok, és csak utána nő. Még szopik, erős bennem az anya. Ez talán már itt marad. [...] Amikor egy nő anyává válik, női mivoltuk teljesebbé válik, az otthoni szülésnél a nő beteljesíti női hivatása lényegét azzal, hogy egyedül is meg tud szülni. [...] A nőben, mint szóban is benne van, hogy nő valami felé, a nőiség csúcsa az anyaság. A partnerségben lenni már nem ugyanaz, már asszony. Mindenki más a szülés előtt, mint utána. Emberként, lelkiileg, mint egy beavatás. A nőiségem annyiban változott, hogy másdrangú lett.” (Ági, 33)

A nőiség kontra anyaság kérdésének létezése ma már evidencia a pszichológia számára, így tehát a kérdés valójában nem az, hogy az otthon szült nők számára is felmerül-e ez a dilemma, hanem sokkal inkább az, hogy milyen módon nyugtázzák azt. Saját kutatásom során egyetlen olyan esettel sem találkoztam, ahol egy otthon szült nő előbbre valónak tartotta volna nőiségét, mint anyaságát, sőt, rendszerint az egyensúly sem fedezhető fel. Igaz ez annak ellenére, hogy várandóssága során az általam megkérdezett nők nagyobb hányada (50/30) félt nőisége elvesztésétől. Egy anya, aki sokkal inkább azért szült otthon, mert nem tűri, ha irányítják, mintsem az otthoni szülőket általában jellemző belső indíttatásból, így vall:

„Szerintem hülyeség, hogy kulturálisan nem tekintik a nőt nőnek, amíg nem szült, de én valóban kiteljesedettebbnek érzem magam, hogy szültem.” (Zselyke, 32)

A szülés, mint kizárólagos női tudás sokszor jelenik meg a narratívákban, ami egyfelől a női szülő közösségeket, mint e tudás birtokosait jeleníti meg, másfelől pedig az idegen férfi (orvos) jelenlétének tagadását.

„Ott volt a dúla, neki 5 gyereke van, Ági, én, mi nők szültünk, most megértettem azt az összetartozást a nők között. Legyen a dúlának több gyereke, mert ő még nőbb, még érettebb. Én nő csak a gyerekeim által tudok lenni, gyerekként mindig fiú akartam lenni.” (Panni, 29)

“Nekem egy férfi orvos ne mondja meg, hogy hogyan kell szülni! A férfi szülész-nőgyógyász egy vicc!” (Anna, 30)

A gyermekszüléshez kapcsolódó érzések között a nőiséghez való viszonyulás olyan reláció, amely alkalmasint nem érzékelhető kívülről, nem a nő és a külvilág közötti viszonylatban nyer értelmet, hanem egy, a terhességből, az anyaságból eredő harmónián alapuló, önmagunkkal való viszony, egy belső észlelés.

„[...] Igen, de ez számomra nem a férfi-társ felé mutató nőiség, hanem egyfajta magán-nőiség megélése.” (Eszter, 30)

Ez a „nőiség” azonban nem a „nőiességgel” azonos kategória: míg a *nőiesség* – véleményem szerint – inkább egy, a nőket leíró, s gyakran a férfiaktól megkülönböztető jelzők összefoglaló kifejezése, addig a *nőiség* a női lét értelmét, annak esszenciális lényegét jelenti. Míg tehát a feminizmus történetében a gyermekszülés és az anyaság jórészt egyfajta megalkuvást jelentett, az otthon szülők esetében az anyává válás éppen magát a nőiséget takarja. Nem véletlen, hogy azok, akik bevallottan problémákkal küzdöttek nőiségükkel kapcsolatban (50/8), mindig a szülésben és az anyaságban találták meg a megoldást:

„Női mivoltomban egyértelműen fontos volt. Először örültem annak, hogy nő vagyok. [...] Voltak gondjaim a nőiséggel, ennek felvállalásával.” (Boróka, 28)

„Azért megyek pszichológushoz, mert nekem alapvető gondjaim vannak a nőiséggel. A pszichológussal is ez az alapvető kérdés. A szülés felszabadított, ez engedi meg nekem, hogy ne legyek többet nő, de valószínűleg máshogy definiálom a nőiséget. Azt is megerősítette, hogy baj van velem, de hogy meg tudom oldani a problémáimat.” (Anna, 30)

„Nekem a nőiességem biztosan nincs rendben, a férfiakkal kapcsolatban sok sérülésem volt. Az anyaság talán ... biztos ... kompenzál ebben.” (Liza, 36)

Bár a szüléssel kapcsolatban az otthon szült nőktől soha nem hallottam semmilyen negatív jelzöt, a várakozás ideje sokuknak már korántsem ilyen felemelő. A megkérdezettek több mint a felénél (50/31) a várandósság jellemzésében valamilyen negatív élmény érhető tetten. Ez vonatkozhatott előzetes várakozásokra, amely a terhesség előrehaladtával kitisztul, eltűnik.

„Mielőtt terhes lettem, attól féltem, hogy hogyan fogok viszonyulni ahhoz, hogy van bennem egy élőlény. Irtózom az élősködőktől, és féltem, nem jön-e belőlem elő ez az érzés. De egyáltalán nem volt ilyen.” (Márta, 30)

A negativitás olykor a saját döntés, a saját irányítás hiányával volt magyarázható, mint amikor például a babát (elsőt vagy sokadikat) nem tervezték, kifejezetten nem vártak,



többnyire a körülmények nem ideális volta miatt. Az alábbi idézetek azonban arra is példát nyújtanak, hogy az otthonszülés gondolata és megvalósulása gyakorta egy belső út, egy folyamat eredménye, amely olykor a szélsőséges elutasítás gondolatától a teljes elfogadásig halad.

„Börtönnek, csapdának éreztem a terhességet, hogy valami ellenőrizhetetlenül nő bennem, ki tudja mekkorára, hogyan fog tudni megszületni. Letört, depressziós voltam. Ez az alázat legnagyobb leckéje, sokat kell még erről tanulnom. Volt, amikor ezt jól meg tudtam élni, ez egy kemény, folyamatos munka.” (Sára, 29)

„Egy darabig nem tudtam, hogy terhes vagyok, és amikor rosszul voltam, azt hittem, gyomorrákom van. Bár csináltam tesztet, de negatív lett. Végül a vérvizsgálatból kiderült. Olvastam feminista könyveket, meg voltam győződve róla, hogy semmi szükség nincsen még egy gyerekre. Az első iszonyú energikus. Nem tudtam elképzelni, hogy még egy gyerekem lesz, amikor végre tudok jönni-menni, visszakaptam a testemet. Komoly kérdés volt, hogy legyen-e, de arra jutottam, hogy nem tudnám megszakítani ezt a terhességet, annál már az is jobb, ha megszületik. Elkezdtem vele tárgyalásokat folytatni. Eldöntöttem, hogy ez egy jó gyerek, meg akar születni, hát szülessen.” (Anna, 30)

„Nemigen tűnt föl, hogy kimaradt egy hónap, nem írom. Kilenc hetes voltam, egy betegség kapcsán vettem észre. Nem vagyok elvakult vegetáriánus, de jól esik. Egyszer csak megkívántam a grillcsirkét, bort is ittam hozzá, és kihánytam az egészet. Volt itthon teszt, korábban bevettem esemény utánit. Most pozitív lett. Lerohantam egy másik tesztért. 12 hétig lehet dönteni, hogy megtartom-e, ehhez el kell menni családsegítőhöz, beszélni pszichológussal, kapok pecsétet, azzal lehet menni abortuszra, rendezni kellett a dolgot. Nem volt evidens, hogy elvessek egy gyereket, az enyémet.” (Zselyke, 32)

Jellemző motívumként bukkant fel a változástól való félelem (31/16).

„Fizikailag nagyon jól viseltem. Csak a menstruáció elmaradása jelezte, hogy babát várok. Semmit nem híztam, mindenki csodámra járt. Voltak idegeskedéseim, párkapcsolati gondok, szerintem emiatt sem híztam. A párom büszke volt rám amúgy, hogy milyen jól viselem. A gondjainkat leszámítva, a babával kapcsolatban be voltam tojva: most gyereket szülök, és egész életemben a nyakamon lesz. Mindketten akartuk, de főleg én, a párom örömet akart okozni nekem, hogy babát ad nekem. Szerinte én már akkoriban csak a szüléssel foglalkoztam. Akkor már nem leszek olyan szabad.” (Hanga, 33)

„A vége nagyon megviselt, olykor egész nap bőgtem. A terhesség amúgy nagyon jó volt, de féltem a testi változástól, a hízástól, hogy mi lesz a két gyerek között, depressziós voltam, rosszul voltam, de akit ismerek, mind így volt vele.” (Panni, 29)

„Néha ijesztő is. Vagy mindig. Ott lesz majd a baba, változni fog a kapcsolatom, a család, de inkább pozitív.” (Sarolta, 33)

„Mielőtt várandós lettem, elképzeltem, milyen szép lesz, és mivel egészséges vagyok, nyilván nem lesz semmi baj ... és ehhez képest jött egy minden szorongással és testi-lelki görcsökkel teli állapot, amikor még náthás sem lehettem nyugodtan, mert „árt a babának“. Rossz lakáskörülmények között, húszévesen, mindenki által kioktatva, mert mindenki idősebb, tapasztaltabb és jobban tudja, mi jöhetett volna még? Olyan bátor és elszánt lettem, hogy magam is csodálkozom rajta. A várandósság hármunk [férje, ő és a baba] nagy hőstette volt.” (Dorka, 23)

A félelem sokszor az anyaságra való alkalmasság bizonytalanságából fakad (16/7).

„Furcsa volt. Ő tervezett baba volt. A férjem jobban várta, én féltem egy kicsit, aggodalmas voltam, hogy milyen leszek anyaként. Sosem voltam olyan, aki odavan a babákért, üngyüri-büngyürizik, de most már őszintén jön.” (Anikó, 32)

A várandósság alatti bizonytalankodás, önértékelési problémák az említett esetek döntő többségében az első várandósságra vonatkoztak (34/30). Az aggodalmaskodók viszonylag

magas aránya arra enged következtetni, hogy az otthonzülőkre jellemő magabiztosság nem feltétlenül egy személyiségből fakadó, már eleve magukban hordozott önbizalmat jelent, hanem sokkal inkább az otthoni, önálló szülésből merített magabiztosságot. Noha ezt a magabiztosságot hivatott felerősíteni a felkészítő tanfolyam, hiszen a fő hangsúly a nőbe, az anyába, a természet működésébe vetett bizalmon van, a személyiséget alapvetően átható önbizalmat a valóságban megélt cselekvés (a természet, illetve a nő maga irányította szülés) határozza meg. Ez a tapasztalati tudás indukálja, felerősíti, igazolja azt a bizalmat, amit az otthonzülők a női tudásba, a szülés erejébe vetnek, amely azonban az otthonzülés értelméről való diskurzusban a retorika szintjén nem adható át. Ez is oka lehet annak, hogy az elméleti szócsatában olyan nehezen közelednek egymáshoz a vitázó felek álláspontjai.

A szülésfelkészítő tanfolyam fontos szerepet játszik abban az otthonzülőkkel amúgy is jellemző önfelnevelésben, amely elsősorban azt célozza, hogy a várandós, majd szülő nő – „felhasználói szinten” – tisztában legyen a test és a szülés fiziológiájával, annak dinamikájával, a patológiára utaló jelekkel, az újszülött szükségleteivel, s mindeközben ne maradjon egyedül a várandósság és a szülés kapcsán felmerülő elméleti, gyakorlati, lelki kérdésekkel. Ez a célzott felkészítés a felkészültség érzésével tölti el a várandós nőt, amely egyfelől konkrét ismeretek elsajátítását jelenti, másfelől az önbizalom erősödését.

„Az otthonzülés segített feldolgozni a másik két szülést. Visszakaptam az önbizalmamat, hogy mint nő, tudok szülni, mint a nőstényállat, akit békén hagynak. Zs-nál [kórházban született kislánya] nem hittem, hogy tudok szülni. Akkor nem tudtam én magam lenni szülés közben, csak a külső információk alapján tudtam tájékozódni. Cs-nál magamtól tudtam mindent, egyszer kértem Ágit, hogy vizsgáljon meg, de csak hogy igazoljon, hogy érzem, mi történik bennem, hol tart a baba. Ha nincs Geréb Agi, akkor is meg tudtam volna szülni, erre is akkor jöttem rá. A következő gyereket is itthon fogom szülni.” (Zsuzsa, 33)

„Azért vagyok más attól, hogy így szültem, mert így tudtam kitéljesezni. Az, hogy magától megoldódott, felengedett bennem régi görcsöket. Ez hozzájárult a fejlődésemhez, mint felnőtt ember. Amikor így születik egy gyerekem, tanulok sokat az anyaságról, jobb anyja leszek a többinek.” (Panni, 29)

A narratívákban olykor (50/8) párkapcsolati problémák bukkantak fel a várandósságról való beszámolóknak, ami még fontosabbá teszi a lelki támogatást, felerősíti az erre való igényt. A probléma sokféle lehet, de a szülést érintő diskurzusban a leggyakrabban abban jelenik meg, hogy nincs egyetértés a gyermekvállalás és a szülés módjának kérdésében, illetve a szüléssel, anyasággal, férfi-női szerepekkel kapcsolatos elméleti kérdésekben.

„Amikor A. fogant, [a párom] elvesztette a munkáját, Á-t még szoptattam. Éjszaka titokban néztem meg a testet. Amikor megtudta, sokáig mondta, hogy ne tartsuk meg, nem volt pénzünk. Kialakult a babával egy védés dacsövetség, hogy védem őt a testemmel. Nagyon örültem, hogy a Jóisten ilyen jól elrendezi, hogy az anya hordja őt a testében, nem az apuka, aki sokkal racionálisabb. Én is tudtam, hogy nem akarom az egyetemet abbahagyni, se halasztani, és lelkifurdalásom is volt, hogy ennyi stressz, éjszakázás nem árt-e neki. Nagyon szerettem a pocimat, hogy érzem, hogy nő, hogy mozog. Volt izgalom, hogy túl kicsi, aztán mégse.” (Erzsi, 24)

„Befelé nagyon jól [éltem meg a várandóságot], a párommal nagyon rosszul. Tíz éve tartó kapcsolatunkban a várandósság hónapjai voltak a legnehezebbek érzelmileg-lelkileg.” (Bogi, 30)

„Magát a szülést, várandósságot nagyon jól [éltem meg], de a párkapcsolati problémák beárnyékkolták nekem ezt az időszakot meglehetősen erőteljesen, nagyon negatív irányba.” (Judit, 33)

A probléma nagy hangsúlyt kap a felkészítés során is. Otthonszülést pártolókkal készített interjúkban többször elhangzott, hogy az otthonszülés egyik igen fontos, jótékony hatása a házaspár kapcsolatában jelenik meg, amely mintegy a valódi közös élmény kapcsán megerősíti azt. Később azonban maga Geréb Ágnes nyilatkozott úgy, hogy ebbéli hipotézise megdőlni látszik, mert több olyan házasság futott zátonyra, ahol az otthoni szülések megerősítő és élményszerű megélése miatt a párok kapcsolatának megszilárdulását jósolta.<sup>270</sup> A kérdés felvetése azonban élesen kirajzolja azt az értékrendet, amely a házasság kérdésével kapcsolatos. A probléma hangsúlyozása kiemelten kezeli a családot, a család egységének fontosságát, ami saját kutatásom adatai szerint elsősorban nem a férfi vagy a nő individuálisan megélt boldogságát célozza, hanem a gyermekek egyensúlyérzését (50-ből 44 asszony illetve a házasságot pozitív jelzőkkel, akkor is, ha esetleg maga nem részesült benne, s közülük 38-an a házasság legfőbb céljaként a gyerekek érdekeit említették), ami a boldogság másokon keresztül való megélésének felfogásán alapszik.

A belső lelki béke olykor a vallásos hittel mutat párhuzamot, amely a várandósságról szóló verbális kifejezésmódban is megmutatkozott. Az otthonszülő nők hitbéli meggyőződéseinek jellemzőire a későbbiekben térek ki.

„Hát az nagyon szép volt. Ez szerintem egy különleges kegyelmi állapot. Itt valahogy a teremtésbe így beleszövődik az egész és valami teljesen különleges állapot. Azt vettük észre, hogy így, mintha különleges őrangyalok lennének körülöttünk és minden olyan ajtók megnyíltak előttünk, amik előtte úgy tűntek, hogy nem tudunk áttörni rajtuk. Megoldódtak dolgaink. Lelkileg nagyon sokat formált. Erre is meg kéne tanítani az anyákat, hogy odafigyeljenek belülről. Akkor, amikor elkezdünk arról kérdezősködni, hogy mit mértek, mennyit híztál, mennyi a vércukrod stb...értékek és számok. Onnantól kezdve ez a fajta belső lelki állapot elmegy másfelé. Ezért tartom nagyon-nagyon veszélyesnek a mostani terhesgondozásban ezt a mérhetetlenül sok számot, mert elvonja a mamák figyelmét a kisbabákról.” (Annamari, 38)

A pozitív érzések rendre a magzattal való közösség-érzésben, a lelki kapcsolatban nyilvánulnak meg. Ennek tudatossá tételéhez nagyban hozzájárult a „lelki köldökzsínór” néven ismertté vált jelenség, ami elsősorban dr. Raffai Jenő<sup>271</sup> és dr. Hidas György<sup>272</sup> nevével

<sup>270</sup> „Kezdetben – biztosan sokan emlékeztek még rá – gyakran hangoztattuk, hogy az otthonszülők körében milyen ritka a válás, sőt, elő sem fordul. Később, látva ennek tarthatatlanságát, úgy gondoltuk, hogy ritkább a válás és később történik, vagyis az otthonszülők tovább kitartanak egymás mellett. Ma, ha valaki betéved hozzánk információs este, már nem hall erről a témáról.” <http://www.szules.hu/index.php?id=1905&cid=23774> (Letöltés ideje: 2006.12.01.)

<sup>271</sup> RAFFAI 2002

<sup>272</sup> HIDAS-RAFFAI-VOLLNER 2007

fonódott össze, s amely a kapcsolatanalízis különleges formáját dolgozta ki.<sup>273</sup> A téma, a módszer, illetve csupán a létezésébe vetett bizalom hatékonysága evidencia az otthonszülésre felkészítő kurzus során, így gyakran felbukkan a várandósságról szóló diskurzusban.

„Én nagyon örültem neki, és egy egészen másfajta ember lettem tőle, hogy most itt van. És mondom, hogy végig a várandósság alatt is már itt volt közöttünk, és... mindenfelét úgy csináltunk és gondoltunk, hogy ő már részese az életünknek.” (Petra, 43)

A várandósságot jellemzően az anyaság részeként definiálják az otthon szült édesanyák, ami véleményem szerint a tudatos készülődés eredménye. Ennek során olyan technikákat, módszereket, szokásokat ismernek meg, ami a legszélsőségesebb esetben is legalábbis kérdésessé teszi az anya-gyerek kapcsolat kialakulásának és az anyává válás idejét, de sokkal inkább kitolja az anyaság státuszának határát a fogantatásig.

„Életadásként éltem meg, de a várandósságot is. A kettő közt különbséget nem tudok mondani, az anyaság része, egy folyamat. Kíváncsian és türelmetlenül vártam.” (Boróka, 28)

„Nem tudom elválasztani a várandósságra készülést, a várandósságot és a szülést, mert mindez egy igen mély belső folyamat volt számomra. A várandósságra készülés egy testi-lelki-szellemi előkészület volt, a várandósság egyfajta kivirágzás, a szülés pedig ennek a folyamatnak a betetőzése, ahol a hangsúly végig a testemmel, a benső folyamataimmal és a babával való „kommunikáción” volt. A szülés számomra egy átlényegülés, átalakulás volt, életem talán legmélyebben megélt belső élménye. Azzal a tudattal gondolok vissza rá, hogy a legjobb születéseményt adtam a kisbabámnak, amit csak képes voltam, hogy mindaz belőlem fakadt, amit adtam, és hogy mi ketten bármit véghez tudunk vinni együtt, mert hihetetlen erő köt össze bennünket.” (Edit, 34)

A szülés természetével kapcsolatban gyakran hallottam otthon szült édesanyáktól Sheryl Feldmant<sup>274</sup> idézni, alábbi gondolatára hivatkozni: „Van egy erő, ami szüléskor eljön a nőhöz. Nem kéri, egyszerűen csak elárasztja őket. Összegyűlik, mint a felhő a szemhatáron, átsuhan az égen, és magával hoz egy gyermeket. Penny és én is tapasztaltuk ezt. Penny, miközben egyik kezét egy asszony térdére fekteti, látja, hogyan lopakodik be ez az erő a fénytelen vajúdásba, és hogyan tölti meg ragyogással, miközben a gyermek megszületik.” Sokan sokféleképpen nevezik meg ezt az *erőt*, de közös, hogy egyrészt részét képezi a szülés

<sup>273</sup> Az elmélet Lester Sonntag német gyermekgyógyász megfigyelésén alapul, aki háborúban fogant babák körében világitott rá elsőként a prenatális lét pszichológiai szempontú vizsgálatának fontosságára. Eszerint a prenatális stressz hatása a személyiségfejlődésre generációkon is átnyúlik: a gyerekek felnövekedve szorongók, konfliktuskerülők, visszahúzódók voltak, és növekedett körükben a szkizoid és depresszív zavarok száma. A prenatális pszichológia egyes kutatói arra a következtetésre jutottak, hogy téves az értelem és érzelem nélküli magzatról kialakított képünk, ugyanis a magzat érzékszervei már azelőtt elkezdnek működni, mielőtt teljesen kifejlődnének. Az anya-magzat kapcsolatanalízis módszerének alapja az a tény, hogy a baba érzelmi élete az anyjától nem választható el. E felismerést felhasználva a szerzők olyan módszerekkel ismertetik meg az anyákat, amelyek jótékonyan hatnak az anya-gyermek kapcsolatra, illetve a gyermek személyiségfejlődésére.

<sup>274</sup> ARMSTRONG – FELDMAN 1995: 16-17

természetéről való reprezentációknak, másfelől pedig, hogy mindig tapasztalati tudásként jelenik meg a róla való diskurzusban.

„[...] Mert ha tudnák, akkor tudnák, hogy milyen hatalmas ereje van a szülésnek magának, tudnák, hogy különleges állapotba kerül az asszony. Különleges támogatói vannak magának a szülésnek, az ég és föld mintha egy picit összeérne és kinyílik a mennyország és ott van a teremtés. Ha hagyják a szülést békén, akkor ezek az erők ott vannak.” (Annamari, 38)

„Azt érzem, hogy valamit továbbadunk a generációk során, a női erőt” (Adél, 36)

„Muskotályos zsályával borogatták a hasamat, forró pelenkákkal, és egyszerűen, ahogy jött a görcs, és rátették ezt, elszállt. Teljesen elszállt, az a rettenetes, az utolsó, az elszállt... az *erő* az megmaradt, az megvolt.” (Lujza, 37)

Ez az erő rejlik azokban a csak nők számára megtapasztalható jelenségekben, amelyekről elsősorban a háborítatlan szülés esetében lehet hallani. Ilyenek például az úgynevezett szüléshangok, azok a hangok, amelyeket a szülő nő ad ki vajúdás közben, módosult tudatállapotban.

„Ami még érdekes volt, hogy jöttek a szüléshangok. A szüléshangok azok nagyon érdekesek. Olyanok, mintha valahol a földnek a mélyéből évmilliók morajlás törne föl. Geréb Ági azt mondta, hogy a szüléshangok mindenhol ugyanolyanok. Mindegy hogy az ember Afrikában vagy Európában hallgatja. Ez annyira speciális, hogy egyszer meg kellene kérni, hogy kottázza le, mert annyira egyforma. Mérhetetlen erőt ad. Nem tudod kontrollálni, maximum ha rád szólnak, akkor abba tudod hagyni. De egyébként jön. Ha ezek jöhetnek, nagyon sokat segítenek. Ez olyan, mintha mögöttünk lévő generációk asszonyai mögöttünk állnának és segítenék a szülést.” (Bori, 38)

Ezen „erő” említése, hangsúlyozása rendszerint igen téves irányba viszi el a háborítatlan szülésről való gondolkodást, mert a kívülállók számára a jelenség misztifikálja az otthonszülést. Maguk az otthon szült nők rendszerint (azok közül, akik említették (50/34) 29-en) úgy beszéltek erről az *erőről*, mint természetes, pszichológiai jelenségről, amely mint ilyen a természet által az emberből magából fakad, tehát nem valamifajta külső, netán transzcendens segítségként utaltak rá, noha erre is volt néhány példa. Az *erő* megtapasztalása – az otthonszülők szerint – a háborítatlan szülést átélők privilégiuma, s mint ilyen, tárgyát, s részét képezi az otthonszülésről szóló belső (tehát nem a kívülállók felé forduló) diskurzusnak, ennek folytán léteznek bizonyos elvárások is vele kapcsolatban. Ha nem is azt állítom, hogy annak, akinek sikerül a szülését háborítatlanul átélnie, annak találkoznia is *kell* ezzel az erővel, de azt állítom, hogy ezen élmény egyfajta beavatottságot jelent, s részét képezi annak az identitásnak, amely az otthonszülést megélt nők java részének sajátja. Ez az egyik olyan momentum, amire utalnak, amikor arról beszélnek, hogy képtelen a szülés természetéről beszélgetni egy olyan nő, aki háborítatlanul szült és egy olyan, aki nem. És ez is oka annak, hogy nehéz a párbeszéd az *erőt* számtalanszor megtapasztalt, s akár élményszerűen is megélt bábák és a kórházi orvosok

között. Az *erő* megtapasztalásával kapcsolatban tehát úgy vélem, létezik az otthonzülők körében egyfajta elvárás, ám a gyakorlatban felkészülni rá nem lehet.

Az otthon szülő nők felfogása szerint a szülés akkor halad jól, ha magától halad. A szülés folyamatába való mindenfajta befolyást beavatkozásnak tekintenek. Az otthoni szülés preferálásának megindoklásában szinte minden esetben elhangoznak azok a mondatok, amelyeket Geréb Ágnes több megnyilatkozásából már ismerhetünk, s amelyeket mára már közismertségük s ebből adódóan hitelesként való elismertségük a legitimáció egyik forrásává tette őket az otthonzülők számára: “[A szülés] akkor megy jól, ha nem az orvos irányítja, nem is én, nem is ő maga, hanem a természet.”<sup>275</sup> „Ha arra gondol, hogy egy vajúdó állapot kimozdítanak a helyéről, akkor könnyen belátható, hogy már maga a kimozdítás ténye is megváltoztatja a szülés menetét. De ugyanez fordított helyzetben is igaz: ha egy nő a kórházban érzi magát biztonságban, akkor neki az a patológiás, kóros megváltoztatás, hogyha őt otthonra tereljük szülni. Az lenne az ideális, hogy aki a kórházban érzi a biztonságot, az ott szülhetne, aki meg otthon, az meg ott.”<sup>276</sup>

A holisztikus szülésmodell, illetve a bábai szemlélet legfontosabb deklarált célja az anya-gyermek kapcsolat harmonikus kialakulásának biztosítása. Ennek módja a fent említett tudatos szülésfelkészítés és -felkészülés, amit a magabiztos szülőszerep kialakulása feltételének tartanak. Hangsúlyos a várandósság alatti lelki kapcsolat megélésének segítése, a szülés háborítatlan kísérése és a „gyengéd” átmenet biztosítása, a szülést azonnal követő vizsgálatok minimalizálása és a drasztikus módszerek kerülése, az anya és a csecsemő folyamatos együttlétének biztosítása, a korai mellretétel, illetve a gyakori szoptatásra való buzdítás. Eközben pedig fontosnak tartják kerülni, hogy az anyát és rajta keresztül a magzatot, majd az újszülöttet bármilyen extrém stressz érje, ami gátolja a szülési folyamatot, illetve az anya és az újszülött meghitt találkozását, a szenzitív időszak háborítatlanságát. Ezen elvek a felkészítő tanfolyamon vagy az anyák részéről nem tételszerűen fogalmazódnak meg, ám e hozzáállás jótékony hatása evidenciaként jelenik meg a szülésről való diskurzusban.

“Nagy különbség volt ebben is ez otthonzülés és a kórház között. A-nál segítség nélkül kellett megtanulnom, mi ez a feladat, emiatt görcsös voltam, a gyermekágyi depresszióra is kihatott. Két hónapig nem aludt éjszaka, ringattuk, minden sírásnál felvettük. Nehéz volt az anyává válás folyamata. A második gyereknel már lazábban vettem, a szülés előtt egy hónappal még szoptattam. A gyerekek közt is volt különbség, aminek szerintem a szülés az oka. Az első kettőben volt bizonyos görcs az iránt, hogy bármikor elvehetik tőlem őket, ami ellen én nem tehetek, kapaszkodnak belém. Ez akkor tudatosult bennem, amikor otthon szültem. Cs. más, nem fél. Az a fokú bizalom van benne, ami az első kettőben nem. Kevésbé van elkényeztetve, nem veszem föl olyan sokat, de

<sup>275</sup> FARKAS 1999: 50

<sup>276</sup> Interjú Geréb Ágnessel. [http://www.szules.hu/letters\\_harman\\_a\\_haboritatlan\\_szules.htm](http://www.szules.hu/letters_harman_a_haboritatlan_szules.htm) (letöltés ideje: 2009. 03. 11.)

nem veszti el a bizalmát. Ezt annak tudom be, hogy megszületett, és egy pillanatra sem vették el tőlem.” (Csenge, 33)

Az anyák legnagyobb része (50/37) úgy érzi, hogy a felkészítés – aminek elsődleges célja a szülés-születés holisztikus szemléletének átadása, az információnyújtás annak reményében, hogy egy komplikációmentes szülés esetében a nő valamennyi, a szülés és a gyermek fogadása körüli teendőt képes lesz önállóan ellátni, és nem szorul rá arra, hogy mások hozzanak döntéseket a nevében, érte –, hatással volt gondolkodására és segítette a szülés természetének megértésében.

#### 2.4. Félelem és fájdalom

A fájdalom megélése és értelmezése nemcsak szubjektíve egyénileg, hanem kulturálisan sem egyetemleges. A fájdalom érzékelése függ az adott szituáció értelmezésétől is, ami a szülés esetében különös hangsúlyt kap. A szülés kapcsán használatos kifejezések szuggesztív hatásuknál fogva erőteljesen befolyásolják a fájdalom érzékelését és értékelését, ezáltal gyakorolva nagy hatást a félelem kialakulására és mértékére. Ebben az összefüggésben kap hangsúlyt, hogy ki a szülés főszereplője, ki kontrollálja a szülést?<sup>277</sup> Az otthoni szülés háttérét biztosító holisztikus szülésmodell egyrészt a technokrata szüléskultúrától eltérő igényeket megfogalmazva maga is eltérő fájdalomélményekkel dolgozik, másfelől a fájdalom „kezelésére” is alternatív technikákat használ. Gyakorlóit a félelem legyőzésének titkát a tudásban látják. Ezt a tudást egyrészt a már sokat emlegetett tudatos felkészülés biztosítja, másfelől pedig az az empirikus tudás, amit a nők saját szüléseik alkalmával halmoznak fel, s amelyben olyan nők segítségére számíthatnak, akik szintén tudnak saját tapasztalatukból táplálkozni.

Ha tehát az otthoni szülők körét jellemző gondolkodásmódot egy megkülönböztethető kulturális egységként értelmezzük, úgy a fájdalom és a félelem érzékelését és értelmezését is kulturális sajátosságként foghatjuk fel, amely – egyébiránt – igen érzékletesen jellemzi azt az attitűdöt, ahogyan az otthoni szülők az életadás kérdéséhez, illetve annak lehetséges kereteihez viszonyulnak.

---

<sup>277</sup> „Az, hogy hova helyezzük a kontrollt, azt éljük-e meg, hogy az események általunk befolyásolható módon történnek-e, alapvetően meghatározza azt, hogy az adott testi történéseinket fájdalomként kódoljuk-e, hogy mennyire érezzük őket fájdalmasnak, és milyen jelentést tulajdonítunk ennek a fájdalomnak.” (VARGA – SUHAI-HODÁSZ 2002: 105)

„Egy másik dimenzióba kerül az ember. Közé sincs a hétköznapi világhoz. Sokkal nagyobb erők dolgoznak. Ilyenkor az ember ott van az élet ütőerénél. Persze van fájdalom, de annál sokkal több történik. A természet engedi kibontakozni ezt . . . , a kozmikus léttel egyesülés, energiaáramlás. Olyan, mint egy halálos beteg ágyánál ülni. Bár ezt még nem éltem meg. Ezek az élet alapérzései, ami fontos. Ott vagy az élet gyökerénél. Amikor a legközelebb vagy a szellemi világhoz. Mint egy intenzív szerelmi élmény, ami csak nagyon ritkán adatik meg. Amikor megszűnik a külvilág”. (Timi, 37)

Noha a fenti leírás nyilvánvalóan nem kizárólag az otthoni szülésre vonatkozhat, a szülés *élményként* való megfogalmazása, ami magát a fájdalmat is élményként fogja fel, fontos jellemzője az otthoni szülés-felfogásának. A fájdalom értékelése és a félelem kérdése máskülönben is sarkalatos pontot jelent a szülésről való gondolkodásban. Az otthoni szülés esetében a hangsúly nem magán a fájdalomon van, hanem annak értelmén. Ez azt jelenti, hogy az otthoni szülést választó nők mindig igényt tartanak arra, hogy megismerjék a szülés fiziológiáját, azt, hogy a várandósság és a szülés alatt milyen változások történnek a testükben, illetve azoknak mi a jelentősége a magzat és saját egészségük szempontjából. A szülésről, mint természetes folyamatról való gondolkodásnak egyenes következménye, hogy a várandósság-szülés-születés hármasságát egy egységes és tökéletesen felépített folyamatként értelmezik, ahol minden történésnek célja és értelme van. Ez nem azt jelenti, hogy passzív módon viselik és „túlélnek” a szüléssel együtt járó fájdalmat, nem is azt, hogy nem vesznek róla tudomást, hanem sokkal inkább azt, hogy igyekeznek felhasználni abban, hogy a szülést a maga valóságában éljék meg, egyfelől – elsősorban Odent-ra utalva<sup>278</sup> – ismerve és elismerve annak jótékony hatását, másrészt annak tudatában, hogy a természetes úton zajló szünetés biztosan nincs káros hatással a magzatra, míg ez a mesterséges fájdalomcsillapító szerekről nem állítható biztosan. A fájdalom tehát kulcsfontosságú a szülés értelmezésében, ugyanis meggyőződésük, hogy a fájdalmat mesterséges úton csökkentő vagy megszüntető technikák megfosztják a szülést hajtóerejétől: a természetes erőitől.

A fájdalmat az otthon szült nők a szülés és a szünetés szerves és természetes részének tekintik. Bár a nyugati modern kultúrákban a fájdalom eleve negatív értelemmel bír és a test diszfunkcionális működésére utal, a holisztikus szemléletmódra támaszkodó otthoni szülés esetében egy alternatív fájdalomértelmezéssel találkozhatunk.

„Tudtam, hogy a fájdalom normális velejárója, próbáltam elviselni. Vártam, tudtam, hogy ez jó. Volt fürdő, masszázs. Tudtam, hogy főlegesen küzdeni ellene.” (Vivien, 32)

A fájdalom „leküzdésének” egyik módja a fájdalom elfogadása. Ez nyilván egy tudatos döntés, ami azonban éppen a tudatos én kikapcsolását jelenti.

<sup>278</sup> Megkérdezettjeim többsége (50/34) olvasta valamelyik Odent-kötetet. Az otthon szült nők által hivatkozott várandósságról, szülésről és babaápolásról szóló irodalom említési arányait lásd az V. függelékben.



„Az elsónél megpróbáltam elfojtani, kialakult a fájásgyengeség, nem akartam, hogy rám törjön. Nem is ment. A másodiknál tudtam, hogy ez így jó, így kell lennie, átadtam magam neki, onnantól kezdve szinte nem is voltak fájásaim. Tudtam, mi volt a baj az elsónél. Ez a tolófájásnál volt, a másodiknál nemigen volt vajúdás. Az elsónél nagyon szép volt a vajúdásom. Masszíroztak, simogattak. A másodiknál [...] a kádban állva egyedül voltam – ez jó volt –, közben jött [...] egy másik bába]. Nem volt a lakásban fűtés [november volt], csak a fürdőben volt meleg. Ahogy ott álltam, éreztem, hogy jön a baba. Ez van, ezt kell most túlélni, átadtam magam a fájdalomnak, onnantól kezdve nem fájt, úgy éreztem, megyek szét, mindenemmel nyomtam.” (Nóra, 31)

A szakirodalmi és gyakorlati ismeretek, amelyek segítik a szülő nőt abban, hogy ne túléljék, hanem megéljék a szülést, gyakran a narratívákban is megjelenik. Interjúalanyaim közül 29-en hivatkoztak „tudományos” magyarázatokra. Ez az érvelés egyrészt a kívülállónak szóló magyarázó-meggyőző attitűd megnyilvánulása, másfelől egy önigazolási folyamat része.

“ [...] az a helyzet, hogyha hagyják a szülést a maga útján menni, akkor egy csomó olyan belső elválasztású hormon indul be, ami nagyon erős fájdalomcsillapító meg tudatmódosító. Olyan, mintha kapnál egy adag morfiomot. Úgy hívják, hogy módosult tudatállapot...abban van a mama. És akkor egyszer csak éreztem, hogy az lenne jobb a babának, ha tolnám lefelé egy kicsit, de ellen tartani neki, mert nagyon nyomott a lábával és úgy éreztem, hogy nem tud megkapaszkodni sehol, és akkor odaraktam a kezem és onnantól kezdve ment.” (Bori, 38)

Mint küszöbesemény is megjelenik a narratívákban a fájdalom átélése, mint a státuszváltás „próbatétele” (saját mintámban 8 esetben).

“Fontos kihívás volt számomra maga a fájdalom megélése, minden nő számára ez fontos állomás.” (Sára, 29)

Az általam megkérdezett anyák közül egy sem számolt be kénként megélt szülési fájdalomról. Arról viszont igen, hogyan telítődtek a fájdalommal, amely segített átbillenni egy másfajta tudatállapotba.

„Elég furcsa lesz, amit mondok, de nincs igazán fájdalomélményem a szüléssel kapcsolatban. A kontrakciók erősödésével elindult egy belső utazás, egy módosult tudatállapot, amiből csak nagyon ritkán, egy-egy pillanatra jöttem ki. Együtt éltem a fájdalommal, együtt ringtam, táncoltam, mozogtam, és nem valami tőlem különállónak tapasztaltam. Arra a pillanatra emlékszem, amikor eltűnt a méhszáj és megindultak a tolófájások, az egészen más jellegű fájdalom volt, erősségében, irányában, úgy éreztem, mintha minden elindulna belőlem kifelé, lefelé, mintha én magam is eltűnnék, ebben volt valami ijesztő, de a váltás után ennek is beállt a ritmusa, és együtt tudtam létezni vele. A másik fájdalomélmény ahhoz kapcsolódik, amikor begörccsölt a vállam a támaszkodástól, ezt egészen más fájdalomként éltem meg. Ez külső volt, kellemetlen, oda nem illő. A szülési fájdalmak én magam voltam, azokat nem kellett kezelni.” (Helga, 34)

„Ez a fájdalom más, mint egyéb fájdalmak. Tudod, hogy ennek van ára, és tudod, hogy cserébe kapsz egy babát. Ez egy másfajta tudatállapot. Megtapasztaltam, hogy erős fájdalom hatására erős kényszer dolgozik a fájdalomra, és ez fájdalomcsillapítással jár. Nagyon félsz és akkor egyszer csak azt mondod, hogy ez tök jó, ahogy így eláraszt. Szerintem ilyen lehet a kábítószert.” (Vera, 36)

Bár a szülési fájdalmat rendre fájásként említik maguk az otthon szült nők is, a kifejezés mögöttes tartalma gyakran pozitív jelentéseket hordoz. Válaszadóim körülbelüli fele (50/16) említette a fájdalmat pozitív összefüggésekben.

„Vártam a fájást, mert nagyon jó érzés volt. Arra számítottam, hogy nagyon fog fájni, ehhez képest nagyon jó volt. Könnyebb volt, ha üvöltök.” (Júlia, 23)

Viszonylag gyakori (50/19), hogy az otthon szült asszonyok a vártnál jóval kisebb fájdalomról számolnak be. Ez betudható egyrészt a fájdalomélmény eltérő értékeléseinek, másfelől az alternatív fájdalomcsillapító technikák hatásának. Otthoni szüléseknél rendszerint a meleg víz fájdalomcsillapító hatását használják ki, muskotályzsályás, forró vizes borogatást használnak, masszírozást és a keresztcsont nyomását alkalmazzák.

„Nem éreztem olyan fájdalmasnak, bár másnap az ujjbegyemben is izomláz volt. A kádban sokkal jobb lett. Viszonylag magas a fájdalomküszöböm. A kórházban kiabáltam, de talán nem is a fájdalom miatt. Otthon még máshol voltak a gondolataim, a babára figyeltem, a körülöttem lévő emberekre.” (Fanni, 28. Végül kórházban szült)

A vízben szülés az otthoni szülés esetében a saját, fürdőszobai kádban való szülést jelenti, nem feltétlenül a vízbe merülve, de a víz fájdalomcsillapító hatását kihasználva. A víz sokrétű használata, elsősorban Odent-ra hivatkozva, fontos motívum az otthoni szülés során. Odent könyve, a *Mindannyian a víz gyermekei vagyunk*, saját mintámban az alternatív szüléset egyik legtöbbet említett könyve. Elsősorban e mű adja az otthoni szülők számára annak magyarázatát és igazolását, hogy a vajú nő reflexszerűen keresi a víz nyújtotta fájdalomcsillapítás lehetőségét.

“Aztán mondtam, hogy be szeretnék feküdni a kádba és akkor jött a muskotályzsályás borogatás, amihez például forró víz kell. Ezt a hasnak az aljára teszik. Azt csinálja, hogy ahogy nyílik a méhszáj és vele a környező izmok, azok fájnak, és ha odarakod, ezeket az izmokat pihenteti, meg fájdalmat csillapít. De ha kinyílik a méhszáj, már nem esik jól. Ez is egy olyan, hogy fölösleges a belső vizsgálat, mert ebből is lehet következtetni.” (Bori, 38)

„E-nál kellett fájdalomcsillapítás, ott illóolajos forró borogatást kaptam. Olyan forró volt, hogy a kísérőm kezén lehetett látni, hogy hólyagos, viszont nekem az kellett. Ide csaptam, oda csaptam, és az sokat segített.” (Liza, 36)

„A szülés alatt énekeltem is, tehát egy olyan artikulálatlan, nem sikoltás volt, hanem mélyről indult, és egy sikoltásba ment át. Ha el tudtam csípni a fájdalomnak az elejét, akkor fájdalmat csillapított. Ha nem tudtam elcsípni, akkor fáj. Ezek olyan ösztönből jövő dolgok, amiket te kitalálsz magadnak. Az egyik a víz volt, amiről nem gondoltam volna, hogy ennyit fog segíteni. Akkor abban a pillanatban ösztönösen jött, hogy víz, víz. Nem tudom hogy jött. Először nem akartam vízben szülni, ösztönösen jött. Mind a kétszer bejött, valami, ami kódolva van bennünk. Ha hagyjuk, akkor erőt ad, ha kívülről várjuk, akkor nem hiszem, hogy előjön. A kórházban eldöntik helyetted, hogy mi következik, mi a jó neked.” (Kitti, 36)

Sokan említették (50/28), hogy a segítő a keresztcsont nyomásával tudta a fájdalmat enyhíteni, amely gyakorlatot már a szülésre való felkészülés során elsajátította mind az anya, mind az apa – amennyiben jelen akart lenni.

„Hát mondom, hogy a ... az elején volt egy nagyobb, egy olyan, amit úgy fogalmaztam meg, hogy tudom már, hogy miért szoktak fájdalomcsillapítót kérni, meg... meg tényleg ez egy olyan érzés, hogy mindjárt szét fogok szakadni, de jöttek az endorfinok, és az egésznek egy más színezete lett. Tudatilag. Tehát... Nem is volt az olyan... Tehát ahogy az elején szinte ijesztő volt, hogy ez ennyire szörnyű, az nem tartott sokáig. És a fájdalomkezelésre pedig... A férjem, ahogy felébresztettem, ő emlékezett arra, hogy a keresztcsonti tájon nyomja

a hátamat a fájás alatt, és az nagyon jó volt. Hogy utána is végig a vajúdas alatt felváltva ő meg a dülám minden fájás alatt nyomták a hátamat.” (Petra, 43)

Szó sincs azonban arról, hogy a felkészülés mindenki számára abszolút önbizalmat ad. A hangsúly sokkal inkább a hozzáálláson van, és ritkábban ugyan, de még azon, amit az otthonszülés preferálásával elutasítanak.

“Egy csomó helyen nagy téma, hogy hogyan szülünk fájdalommentesen, ne féljünk a fájdalomtól. Nem tudtam, tudok-e majd együttműködni a természettel, hogy fogom elviselni a fájdalmat, akkor is ilyen nagyokos leszek-e. Könnyen mondhattam, hogy ezt meg ezt olvastam. Végül is ment, nekem sikeredett egy jó hozzáállást kialakítanom, nagyon gyorsan lement. [...] Anyukám és nagymamám azzal bosszantottak, hogy hány percesek a fájások. Úgy derült ki, hogy negyed órák, hogy a mamám negyed óránként felhívott. Aggódtam, hogy valóban túlhordom a babát, de attól még jobban féltem, hogy indokolatlanul, a biztonság kedvéért megindítják a szülést, féltem, hogy nem lesznek hozzám őszinték a kórházban. [Ezért nem ment be 10 nappal a terminus után sem]” (Hanga, 33)

Az önbizalom, amit az otthon szült nőknek az elmélyült és tudatos felkészülés nyújt, feltétlenül nagyban hozzájárul a félelem átértékeléséhez.

„A fájdalomtól nem féltem, csak például a fertőzéstől. Olyanoktól féltem, ami nem tette volna lehetővé az otthonszülést, mint például a koraszülés.” (Fanni, 28)

„Nem. A fájdalomtól pláne nem. Örömtelien, kíváncsian, izgatottan vártam. Csak kétszer jutott eszembe, nehogy valami rosszul menjen. Tudtam, hogy fájni fog, de annak van értelme. Főleg, ha hagynak békén, az kiteljesedhet. Attól féltem, hogy bejutok a kórházba, az otléttől. Az itteni bábánál<sup>279</sup> én voltam az első, akinél egyedül volt. Először féltem, mivel ez a bizalmon alapul, és én nem bíztam benne, de később ez teljesen elmúlt.” (Réka, 24)

„Nem, a folyamattal kapcsolatban semmiféle félelem nem volt bennem, sőt várakozás, izgalom, örömteli előretételek jellemezte. Két dolog miatt aggódtam. Az egyik, hogy ha netán kórházban végződik a szülés, hogyan birkózom meg a helyzettel, mármint a kórházi körülményekkel, a személyzet hozzáállásával, meg ilyesmi. Szerencsére erre nem került sor. A másik aggályos dolog az volt, hogy nagyon nehezet találtunk gyerekorvost, aki vállalta, hogy kijön otthon születtet újszülötthöz. Végül sikerült, boldogan vállalta egy orvos, aki az első napokban, hetekben sokat segített, és nem csak a baba körüli dolgokban, hanem rám is figyelt.” (Edit, 34)

A félelem tehát többnyire nem magától a szüléstől, a szülési fájdalom gondolatától jelenik meg, hanem sokkal inkább a szüléssel élettanilag nem együtt járó, mesterséges fájdalomtól.

„Nem akartam több fájdalmat, stresszt, mint ami okvetlen velejár. Érdekes kérdés a fájdalom, mert az alternatív szülés, alternatív fájdalomkezelést is jelent, nincs epidurális. Én tudtam, amikor ezt vállaltam, hogy nem lesz epidurális, és alternatív módja lesz a fájdalomcsillapításnak. Tudom, hogy a szülés fájdalommal jár, azzal is kell járnia, szerintem. Ez így van megcsinálva. Viszont a gátmetszés az nem, hogy van egy élő izmom, amit át fognak vágni, számomra ez elviselhetetlen. Ami fáj, legyen meg, de ha nem muszáj, akkor miért? Férfi agy. Ez olyan, mintha felemelném a késemet és ráfognám egy férfi vádlijára, hogy azt most átvágom. Férfinak kell ahhoz lenni, hogy ezt ne érezze át valaki. Ott van előttem egy élő dolog, és erre szikét emelnek.” (Karola, 36)

„Én is akartam menni a férjemmel Franciaországba, de szülni itthon akartam. Októbertől januárig ott éltünk, ott jártam sima terhesgondozásra. AFP-re tudatosan nem mentem el. A másodiknál is ott éltünk a terhesség első felében. Ott lettem terhes, elküldtek laborba, mindent levettek, ki is mutatták az AFP-vel, hogy baj van, menjek

<sup>279</sup> Egy vidéki nagyvárosban, aki Geréb Ágnesnél volt bábatanonc.

magzatvizsgálatra. Ágit felhívtam, aki megnyugtatót, hogy dehogy lesz baja, szülsz még egy gyönyörű kisbabát! Egyébként Angliában be is tiltották ezt a vizsgálatot, túl sok a tévedés.” (Orsi, 31)

„Nem. Az elsónél igen. A tanfolyam elrettenti az embert. Az információhalmaz. Sok filmet láttunk, a szenvedést, megkérdeztem magamtól, birni fogom-e?” (Betti, 31)

Gyakori analógia a szüléssel-születéssel kapcsolatban a halál. Megkérdezettjeim közül 18-an érintették a témát. Rendszerint nem mint a szülés lehetséges kimenetele jelenik meg, hanem mint a születés párja.<sup>280</sup> A szülés holisztikus szemlélete nem fogadja el a születés és a halál szeparációját az élettől, mivel a halált, úgy, mint a születést, fontos küszöbeseménynek tekinti, amely nélkül értelmezhetetlen az élet körforgása.

“Fontos behozni a családba a szülést. Mint a halált. Anyukám egy éve köztünk halt meg, így volt jó.” (Kati, 26)

„Közel áll a születés és a halál. Azt éreztem, hogy vagy megszülok, vagy meghalok. Nem rajtam múlik, hogy sikerül-e. Ehhez én kicsi vagyok, erről azok tudnának többet mondani, akik szellemtudományokat művelnek.” (Vera, 36)

Amikor felbukkan a szüléstől való félelem (50/5), rendszerint az okok is ismertek – legalábbis a szülő nő számára. Ez mindig valamilyen rossz tapasztalatot jelent: szülési- vagy születési tapasztalatot.

“Magamban mindig félttem a szüléstől, de az volt a lényeg, hogy legyőzzem a félelmemet. Jártam kineziológushoz pár alkalommal, elvben az feloldja a régi görcsöket, de nem sikerült legyőznöm ... a félelmemet. Nem tudom, higgyek-e benne. Talán az ötödik gyerek körül nem fogok annyira félni. Magamban kell ezt feldolgoznom. Én császárral születtem. A születés előtt mindig van egy holtpontra a kitolási szakasz alatt, amiben pár órát eltöltök, abban az intenzív szakaszban, és ennek az az oka, hogy én nem éltem át ezt a szakaszt. Az izmokban tárolódnak a régi dolgok.” (Zselyke, 32)

A szüléssel kapcsolatos félelem és a fájdalom megélése, illetve a fájdalomtól való félelem tehát nem csak egyéni habitus kérdése, hanem kulturális jelentésekkel is telített, hiszen értelmezése és felfogása könnyen befolyásolhatja az észlelés módját. Az, hogy a felkészülés hangsúlyai nem magán a fájdalomon, a fájdalom legyőzésének – többnyire mesterséges – módjain vannak, hanem annak értelmén és eredményén, megszabadítja a szülésről való gondolkodást a fájdalommal való azonosítás szuggesztív hatásaitól. Ennek következtében a szülésről való beszédben nem a negatív jelentésű fájdalom és annak kezelése jelent központi

<sup>280</sup> Nem véletlen, hogy a halál és a szülés-születés rehumanizációs mozgalma közel egy időben jelenik meg, hiszen a két esemény elválaszthatatlan egymástól, sőt, sok esetben – eltérő logikai rendszerekben - még a sorrend is kérdésessé válik. A halál és a születés, illetve a születés és a halál szorosan összefügg egymással a legtöbb tradicionális kultúra gondolkodásában, ám a modern nyugati gondolkodásmód elválasztotta egymástól a két eseményt. Mindkét folyamat hasonlóképpen problematikus a nyugati tudományos gondolkodás, illetve a medicina számára, hiszen mindkét esetben kicsúszik az irányítás az ember kezéből, így tehát fokozott felügyeletet igényel. Ez a felügyelet logikusan jóval könnyebben valósítható meg szeparált környezetben, így az élet e két végpontja a 20. század második felében kiszorult a mindennapi életből, és lassan tabutémává vált. Megtörtént tehát a szeparáció: egyfelől az elidegenedés bizonyos életeseményektől, másfelől a születés a haláltól.

kategóriát, hanem a pozitív megközelítésű szülésélmény. Ez azt jelenti, hogy amikor egy otthon szült nőt megkértem, hogy meséljen a szüléséről, akkor soha nem a technikai részletekkel kezdte (hol, mikor, kivel, milyen körülmények között), hanem legtöbbször (50/41) egy pozitív jelzővel ellátott belső észlelésről beszélt először, amiben soha nem szerepelt a fájdalom, mint élmény. Később is csupán 16-an hozták szóba a kérdést maguktól, a többiek csak kérdésemre válaszolva beszéltek róla. Az olvasott irodalom kapcsán például szinte mindenki kezébe vette a várandósságról és szülésről szóló népszerű, ám a kórházi szülésvezetésre felkészítő könyveket, de ezeket – két kivétellel, akik ezeket is hasznosnak találták – valamennyien hasonlóképpen kommentálták.

„Megijesztett. Arról van benne szó, hogy milyen rettenetes bajok történhetnek, amin én persze úgysem tudok segíteni, de majd az orvosok megoldják. Arról nincs benne szó, hogy *én* mit tehetek” (Boróka, 28)

Megjegyzendő azonban, hogy ez a kritika gyakran elhangzik mind a bábák és a dúlák részéről, mind az alternatív szakirodalomban, így ez az észrevétel tanulási folyamat eredménye is lehet, nem csak ösztönös reakcióé. A fájdalom holisztikus szemléletű felfogása véleményem szerint valamiféle elvárásként is jelen van az alternatív szülesmódot választók körében, ami persze nem teszi kevésbé értékessé pozitív pszichológiai hatásait. A fájdalom – bárhol is történjék a szülés – mindenütt tényszerűen jelen van a folyamatban, de hangsúlya, felfogása, „kezelése”, a hozzá való viszonyulás alapvetően meghatározza azt a környezetet, ahová az újszülött megérkezik.

## 2.5. Az új élet

A holisztikus szülesmodell a Leboyer-féle paradigmára épít, kiegészítve Odent szeretethormon-elképzelésével. Ez a hozzáállás a szüles-születés fókuszába hangsúlyosan az újszülöttet állítja, noha az irányzat szerint az újszülött érdekei azonosak az anya érdekeivel, így a rangsorolásnak ily módon nincs értelme.<sup>281</sup>

Az újszülött fogadásának technokrata módja iránti ellenérzés rendszerint nem a várandósság, esetleg a tanfolyam alatt alakul ki, hanem már eleve része az otthonszülest választókat jellemző gondolkodásmódnak.

„A legfontosabb, hogy a babának jó legyen. Én kibírom, ha tüzes késekkel szurkálnak is, ha tudom, hogy a babának az a jó. Itt nem csak az anya szül, hanem a baba is születik. A szüles fontos, de nincs olyan nagy hatása.

<sup>281</sup> Mégis fontos e tétel hangsúlyozása, mert az otthonszüles ellenében felhozott érvek közül az egyik éppen arról szól, hogy az otthonszüles számára saját szüles-élményük harmonikus megélése felülírja az újszülött érdekeit.

A baba számára sokkal nagyobb hatása van. Olyan, mintha valaki egy új világba születne. Nem mindegy, hogy fogadnak, inkvizícióval, vagy netán tárt karokkal.” (Adrienn, 24)

„A baba miatt. Hogy neki jó legyen. Második helyen pedig, hogy az anyukának jó legyen. A kórházban át kell menni az adminisztráción, van szabály, kényszer, aminek meg kell felelni. Ez nem a szüléshez való.” (Réka, 24)

Otthonszülésre vonatkozó döntésük okaként az édesanyák gyakran (50/36) jelölték meg a csecsemővel kapcsolatos kórházi rutineljárások kivédhetetlenségét.

„Éjszakára is elvitték, pedig kértem, hogy ne vigyék, erre a nővérke kirozott, a gyerekorvos be, felkapta, elvitte. Előtte mondták, hogy az én felelősségem, ha meghal, míg én alszom. A gyerekosztályon rengeteg macera érte, folyton becsaptak. Haza akartam jönni, de csak – szokás szerint – öt nap után engedtek haza. Úgy engedtek haza, hogy titokban, elbújva, mint egy bűnöző, szoptattam [hogy eleget gyarapodjon]. Még most sem tudom lenyelni Á. szörnyű szülését. Egy hónappal a szülés után tudtam, hogy a következőt otthon fogom.” (Erzsi, 24)

„Szerintem az egészségügy és az orvosok hozzáállása miatt [szülnek a nők otthon]. De lehet, hogy csak magamból indulok ki, de más anyukáknak is ez volt a véleményük. A hozzáállás a baj, a technika dominanciája. A lelki vonatkozástól függetlenek az orvosok, nem érezni, hogy itt egy kisbaba születik, nem közvetítik a csodaérzést, nem hagyják megélni, nekik ez csak rutin, hiányzik a szeretet, nekik ez olyan, mint a fogorvos, kihúznak egy fogat, kihúznak egy gyereket.” (Fanni, 28)

„Ami nekem nagyon fontos volt, az az, hogy ne vigyék el tőlem a gyerekeket. Ez abban az állapotomban, mert ugye egy állapotos nő teljesen más tudatállapotban van, szerintem, és egészen másként hangsúlyozódnak a dolgok a fejében. Abban a pillanatban az nekem nagyon fontos volt, tehát hogy mi az, hogy megszületik és egy pillantás a gyerekre, és elviszik. Számomra ez elviselhetetlen.” (Liza, 36)

Az otthoni szülést választók körében szilárd meggyőződésként jelenik meg az a nézet, hogy a háborítatlan szülés jótékony hatással van az anya-gyermek kapcsolatra, amely nem csak rövid távú hatást jelent, hanem hosszú távon is jelentkezik (e megközelítést 28-an említették maguktól, miután pedig rákérdeztem, három édesanya kivételével mindenki biztosított az összefüggés létezéséről, noha annak foka és az egyéb befolyásoló tényezők nem feltétlenül fedték egymást). Amit tehát általában az emlősökön végzett tudományos kutatások is igazolni látszanak<sup>282</sup>, az otthon szült anyák már empirikus tudásként közvetítik. Tapasztalatuk főként abban az esetben kap hangsúlyt, ha átértékelték már mind a medikalizált szülésvezetést, mind a háborítatlan szülés következményeit, s abban megfogalmazható különbséget találtak.

„Utólag azt mondom, hogy azért kell otthon szülni, mert sokkal jobb lesz a kapcsolat a gyerek és a szülő között. Három naposan nevetett hangosan először. És akaratlagosan! [...] Látod milyen az autonóm, háborítatlan ember. Ha harmadik gyerekem lesz, jobban fel fogok készülni az otthonszülésre, hisz az érzékszervei működnek, és emlékszik, ezt most már megértem.” (Bogi, 30)

Az otthon született gyerekek köldökzsinórját nem a kórházi rutin szerint vágják el, hanem egy olyan módszert alkalmaznak, amit az újszülött igényeihez igazítanak. Eszerint

<sup>282</sup> Pl.: BRIDGES 1977: 487-490, SIEGEL-GREENWALD 1978: 147-149, BLAUVELT 1956, HARLOW 1963, AINSWORTH-BOWLBY 1991: 333-41, MOSS-CONNER 1982, KIMBALL-CHANG 1987, ODENT 1987: 104-105.

mindig megvárják, amíg a köldökzsinórban a pulzálás megszűnik, s 6-8-10 centiméterre egy adott helyen beszűkül. Ekkor a köldökzsinórt a még lüktető rész fölött vágják át, így az otthon született kisbabáknak hosszabb köldökcsomkja van, mint a kórházban születetteknek. Ezt a holisztikus szülésmodell követői egyfelől azzal magyarázzák, hogy a természet utat mutat a feladat megoldásához is; magától kijelöli azt a helyet, ahol elválik egymástól anya és gyermeke. Másfelől azzal, hogy szakmai szempontból úgy tartják helyesnek, ha az újszülött oxigénellátását a köztes időszakban még ily módon is segítik, harmadrészt azzal, hogy a technokrata szülésvezetésben oly fontos időtényezőnek nem tulajdonítanak olyan nagy szerepet, vagyis kivárják, amíg a pulzálás magától abbamarad. Negyedrészt pedig hangsúlyosan elveik ellen valónak tartják, hogy élő szövetbe szükségtelenül belevágjanak. Noha ezek az érvek az alternatív szüléset gyakorlatába tartoznak, a narratívákban már saját tudásaként, egyfajta elvárásaként jelentek meg.

„Az Ági mindent megmutat és mindent elmagyaráz, ez nagyon megnyugtató. Amikor megszületett a baba és Ági megmutatta, utána a férjem elvágta a köldökzsinórt, ez nagyon megnyugtató volt. Ági a szülés után még velünk maradt két órát, nem úgy, hogy megszületik a baba és elmegy, hanem kivár. Addig ő megírja a papírokat. A köldökzsinórt a babától olyan 10 cm-re vágódik el, ahol van egy összemélyedés, ahol állítólag van a mi auránk határa. Ott kell elvágni, így egyikünk auráját sem sértik meg. Valaki azt mondja, hogy ennek nincs jelentősége, de ha valóban nincs, akkor miért nem ott vágják el, ahol a legjobb? Az elvágás sem rögtön történik, hanem megvárják, amíg beindul a légzése. Tehát egy ideig még kap tőlem vért. Ez megkönnyíti a baba levegőhöz jutását, mert fokozatosan nyílnak meg az ő hörgői. Én úgy gondolom, hogy így nem fáj neki. Az én gyerekeimnél nem tűnt úgy, mintha bármi is fájna nekik.” (Vera, 36)

Az otthoni szülés legalizálásának követelése azon az elven nyugszik, hogy a háborítatlan szülés az újszülött fogadásában tetőzik, amely elsősorban nem technikai kérdés, hanem szemléleti, s amely nagyban múlik a szülésnél jelen lévő szaksegítőkön. Ennek fényében jobban megérthető, hogy az anyák miért tulajdonítanak olyan nagy jelentőséget annak a módnak, ahogyan Geréb Ágnes az újszülöttet fogadja, ahogyan közvetíti az anya és a baba között, illetve egész magatartásának, amely a szülés utáni percekben jellemzi. Ezzel kapcsolatban – egy kivétellel – mindig pozitív módon nyilatkoztak az édesanyák.

„Ez nagyon érdekes volt, mert megszületett, és akkor Ági már egyáltalán nem foglalkozott velem. De valami olyan szeretettel vette körül ezt a kisbabát, és betekerte mindjárt ebbe a kis törülközőbe, ez a nagy pelenka, jó nedvszívó, törölgette, a köldökzsinórt igazgatta, az oxigénellátás miatt, gondolom persze. Ez nagyon fontos a babának, egy darabig, hogy őt hagyják, a légzés miatt. És ez nagyon izgalmas volt, mert úgy fogta, én meg mondom, hogy de hát most miért nem adja már, ezek másodpercek, de az ember mégiscsak várja, fiú, lány, most mi van? É mondja, hogy persze odaadlak, hogyha anya kér. Tehát úgy tűnik, hogy van egy olyan tapasztalat, hogy talán van, aki nagyon kimerül a szüléstől, és még nem akarja. Vagy első gyerek. És akkor mondtam, hogy jaj, hát hogya, persze, fiú, lány, vagy mi? Hát gyerek! És akkor rögtön cicire, abban a pillanatban, mikor már végre megkaptam, úgy öt másodperc, vagy hat, de végtelenül hosszúnak tűnt. És Ági akkor is gondosan figyelte a köldökzsinórt, hogy ne legyen csavarodva, figyelte a légzést, minden. Tehát látszott, hogy ő abszolút jelen van, de onnantól kezdve a babára koncentrált. [...] Valami olyan elképesztő szeretettel és szakértelemmel, hogy abszolút úgy éreztem, hogy nála nem lehet baj. Ezt ő tudja, ő éli, négy gyerek után nyilván, meg kicsit ugye más is, mert négy gyereket azért megszülte, kettőt kórházban, kettőt otthon, már nagymama. És akkor is azt éreztem, hogy jó, rábízta magam.” (Gizi, 25)

A gyermek megszületésének módja, fogadásának körülményei mindig fontos kérdésként merülnek fel az otthon szülést preferálók körében, sok szó esik róla a tanfolyamon is, és utólag is az egyik legfontosabb beszédtema általában is a rutineljárásokat megkérdőjelező szülő nők körében.

„Később amikor vártuk a kisbabát, azt gondoltuk, hogy a lehető legjobbat szeretnénk neki megadni a szülés terén is...és ezért született gyakorlatilag otthon.” (Bori, 38)

„Például egy apróság, hogy nálunk megvárják, hogy te nyúlj a gyerekedért. Más jellegű élmény, hogy a kezébe nyomnak egy gyermeket. Megfognak bebugyolálják, valahol már nem, de rád teszik, odaadják. Tehát ők adják oda a te gyerekedet. Nálunk ez úgy zajlott, hogy tartották és várták, hogy kérjem. Például az első lányomnál tartották nekünk, és én néztem a lányom szemébe, nem tudom, hogy ez mennyi idő volt, de kivárták. Sok órát vajúdtam, reggel 6-tól délig, fél 11-ig, és megvárták, amíg bennem megszületik az, hogy én kérem a gyereket, én nyúlok felé, én veszem magamhoz. Nagyon-nagyon apróság, mégis más érzés. Úgy érzem, hogy nem volt bökkenő a kettőnk kapcsolatában a gyermekemmel. Nagyon gördülékenyen ment minden. Biztos vagyok benne, hogy a kezdeti időszakot, a napokat, heteket, hónapokat biztos, hogy megkönnyítette. Mind a két gyermekemnél így volt.” (Adrienn, 36)

Leboyer fényképekkel illusztrálta, az otthon szült nők pedig gyakran számolnak be arról, hogy a háborítatlan körülmények között született gyermekük nem sír fel a születéskor, sőt, mosolyog, ami véleményük szerint annak tudható be, hogy a lehető legkíméletesebben, szeretettel és maximális odafigyeléssel fogadták, így nem volt az újszülöttnak *oka* sírni. Cinikusan jegyzik meg, hogy a születéskor kiállított APGAR teszten<sup>283</sup> Leboyer „gyermekei” soha nem kaphatnak maximális pontszámot, mert nem sírnak fel az intézményes szülésvezetés által elvárt módon. Mint ahogy közös tudásunknak ma még része, hogy az újszülöttnak sírnia *kell*, mert – és ez már a közhiedelem kategóriájába tartozik – attól erősödik a tüdeje.

„Amikor megszületett, csak tekergette a fejét, nézelődött, mintha kíváncsi volna a világra. Egyáltalán nem sírt, először meg is ijedtem, hiába tudtam, hogy a baba csak akkor sír, ha baja van, mégiscsak most született..., de hát nem sírt, csak mosolygott, és akkor megnyugodtam.” (Bori, 38)

A gyengéd születés elvei a magzati kompetenciát, az újszülött egyediségét, egyéniségét és jogait hangsúlyozzák, ami már része az otthon szülőkre általában is jellemző gyermeknevelési stratégiáknak (erről lásd a Tudás helyei című alfejezetet). A gyengéd születés elvei tehát közel sem csupán a születésre vonatkoznak, hanem részét képezik egy nagyobb

<sup>283</sup> Az Apgar teszt-et Virginia Apgar találta ki az újszülött állapotának egységes megállapítására és dokumentálására. A tesztet a gyermek egy- és ötperces korában végzik el öt kategóriában. Alapszín: rózsaszín: 2 pont, kékes újszülött rózsaszín tagokkal: 1 pont, kék-halvány színű baba: 0 pont. Pulzus/szívverés: 100 felett: 2 pont, 100 alatt: 1 pont, nincs pulzus: 0 pont. Reflexválasz, ahol azt nézik, hogyan reagál az újszülött a leszívásra: ellenkezik, sír: 2 pont, ha csak grimaszt vág: 1 pont, nem ellenkezik: 0 pont. Alaptónus/testtartás: mozog: 2 pont, mozdulatlan, de a végtagjai hajlítottak: 1 pont, rongybaba-tartás: 0 pont. Respiráció: Sír, vagyis jól lélegzik: 2 pont, kihagyásokkal lélegzik: 1 pont, nem lélegzik: 0 pont. Ha a pontok száma nem éri el a 4-et, az újszülött azonnali segítségre szorul. Ha 5-6-7 pontot kap, átmeneti állapotot állapítanak meg, s a baba szintén segítségre szorul. 8 pont felett az újszülött állapotát kielégítőnek tekintik.



volumenű gyermeknevelési ideának, amely a nagyobb gyerekek nevelésén, oktatásán, illetve az újabb gyerek születésén át egy önmegerősítő folyamaton keresztül alakítja a szülő-gyermek interakciókat. Mindaz, ami az újszülött fogadásával kapcsolatos eljárásokat jellemzi, e rendszer részeként kap értelmet.

## 2.6. „Testemből táplállak”

Valamennyi otthonszülést tervező vagy otthon szült asszony számára evidencia a hosszú időn át tartó szoptatás. Noha a „hosszú idő” meglehetősen szubjektív időtartam, a mozgalom számára vezérfonalat jelent a WHO ezirányú ajánlása. A szoptatási szándékot mindazonáltal nem valamiféle időbeli tervezés határozza meg, hanem a „minél tovább” elve. Ezt egyfelől a *természetességgel*, másfelől, ehhez kapcsolódóan, a *szükségszerűséggel* magyarázzák. Az újszülöttet „igény szerint”, a babához igazodva szoptatják. Kiegészítő folyadékot, táplálékot a csecsemők nyomós ok nélkül soha nem kapnak.

„Létszükséglet mindenféle szempontból a gyermeknek elsősorban, az anyának a kettejük kapcsolata miatt fontos. Minden más megoldás csak kínlás.” (Márta, 30)

„A nagyobbik tíz hónapos korában lettem terhes, szoptattam a szülésig, kb. 15 hónapos koráig. Amikor a kicsi megszületett, újra szoptott. A kicsi két évig.” (Orsi, 31)

„E. nem volt egészen két éves, mind a két gyermekem novemberben született. E-nál a másik baba már a pocakomban volt, és emiatt muszáj volt abbahagyni, mert méhösszehúzódást okozott, és nem akartam, hogy ez valami bajt okozzon, akár a testvére nem születését. A kicsi pedig három éves volt. Akkor közöltem vele, hogy B., én három éves korod után nem vagyok hajlandó téged szoptatni. A gyerek fölfogta, és a harmadik szülinapja előtt abbahagyta mindenfajta üvöltözés és hiszti nélkül. Én meg eljutottam odáig, hogy öt év szoptatás elég is volt.” (Karola, 36)

Otthoni születés után a kisbabát az édesanyja mellé teszik, hogy magához emelje, és megszoxtassa.<sup>284</sup> Ezt egyrészt az azonnali szem- és bőrkontaktus jótékony hatását szem előtt tartva teszik, másrészt a szenzitív időszakban való szoptatás fontosságára hivatkozva. Az újszülött ettől kezdve folyamatosan együtt van az édesanyjával, akitől csak a legszükségesebb esetben a lehető legrövidebb időre veszik el. Bár ezt a gyakorlatot az édesanyák ösztönös viselkedésként írják le, alapvetően összecseng a WHO ajánlásaival, az anyatejes táplálást szorgalmazó nemzetközi szervezetek (pl. La Leche Liga, vagy a szoptatást támogató szervezetek világszövetsége, a World Alliance of Breastfeeding Action /WABA/)

<sup>284</sup> Mint korábban már utaltam rá, eleinte Geréb Ágnes is az édesanya mellére tette az újszülöttet, akárcsak a kórházak újabb protokolljában, később azonban – hogy ebben se hozzon döntést az édesanya helyett –, már rábízta, hogy mikor és hogyan emeli magához újszülöttjét. Ez alapvetően nem időben, hanem a döntés módjában és alanyában jelent különbséget.

mondandójával.<sup>285</sup> Vagyis ez esetben is tanulási folyamatról beszélhetünk, ami már kulturális mintaként, hivatkozható legitimációkkal alátámasztva nyújt, ma már széles körben elfogadott – bár kevésbé követett – példát. Ez a minta azonban az ösztönszerű tudásra épít, így könnyen jelenik meg természetes tudásként a róla való reprezentációban.

Az otthonszülés és a kórházi szülés közötti dilemmában nagyon sok esetben a szülés utáni teendőkről, és azok elveiről való gondolkodás a döntő szempont az anyák számára. Első említésként 20 édesanya beszélt a posztpartum időszak, az újszülöttre vonatkozó kórházi rutineljárásainak hátulütőiről.

„A legtöbben nem szeretnék ezt a személytelen eljárást, ami a kórházban történik, meg a baba miatt, hogy végig velük lehessen, tehát nem maguk miatt.” (Edit, 34)

„A kórházban szülés után elviszik a gyereket, megvizsgálják, megméri, lepucolják, ahelyett, hogy a mamájával lehetne. Otthon mindezt azután csinálják, hogy a baba átmelegedett, megnyugodott a mamája karjaiban, szopizott, és akkor sem veszi el senki, hanem ott helyben méricskéljük. És szopizhat kedvére, nem egy-két órát, hanem amennyit akar.” (Liza, 36)

Az otthonszülők szerint a csecsemők szeparációja a kórházakban<sup>286</sup> hosszú távú lelki sérüléseket okozhat az új jövevény számára, és megnehezíti az anya és gyermeke közötti összhang kialakulását. Arra hivatkoznak, hogy ha az anya állandóan együtt lehet gyermekével, s a szoptatás valóban igény szerint történhet, akkor normális esetben nincsen szükség kiegészítő „teáztatásra”, így a baba nem veszíti el szopási kedvét, a gyakori szoptatás pedig segíti a tej termelődésének beindulását. A szoptatási ajánlásokra hivatkozva – amelyeket a saját tapasztalat megerősít – vallják, hogy a kizárólagos szoptatás segíti a csecsemő kiegyensúlyozott testi-, lelki- és szellemi fejlődését és a különféle betegségekkel szembeni ellenálló képességét. Ezek az elvek olyannyira evidencia-szinten jelennek meg az otthonszülők beszámolóiban, hogy gyakorlatilag mindenkitől ugyanazokat a mondatokat hallottam.

„A kórházban megígérték, hogy nem adnak teát a gyerekeknek, de persze adtak, ebből lett elegendő. Pedig ha nem adnak, akkor éhes, szomjas... szopizik, attól aztán egyre jobban megjön a tej. De ha beleszólnak, akkor nem. A kicsi meg ettől nyugszik meg, kell, hogy a mamája mellett legyen, a cumisüveg nem ugyanaz. Az anyatej védi meg a betegségektől, nem a cukros tea. [...] Nézd meg, az a kisbaba lesz kiegyensúlyozott, amelyik sokat szopik, mert az érzi, hogy a mamája szereti.” (Fanni 28)

<sup>285</sup> A WHO 1985-ös, Brazíliában megtartott nemzetközi konferenciáján megfogalmazott jelentésének 11. pontja szerint „A szülés után az egészséges újszülött maradjon az anyjánál, amennyiben mindkettőjük állapota ezt lehetővé teszi. Az egészséges újszülött obszervációjának szükségességére hivatkozás nem indoka a szeparációnak<sup>285</sup>.” 12. pontja szerint „A szülés utáni közvetlen mellre tételt és szoptatást előnyben kell részesíteni, beleértve azt is, hogy ez a szülés után a szülőszobában történjék.” (FARKASNÉ-VELKEI 1999: 144)

<sup>286</sup> A rooming-in rendszer bevezetésének ellenére a szülés után az újszülötteket gyakran hosszú időre a csecsemőosztályra viszik, hasonlóképpen később is minden vizsgálatra, fürdetésre, illetve arra az időre, amikor az anyának pihennie *kell*.

A szoptatásról való többé-kevésbé egységes gondolkodás annak is köszönhető, hogy a szülésre felkészítő tanfolyam egy napja a „szoptatásé”. Itt eleinte a hazánkban 1992 óta működő, a WHO-val és a UNICEF-fel szorosán együttműködő nemzetközi La Leche Liga elnöke tartotta a beszélgetéseket, de ma már egy másik laktációs szaktanácsadó végzi ezt a munkát, aki nem a Liga tagja.

Az otthon szült anyákról való általános képzetekhez hozzátartozik az a kép is, miszerint „ők azok, akik állandóan a mellükön lógatják a gyereket”. A negatív attitűd a szoptatásról való általános ismeretek hiányával, illetve az ebből táplálkozó kulturális illemszabályokkal áll kapcsolatban.

„Engem nem érdekel. Ha S. éhes, megszojtatom a játszótéren is. Ha valakit zavar, forduljon el. Nem magamat mutogatom, nem is látszik, csak eszik a gyerek. Mi a furcsa ebben?” (Eszter, 30)

„Sokat utaztam vonaton, vinnem kellett a kisebbiket, mert hát hova tettem volna? A majdnem négy óras út alatt tuti, hogy megéhezett, hát én mindig megszojtattam. Kendőbe raktam, aztán szopizott. Sokszor kaptam megvető pillantásokat, de különös módon azok, akik mellettem, vagy velem szemben ültek, mindig bíztattak, hogy ne törődjek másokkal. Pedig idegenek voltak.” (Vivien, 32)

Az otthonszülők szemében a szoptatás lényege és vonzereje a természetességében rejlik, vagyis a természettel való harmónia megélésének újabb lehetőségében. Interjúim döntő hányadában szerepelt a „természetes” kifejezés a szoptatásról való vélekedésben (50/45).

„A szoptatás a világ legtermészetesebb dolga. Mi ebben a furcsa? Miért kell erről egyáltalán beszélni?” (Margit, 35)

„A legcsodálatosabb, amikor a gyerekeimet szoptatom. Akkor értem meg, mi az élet értelme, hogy miért vagyok. Ez tökéletesen működik, csak hagyni kell, olyan természetes.” (Panni, 29)

„Minden anya szoptathatná a gyerekeit. Vagy majdnem mind. De teletömik a fejüket mindenféle hülyeséggel, hogy adjon neki teát, meg gyümölcsöt, mert a tej nem elég, meg ne szoptasson annyit, mert megfekszi a baba hasát, az én anyósom is ilyeneket mond, aztán meg persze elmegy a tej. Pedig ennél természetesebb dolog a világon nincs. Különben már kihalt volna az emberiség.” (Adél, 36)

A szoptatásról való gondolkodás tehát szerves és igen fontos részét képezi a gyermeknevelésről, a gyermek táplálásáról való elképzeléseknek, amely az otthonszülők esetében egy igen egységes és tudományos szempontokra is hivatkozó elméleten nyugszik. Ez az elmélet pedig újfent szervesen illeszkedik a holisztikus szülésmodellbe, annak elválaszthatatlan része, amely a gyermekszülés és az egészséges gyermekről való gondoskodás feladatát nem külső erőből kívánja megoldani, hanem a nő ösztönszerű tudására támaszkodik.

Mindamellettt fontos megjegyezni, hogy a WHO ajánlásait figyelembe véve is nagy eltérések vannak annak értelmezésében, így találkozhatunk olyan otthon szült édesanyákkal, akik két évesen még reggel és este szoptatnak, illetve olyanokkal is, akiknek két-három éves gyermeke félóránként „szolgálja ki magát” a játszótéren. Saját kutatásomban 20 nő a gyermek

másfél éves koráig szoptatott, 17 anya a gyerek két éves koráig, 10 azon túl is, s csupán hárman hagyták abba a szoptatást a gyermek másfél éves kora előtt, aminek minden esetben külső oka volt.

## 2.7. A tudás helyei

Az intézményes kereteken kívüliség, tulajdonképpen a társadalmon kívüliség motívuma jelenik meg sok tekintetben a gyermeknevelés kapcsán is az otthonszülők részéről. Ez nem kirekesztés, hanem egyfajta önkéntes kivonulás, szimbolikus jelentőségű el nem fogadás, elutasítás.

Az önmaguktól elvárt gyermeknevelési módszerek egyértelműen a posztmodern pszichológia fejlődéslelektani elveiből táplálkoznak. Az elvek, illetve, majd mint látni fogjuk, a bölcsődéről illetve az óvodáról való gondolkodás teljes embert kívánnak, s valóban, ezen asszonyok döntő többsége megteheti, és meg is teszi, hogy hosszú évekig otthon marad gyermekeivel. A gyermeknevelésről vallott nézeteikben kulcsfogalom a *következetesség*, illetve a *gyerekközpontúság* (a „következetesség” fogalmát 14-en használták, utalt rá további 9 nő, a „gyerekközpontúság” fogalma és körülírásai pedig 39 esetben bukkantak fel).

„Következetesség. Tényleg. Nincs TV, 8-kor ágyban. Nem jönnek ki az ágyból. Keresem az alternatív dolgokat... gyerekközpontú. Maga a pedagógus a lényeg, nem a módszer és a filozófia.” (Nóra, 31)

“Szeretet, türelem, megértés minden mennyiségben és következetesség.” (Luca, 30)

„Gyerekközpontú gyermeknevelés. A gyerek egyéniségének elfogadása, semmiképp sem szigorú, konzervatív, inkább liberális, szabadelvű. Ha tehetném, ha lenne a közelben, én is vinném Waldorfba.” (Hédi, 29)

Az otthonszülők szemléletének egyik kulcsponjtja, hogy az anyát és a gyermeket egy egységnek tekintik, a szülés előtt testileg, lelkileg, a szülés után és közben érdekeiket tekintve. A nevelésben ez a szemlélet a kölcsönösségben csapódik le, az egymás formálásában, illetve a gyermeknevelés általi önfejlesztésben. Erre a fajta kölcsönösségre 23-an utaltak.

“Szeretnék határokat adni, és azon belül nézni, hogy ő milyen. Tehát a határok nagyon fontosak, hogy legyenek, de ésszerű határok, ez nagyon fontos. De azon belül, hogy az egyik gyerek milyen, meg a másik gyerek milyen, az nagyon különböző. És az nagyon fontos szerintem, hogy tényleg úgy szeretni, mindenek felett ... elvárások nélkül. Ez a legnehezebb, ezt már vén fejjel mondom, érzem, hogy ez sokáig nem ment. De hogy elvárások nélkül utat engedni nekik. És viszont azt, amit be akarunk tartatni, azt nagyon következetesen, és ne indulattal. Hogy ilyen ... szigorúan, határozottan, ha kell, de nem indulattal, és ez megint nagyon nehéz. Még a magam nevelésében is elég gyerekcipőben, tehát inentől kezdve ... sokszor aztán persze ők nevelnek bennünket.” (Tími, 37)

„Ne fenyítsük a gyereket. Anyámtól olyat kaptam, amit szívesen tovább is adnék. Megvolt a bizalom. De ettől talán az lett, hogy pár dolgot nem úgy csinálnék, ha akkor okosabb lettem volna. Most én is sokat tanulok a

gyerektől. Ez kölcsönös. Nekem korábban más életformám volt. Önuralmat, rendszerességet, az érzelmekről.” (Zselyke, 32)

„Igyekszünk elfogadni, hogy a lányunk személyisége nem a miénk kicsiben, vagy annak folytatása, hanem egy önálló valami. Próbáljuk átadni neki azokat az értékeket, amiket mi fontosnak gondolunk: ezek közül most a békében egymás mellett/egymással élés a legfontosabb. Testi fenytést nem vetünk be, igyekszünk ok-okozati elven megközelíteni minden problémát. Persze ez nem könnyű, ha épp hiszti van.” (Dorka, 23)

Bár a gyermeknevelés elvei úgy tűnik, szinte minden általam vizsgált esetben a Gordon-módszert<sup>287</sup> visszhangozzák, kifejezetten e módszerre csupán két édesanya hivatkozott.

„Hát ilyen... ilyen gordonos jellegű dolgokat vallunk... Ez ugye személyközpontú, és nem... Hát például olyasmik, hogy megérteni a gyereket, hogy mikor mit akar, de azért határozottan közölni vele, hogy ki a főnök a házban, de... de őt elfogadni olyannak, amilyen, és gyakorlatilag kísérni az életben. De megmutatni neki mindenfélét, és megadni minden lehetőséget, hogy ki tudjon bontakozni az ő személyisége. Ez nehéz lesz nekem valamennyire, bár ez nagyon elvem, hogy anyukám az nagyon... hát erőszakos volt, és ő tudta mindig, hogy mi a jó az embernek. És én is úgy érzem néha, hogy tudom mi a jó a másoknak, de tudatosan kell erre vigyáznom, hogy nem biztos, hogy az én igazam az egyetlen.” (Petra, 43)

„Megpróbálok nem ártani nekik. Úgy szólni hozzájuk, ami nem ártalmas, például ha ingerült vagyok. Állandóan próbálok átgondolni, hogy mit és hogyan beszélek. Ne bíráljam, pocskondiázzam. Azt sem mondom, hogy milyen ügyes vagy, hanem azt mondom, hogy örülök, hogy ilyet csináltál. Ez Gordon-módszer. Az igényekre figyelek”. (Vera, 36)

Az imént idézett édesanya, mint több más otthonszülő (50/5), Gordon-tanfolyamot is végzett.<sup>288</sup> Az otthonszülők többsége Waldorf-intézményekbe<sup>289</sup> járattja gyermekeit, amennyiben lehetősége van rá. Ez az óvodát és az iskolát is beleszámítva saját mintámban 28 főt jelentett, további 12 esetben pedig a szándékot. Ez utóbbi csoportnak vagy valamilyen oknál fogva nincs lehetősége Waldorfba járattatnia a gyermekét, vagy még olyan kicsi a gyereke, hogy az óvodás kort sem érte el.

<sup>287</sup> Thomas Gordon (1918-2002) kaliforniai pszichológus Carl Rogers humanisztikus pszichológiájára alapozva dolgozta ki kommunikációs tréningjeit, amelyek a szülő-gyermek, tanár-diák viszonyokat hivatottak új és hatékony dimenzióba helyezni (magyarul lásd: GORDON 1989, 1990, 1995, 2006). A módszer a szülő-gyermek, illetve tanár-diák viszonyokban a büntetésre-jutalmazásra építő hatalmi eszközök helyett a gyerekek hathatós befolyásolásának eszközeit ajánlja. Véleménye szerint a hatalomra építő szülői felfogás rombolja a gyermeki személyiséget, helyette tehát azt kell megtanulnia a szülőnek, hogy saját problémáival ne a gyereket terhelje, és ez verbális közlésmódjaiban is egyértelművé váljon, a gyermek gondjait vegye komolyan és igyekezzon elkerülni azokat a „közléssorompókat”, amelyek meggátolják a közös hangnem és a konszenzus kialakítását. Gordon módszerei abban segítenek tehát, hogy a különféle problémátípusok között különbséget tudjunk tenni, azokat ezekhez képest tudjuk kezelni, úgy, hogy kommunikációs viszonyainkban ne manipuláljuk a másik felet.

<sup>288</sup> A Gordon-módszer több nevelési politika alapja, illetve része. Ilyen a Waldorf-iskoláké is, bár ezek alapvetően Rudolf Steiner elvei alapján viszonyulnak a szülő-gyermek, tanár-diák kapcsolathoz, de pedagógiájuk magába olvasztja Gordon vagy Carl Rogers elméleteit is. „Ezek közös jellemzője a hangsúlyozott gyermekközpontúság, melynek lényege, hogy a gyermeket mindig a saját korának, képességeinek, fejlettségének megfelelő módon és időben kell nevelni. A pedagógus szerepe és feladata is lényegesen megváltozik ezekben a rendszerekben: a hagyományos oktatói feladat helyébe a protektori szerep lép, a tanár megszűnik a tudás egyedüli forrásának és kinyilatkoztatójának lenni. Az ő feladata a kreatív tanulás útján elkísérni a diákokat, tanulási kedvüket serkenteni, kérdéseikre választ adni.” – írja az alternatív iskolák értékelésében Suhai Anna egy, az Új Pedagógiai Szemle 1999. december-i számában megjelent tanulmányában.

<sup>289</sup> A Waldorf iskolák szellemiségéről, történetéről, és alapítójának, Rudolf Steinernek ellentmondásos egyéniségéről és tanításáról lásd a VI. függelékét.

Az anya-gyermek kapcsolat felfogásának egyik jellegzetes attitűdje tehát az egymásrautaltság, ami a viszonyról való diskurzusban főként a gyermek anyjára való szükségletét hangsúlyozza, mégis nyilvánvaló a kölcsönös szükséglet. Ennek részeként csak kivételes esetekben fordul elő, hogy egy otthon szült, s ezáltal bizonyos anya-gyermek-felfogást elutasító nő bölcsődébe adja gyermekét.

„Nem volnék hajlandó rá. A gyerekek négy éves koráig az anyja mellett van a helye. A Waldorf képzés külső igazolást adott a belső elképzeléseimhez.” (Zsuzsa, 33)

„Nem szeretném, semmiképpen nem adódhat úgy. A gyerekek az első 2-3 évben szüksége van a szülőre. Van egy tanulási folyamat, amikor elkezdődik a szocializációs periódus, akkor lehet, de amíg kötődik, nem akarom elszakítani, az nyomot hagy egy kisgyerekekben.” (Fanni, 28)

„Nem, semmiképpen nem [adnám bölcsibe a gyerekeket]. Amíg nem tanul meg beszélni, járni és gondolkodni, addig lesz három éves, négy éves, addig az anyja mellett a helye. Ez nehéz dolog, mert van, aki azt mondja, hogy a pénz, de azt gondolom, hogy sokkal többet jelent neki. Legyen az, hogy használt ruhában jár, meg zsiros kenyér, ebben a helyzetben még nem voltam, de a határán már voltam, akkor is neki ez a legfontosabb, és most megalapozzuk az egész életét, ebben a három évben.” (Éva, 37)

„Nem. Több okból. Számomra teljességgel beláthatatlan, hogy miért bíznám a kisgyerekeket olyan emberre, akiről semmit nem tudok: van-e gyereke, hogyan bánik vele, mit gondol a világról, mi sugárzik belőle, milyen problémákkal küzd, csak mert megfelelő végzettséggel rendelkeznek. Hosszú ismeretség után rábírom barátokra, barátnőkre, rokonokra, de akárkire nem. A bölcsődés korú gyerekek az anyja mellett van a helye, szüksége van a megélt biztonságra. Amúgy meg elképesztőnek tartom a gyermekélelmezést.” (Edit, 34)

Bizonyos kényszerhelyzetekben mégis előfordul, hogy a szülők a gyereket bölcsődébe íratják, de ez rendszerint átmeneti, és soha nem tartják jó megoldásnak (50/6). Olykor utaltak is rá, hogy a megoldás nem fér bele az otthonszülő-identitásba.

„B. járt, mert akkor nappalin tanultam. De az otthonszülősnél ez furcsa, nem is kellett volna.” (Kati, 26)

„L. kicsit járt bölcsibe, amíg vizsgáztam, de nem akart menni, úgyhogy már nem viszem. Csak le kellett szakvizsgáznom.” (Hédi, 29)

„A kicsi járt. Veszprémben. Mennem kellett dolgozni. De nem kellett volna.” (Lili, 31)

Saját kutatásomban egyetlen esetben fordult elő, hogy az anya negatív kommentár nélkül, előre tervezetten beszélt a bölcsődei elhelyezéséről.

„Két évesen bölcsibe megy, ha visszamegyek. Szakmailag, anyagilag sem ártana visszamennem.” (Jutka, 32)

Magyarországon Órbottyánban létezik az egyetlen Waldorf szellemiségű bölcsőde, így az otthonszülők számára nem is jelent semmiféle lehetőséget a bölcsődei ellátás a család kontra munka dilemmában. Más a helyzet az óvodával. Elvileg hazánkban is lehetőség van alternatív nevelési szellemiségű óvodát választani, ám maga az óvoda, mint az otthonlét alternatívája megosztja az otthonszülőket is (vizsgált csoportomban 14 nő vagy nem járta óvodába óvodás korú gyermekét, vagy nem tervezi azt. Ennek olykor oka az is, hogy a kisebb gyerekek amúgy is otthon van). Mivel a Waldorf óvodákat gyakran családok összefogásával,

önerőből, illetve civil kezdeményezéssel pályázati úton alapítják, összefolyik a családi napközi, illetve a Waldorf óvoda koncepciója.

„Igazából én óvodába se nagyon szeretném hosszútávra. Tehát igyekszem majd olyan otthoni munkákat csinálni, amivel nem egész napos óvodába jár. Az lenne még érdekes, jó, ha barátokkal összefognánk. Van egy barátunk, akinek egyidős gyereke van, és akkor beszéltük, hogy ilyen családi óvodát csinálnánk egymás gyerekének, hogyha ő sem minden nap dolgozik, úgy tudja megoldani. De ez a Waldorf dolog van most.” (Noémi, 43)

“Oviba, ha muszáj, beíratom. De szeretnék családi ovit szervezni, mindig más lakásában. Iskola Waldorf.” (Júlia, 23)

„Gondolkodunk. Van egy Waldorf-kezdeményezés, de még csak közösség, akik játszóházat szerveznek.” (Helga, 34)

A többség (47/29)<sup>290</sup> a Waldorf óvodát támogatja, bár a döntés háttérében olykor inkább a konvencionális óvópedagógia elutasítása áll, mintsem tudatos keresés eredménye vagy a steineri világszemlélet<sup>291</sup> támogatása.

„Á. átlagosba [átlagos óvodába jár]. Az óvó néniket néztük, a benyomást, legyen jó levegő, de most más csoportba kerül, izgulunk, és szeretnénk Waldorfra váltani, de csak most alakul. Igyekszem segíteni.” (Réka, 24)

„Remélem, anyagilag megengedhetjük magunknak a Waldorfot, vagy valami hasonlót. Nem szeretném szokványoviba járatni. Olyat szeretnék, ahol nagyobb az odafigyelés és a tapasztalati tanulás. De nem ismerem igazán az óvodát. Iskolába is inkább Waldorfba. Fontos a művészeti képzés.” (Sarolta, 33)

Az iskolaválasztásnál is a Waldorfot említették a legtöbben (50/39), amibe nem csak a tényleges iskolalátogatás, hanem a szándék is beletartozik (vagyis azok, akiknek még nem iskolás korú a gyereke, illetve azok is, akiknek a közelében nincs Waldorf, de azt preferálnák).

„Waldorfba. Igen, végig, én is oda jártam, titokban, akkor azt csinálta a mostani tanárom, a nagyszerű hetvenes években, és soha nem fogom elfelejteni, egy olyan alapot adott, két év alatt, hogy azóta is abból élek. Ez első-második osztályban volt.” (Lujza, 37)

Az iskolaválasztásnál a keresztény szemléletű családok inkább csak az alsó tagozatban viszik a gyerekeket Waldorfba, mert úgy vélik, felsőben már jobban érződik az oktatásban a steineri antropozófia hatása, ami nem feltétlenül egyeztethető össze a kereszténységgel még a legnagyobb nyitottság mellett sem. Kutatásomban három ilyen véleménnyel találkoztam, de mindhárman állították, hogy ez általános tendencia.

Két alkalommal találkoztam kategorikus elutasítással, az ok mindkét esetben a saját vallással (egy katolikus és egy református) való összeegyeztethetlenség volt.

<sup>290</sup> Hárman gondolták úgy, hogy mindenfajta óvoda helyett az anya tud a legjobban gondoskodni a gyermekről, és képes a gyermek valamennyi igényét kielégíteni.

<sup>291</sup> Rudolf Steiner a Waldorf oktatási intézmények, illetve az antropozófia megalapítója. Világszemléletéről lásd a VI. függelék.

„A Waldorfot szellemileg fertőző helynek tartom, távol áll a kereszténységtől. Az innen-onnan elveket nem tartom egészségesnek meg jónak. Nem tartom az alternatív iskolákat jónak. Pesten a Kodály Kórusiskolába jártak, odaköltöztünk az iskola mellé.” (Adél, 36)

Az otthonszülő családok köréből többen aktívan is részt vesznek a Waldorf-szemléletű intézmények létrehozásában (az interjúmban szereplő nők közül 8-an, az apák közül 5-en). Ez mindig civil kezdeményezést igényel, rendszerint egyesületi, alapítványi keretben.<sup>292</sup>

A mai Waldorf pedagógia hangsúlyozza, hogy a gyermek nevelésének záloga a tanár-diák-szülő párbeszéd kiegyensúlyozottsága, az összefogás, s mivel azok a szülők, akik Waldorfba íratják gyermeküket, maguk is hasonló módon gondolkodnak e szerepekről, logikus a közös gondolkodási keret.

„Most állami óvodába jár, de most egy Waldorf ovit csinálunk a faluban, én a szervezésben vagyok, az alapítvány munkájában veszek részt, mert ovis nem sok van, sőt, lassan nem is lesz ovis korú gyerek, aki érdekelt lenne. Ez az alapítvány a zalaegerszegi Waldorf iskolának segít, az elég új. Most nyolc gyerek jár oda. Waldorf suliba fog járni, Szombathelyre vagy Zalaegerszegre.” (Barbi, 26)

A tanár és a szülő szerepe a nevelésben, illetve a gyermek feladata diákként meglehetősen hasonló felfogásban érhető tetten mind a „waldorfos” szülők, így gyakorta az otthonszülők, mind a hivatalos waldorf-pedagógia részéről. Bár rendre a Waldorfot emlegetem, mint az otthonszülők által leggyakrabban igénybe vett alternatív oktatási rendszert, nem ez az egyetlen út. Jóval ritkábban, de megemlítették adatközlőim a Rogers- (50/4), illetve a Montessori-iskolákat (50/3) is, ám az egyéniséget hangsúlyozó legfőbb vezérlő elv tekintetében nincsen nagy távolság ezen pedagógiák között. Az állami iskolák nevelési elveinek elutasítása a legélesebben éppen egy olyan édesanya szájából hangzott el, aki egy Rogers iskolát választott.

<sup>292</sup> Az Oktatási Törvény 1990. évi módosítása tette lehetővé a közoktatási intézmények alapítási szabadságát, azt, hogy az addig állami monopóliumként működő oktatásban részt vállaljanak az egyházak, gazdálkodó szervezetek, alapítványok és magánzemélyek is. Mindegyik alapítványi és magániskola igénybe veszi az állami finanszírozást, a külföldi vagy hazai adományokat, a pályázatok útján megszerezhető pénzüsségeket, illetve a szülői hozzájárulást, amelyet néhány iskola, mint a Waldorf is, tandíj formájában kér. Az alapítványi és magániskolák egészét tekintve Várhegyi György egy, az *Educatio* című folyóiratban megjelent tanulmánya szerint „az állami költségvetés általában a működés egyharmadát, a tandíjak és/vagy adományok pedig a kétharmadát fedezik.” A magánkezdeményezés folytatásaként a Waldorf óvodák és iskolák a későbbiekben is igényt tartanak a „belső forrásokra”, vagyis a családok segítségére. A felújítási munkákban, újításokban, beszerzésekben a családok is kiveszik a részüket, egyrészt a külső források szűkös voltára, másrészt – ki nem mondottan – a „csapatépítés” előnyeire való tekintettel. „A magán[- és alapítványi] iskolák egy részében a szülők jelentős szerepet kaptak az irányításban. A vezetők és a pedagógusok szoros kapcsolatot alakítanak ki velük és sok fajta munkába vonják be őket: az anyagi ellátás megszervezésén túl még a tanítási feladatokba is. A szülők által választott képviselők beleszólhatnak az irányítás egyes területeibe, elsősorban az iskola filozófiájának és képzési orientációjának kialakításába, valamint anyagi, szociális és szabadidős ügyekbe. Mindez a szülők és az iskola között új fajta viszonyt teremtett, a közös, hasznos munka révén mindkét félnek sokkal több örömet nyújtva, s növelve az összetartozás érzését. Néha ellentéteket okoz, hogy egyes szülői csoportok érdekei jobban érvényesülnek másokéinál.” (VÁRHEGYI 1992: 234)



„Gyerekeink nem férnek bele a jelenlegi állami rendszerbe, nem felel meg ez az oktatás. Ez abból áll, hogy utasításokra feladatokat végezzenek el. Szerintem abból áll, hogy ahogy a gyerek kérdez, én úgy tanítom. Ez nagy feladat lenne egy tanárnak, de így lehet megőrizni azt a tudáséhségüket, hogy ne gyötrésként éljék meg a tanulást, kíváncsiságéhségüket éljék ki. A Rogerset igen, a Waldorfot nem annyira ismerem.” (Karola, 36)

Dolgozatom témáját tekintve az a legfontosabb kérdés, hogy az alternatív nevelésnek-oktatásnak melyek azok a sarkalatos pontjai, amelyek az otthonszülőket ebbe az irányba terelik, hol kapcsolódnak egymáshoz az elvek, a világszemléletek, az emberképek, és hogyan viszonyul egymáshoz az elmélet és a gyakorlat? Kutatásom tanúsága szerint Rudolf Steiner elméleteinek nagy része sokkal kisebb hangsúlyt kap az otthonszülők gondolkodásában, mint azt eredetileg várnánk. Ez alatt azt értem, hogy a VI. függelékben ismertetett antropozófia transzcendensre vonatkozó területei nem jelennek meg az oktatásban explicit módon, sőt, elméletileg nem is jelenhet meg, implicit megnyilvánulásait tekintve pedig eltérőek a vélemények az otthonszülők körében is. A szűk többség úgy találta, hogy az antropozófia csupán a természettiszteletben, az élet körforgására való utalásokban, az ennek megfelelő, évszakokhoz kapcsolódó tevékenységekben jelenik meg, a hozott világnézetet pedig komolyan nem befolyásolja (a Waldorfot választók több mint fele gondolta így (40/23), a 40-ből 10-en pedig szinte semmilyen ismerettel nem rendelkeztek az antropozófiáról). A „waldorfosok” közül 7-en kifejezetten tartanak az antropozófus világnézettől, aggódnak gyermekük esetleges befolyásolása miatt, s a Waldorf iskolát – saját bevallásuk szerint – inkább más megoldás híján, illetve gyereknevelési elvei miatt választották. Vagyis azt állítom, hogy az otthonszülők olvasatában a Waldorf intézményekben az antropozófiái világszemlélet hatása közel sem olyan jelentőségű, mint a gyermeknevelési szemlélet. A kettő azért választható el egymástól – noha nyilván nem élesen -, mert a waldorf-pedagógusok közül is sokan csak nagyon felületesen ismerik Steiner bonyolult világnézetét.<sup>293</sup>

A tudás elsajátításának helyét tehát az otthonszülők elsősorban a családon belül, az elsődleges szocializáció döntő jelentőségét hangsúlyozva képzelik el, másodsorban pedig olyan alternatív oktatási rendszerekben, ahol a kinyilvánított elvek szerint a hangsúly éppúgy a szabadságon, az egyéniség kibontakoztatásán, tiszteletben tartásán és annak pozitív kihasználásán van, akár csak a szülés esetében.

<sup>293</sup> Ezt az állításmat alapvetően négy otthon szült waldorfos tanárnő véleményére, a fenti 40 asszony tapasztalatára, továbbá Christoph Lindenberg kutatásaira (LINDENBERG 2004) alapozom.

## 2.8. Test-képzetek és egészség

Az általam megkérdezett, többnyire városi vagy a szuburbanizációs területen élő, otthon születést választó családok rendszerint nem a fogyasztói társadalom részeként, hanem azzal szimbiózisban kívánnak élni, vagyis igénybe veszik és felhasználják a fogyasztói társadalom által felkínált lehetőségeket, de jól körülírható elvek szerint szelektálva. Ez a szelektáció környezetvédelmi, egészségvédelmi és etikai elvek mentén valósul meg, olykor sajátos színezettel. Az elutasítás és elfogadás tehát nem totális, hanem mérlegelő, adott helyzetre és lehetőségre vonatkoztatott, akár csak a szüléssel kapcsolatban a modern orvoslás eszközeinek alkalmazásáról való gondolkodás.

„Én vásárolok, eszek, lakunk, a fogyasztói társadalmat felhasználom, nem vagyok ellene a gazdaságnak, csak vannak határok, nem veszek bundát, kígyóbőrövet.” (Boróka, 28)

A szüléssel kapcsolatban érdemes megvizsgálnunk az otthon szülő nők „családtervezéssel” kapcsolatos felfogását, ez ugyanis véleményem szerint élesen kirajzolja azt az emberképet, amelyről már oly sok szó esett. Ez az emberkép vonatkozik az élet elvi lehetőségére, az ember meghatározására, az ember világban elfoglalt helyére és az emberi felelősségvállalásra. Összességében tehát arra, ami az embert emberi feladattal felruházza.

Otthon születők körében a családtervezés leggyakoribb módja a női ciklus megfigyelése alapján való napszámítás, amely segít meghatározni a „biztonságos” és a „nem biztonságos” napokat (50/28)<sup>294</sup>, a napszakok közötti különbségtétel, amely a testhőmérséklet mérésével pontosítható (mikor fogékonyabb a nő) (50/15), illetve a coitus interruptus<sup>295</sup> (50/34). A módszerek alapvető ismereteket feltételeznek a test biológiai működéséről, aminek birtoklása újfent az információhoz való hozzájutás képességén és lehetőségén múlik.

A valóságos kép persze nem ilyen idillikus. Fiatal, útkereső emberekről van szó, akik hozott vagy tanult gondolatvilágukhoz sokszor csak lassan igazodva találnak rá az adott időpontban végzett kutatás idején rájuk jellemző megoldásokra, így az az attitűd, amellyel bizonyos kérdésekhez viszonyulnak, többnyire egy eszmei (és gyakorlati) út állomása, eredménye, megengedve a változatokat, különbségeket. A módszerek keveredhetnek, egymást követhetik, és olykor kiegészülnek mesterséges megoldásokkal (óvszert 32-en használtak már, valamilyen fogamzásgátló tablettát 28-an szedtek már életükben). A tendencia a mesterséges megoldásoktól vezet a természetes megoldásokig. Olyan elgondolással saját mintámban nem

<sup>294</sup> említési arány

<sup>295</sup> coitus interruptus: ejakuláció előtt megszakított közösülés

találkoztam, ahol a nemi közösülés egyetlen lehetséges okának a gyermeknemzést tartották volna.

“A termékeny időszakokat figyeljük, figyeltük. Pharmatex krémet azért használtam. Előtte gyógyszert. Már nem akarok gyógyszert szedni. Ezzel kapcsolatban sokat változtak a nézeteim. Bioszempontokból. Természetességpárti lettem az évek folyamán. Egyre több mindent hall az ember, hogy hogyan tesszük tönkre a környezetünket, saját magunkat. Ahol lehet, figyelek.” (Hanga, 33)

„A várandósság előtt kizárólag természetes úton terveztünk: hőmérsékletmérés, naptár- és méhnyakváladék-figyelés, és mindig tudtam, mikor van peteérésem. Most is tudom. A szülés után egy ideig óvszert használtunk, csak mert nem vártuk meg a hat hetet, és ez így maradt egyéb okok miatt. Voltaképpen szívesebben visszatérnék a természetes módszerekhez... Hormonális fogamzásgátlást semmiképp sem használnék.” (Dorka, 23)

„Számolgattunk meg izgultunk, de azért az ember mindig örül a gyerekeknek. Az azért úgy tűnt, hogy bejön, azok a napok azért bejönnek. Én tudtam akkor, hogy éppen gyerekszag van a levegőben, és hát lett is, hála Istennek.” (Lujza, 37)

„Á. után gyógyszert, de gondoltam, mégsem jó, lettem róla.” (Réka, 24)

A sikertelen védekezés logikus következménye a gyermek. Ha védekezésről van szó, akkor ez a gyermek nagy valószínűséggel nem várt, ami „nyugati kultúránkban” kétféle következményt vonhat maga után: vagy megtartják, vagy elvetetik a magzatot. Az elutasítás és az elfogadás sajátos, az otthonszülők szemléletére igen jellemző keresztmetszetét adja az az álláspont, amelyet szinte kizárólagosan hallhattam interjúim során: én soha nem vetném el a gyerekeket, de nem ítélem el azokat, akik megteszik (50/44).

„Saját életemben nem tudom elképzelni, még akkor sem, ha minden körülmény a gyermekszülés ellen szólna, például ha a terhesség nemi erőszak következménye lenne. De az abortusz a nők önrendelkezési jogának része, nem támogatom, de elfogadom.” (Júlia, 23)

„Azt gondolom, hogy ezt mindenki maga eldönti, hogy mit gondol. A magam részéről tudok csak nyilatkozni, tehát én nem mondom azt, hogy ezt bárkinek az életébe meg lehet ítélni. Mivel elég gyerekbolond vagyok, nekem már az is abortusz, ha az esemény utáni tablettát kéne bevenni. Ami megint csak, tudom, egy másik élet, de hogyha már ott egy élet kialakul, és márpedig tudjuk, hogy gyorsan, azt a hőállapotot is már úgy nevezném, egy örömlapot, valahogy ezt így az ember... én már előre éreztem, mindig megálmodtam, és hogy megélhettem, és nagy dolog, egy ilyen szépséget, megálmodtam és tudtam, és tényleg, és jöttek. A lányokat főleg, ott már figyeltem. És emiatt nagyon nehéz bármit mondani.” (Lujza, 37)

„Ebben igazán nem gondolkodtunk. Nekünk a férjemmel az volt a megállapodásunk, hogy most is akár jönne egy baba, semmiképpen nem vetném el. A másik pedig az, hogy úgy gondoltuk, az a baba minket választott. Nagyon örülök, hogy egészséges gyerekeim születtek. Nagyon nehéz dönteni a gyerekek élete felől. Azt hiszem, hogy mi nem választottuk volna az abortuszt. Ilyen helyzetben még nem voltam, ugyanakkor el tudom képzelni, hogy mit jelenthet egy ilyen döntés.” (Kitti, 36)

“Nem ítélem el aki megteszi, de én még sosem csináltam, és jelenleg nem tudom elképzelni, hogy valaha is így döntsek.” (Barbi, 26)

Kategorikus elutasítással ritkán találkoztam (50/2).

„Ha valaki nem akar, gondolkodjon előre, előzze meg. Nagyon kevés szituációt tudok elképzelni, amikor indokolt. Nem vettem volna el, ha az AFP valamit kimutat.” (Fanni, 28)

Az elutasítás magyarázata abban rejlik, hogy a megfogant magzatot már az első pillanattól kezdve élő embernek tekintik, ami megjelenik azon pszichológiai elmélet elfogadásában is, miszerint az anya viselkedése, érzései alapvető hatással vannak a magzat fejlődésére, ami a „lelki köldökzsinór” elnevezésű kapcsolattréningben lép át a gyakorlatba. Nézetük szerint a magzat tehát az első perctől kezdve érző lény, aki állandó odafigyelést és gondoskodást, oda-vissza érvényes kommunikációt igényel. Sőt, különféle indítatásból és különféle formában, de gyakori az az elképzelés, hogy „ez a magzat” nem véletlenül fogant meg éppen „ennek a nőnek” a méhében, hanem egy felsőbb hatalomnak vagy a természeti törvénynek engedelmeskedve, illetve szükségszerű következményeként korábbi cselekedeteknek. Ez a hozzáállás nem csak azokra jellemző, akik egyértelműen elutasítják az abortuszt, hanem azokra is, akik maguk nem élnének az abortusz lehetőségével (50/11).

„Ha nem is gyilkosságnak nevezném, de mindenképpen egy lélek világrajövele megakadályozásának, földi feladata beteljesítésének megakadályozása. Ha egy nő terhes lesz, azt fel kell vállalni. A gyerek lelke nem a fizikai létezés után keletkezik, hanem előtte. Választ egy anyukát magának, amit, ha a nő nem vállal fel, az karmát von maga után. Egy nő egy abortuszt soha nem fog tudni feldolgozni, bár nekem nem volt.” (Zsuzsa, 33)

Saját kutatásom során négy esetben fordult elő, hogy egy otthon szült édesanyának már volt korábban abortusza.

„Nagyon ambivalens. És sajnós, úgy hozta az életem, hogy nemrégiben volt egy abortuszom. Mindenképpen borzalmas dolog egy abortusz. Valójában gyilkosságnak tartom. Ugyanakkor, már a saját abortuszomat megelőzően sem vettem meg, akik így döntöttek, de mindenképpen tragikus választásnak tartottam és tartom is. Az volt az elvem, és most is az, hogy, aki nem akar szülni, az ne essen teherbe. Saját magamnak is még sok mindent fel kell dolgoznom testileg-lelkileg-szellemileg annak kapcsán, hogy abortuszom volt. Ugyanis azzal párhuzamosan, hogy gyilkosságnak tartom az abortuszt, ezzel párhuzamosan hálás vagyok azoknak, akik szakértelmükkel és kedvességükkel vettek körül az abortuszban. Szóval meghasonlott állapotban vagyok én magam az abortusszal kapcsolatban.” (Hanga, 33)

“Volt már részem benne. Mélységes szomorúság tölt el, ha eszembe jut. Kicsi életek vesztek el. Szívemben hordozom őket.” (Bogi, 30)

Igen egységes és határozott képet mutat az otthonszülők gyógyításhoz való hozzáállása. Ez alapvetően a természetgyógyászatot jelenti, azon belül is – professzionális szinten legalábbis – a homeopátiát<sup>296</sup> (a gyógyítási módokkal kapcsolatos választások számszerű összefoglalását lásd a VIII. függelékben). A legtöbben várandósan, vagy a várandósságot tervezgetve találtak rá a homeopátiára, így a homeopata gyógyítás esetükben először a terhes anyák gyógyszerstopjára adott reakciót jelenti, illetve gyermekgyógyászatot, és ezt kiterjesztve általános gyógyítási eljárást (50/31). Ebben feltétlenül szerepet játszhat az Alternatal felkészítő tanfolyama is, ahol a homeopátia hangsúlyosan nagyobb bizalmat kap,

<sup>296</sup> A homeopátia történetét és elveit lásd a VII. függelékben.

mint az allopatia<sup>297</sup>, de főként a homeopata gyógyítás logikája, amely egybecseng a holisztikus szülésmodell logikájával. A kiindulópont itt is a „felesleges”, mesterséges beavatkozások hosszú távú hatásaitól való félelem, akárcsak a szülészet esetében. A legkirívóbb példa az antibiotikumok, illetve a védőoltások elutasítása, bár a két esetben nem egyforma a felelősség kérdése. Az antibiotikumok esetében nem talákoztam szélsőséges alapállással, tehát sokkal inkább a „ha csak lehet, ne kapjon a gyerek antibiotikumot” a leggyakoribb hozzáállás (50/36), mint a teljes elutasítás (50/8), illetve jellemző, hogy a kismama és a szoptató anyja sem szed olyan gyógyszert, ami a magzatra, illetve a kisbabára ártalmas lehet<sup>298</sup> (ez mindenkire igaz).

“Ami igazán nekünk bejött, az a homeopátia. Szerencsénk volt, mert egy olyan embert sikerült találnunk, aki rendes, gyermekszerető. Tehát az én gyerekeim először homeopátiás kezelést kapnak, és ha esetleg ez nem segít, akkor kapnak mondjuk antibiotikumot. De nekünk elég kevészer volt erre szükségünk. Akkor döntöttem a homeopátia mellett, amikor mind a két lányom megfázott. Elvittem őket orvoshoz, és ő a nagyobbiknak antibiotikumot írt fel, a kicsinél pedig azt mondta, hogy bízzuk a természetre. Ez volt az a pont, amikor azt mondtam, hogy az én két éves lányom antibiotikummal tudja legyőzni a betegséget, az újszülött pedig az ő fejletlen immunrendszerével? Akkor miről beszélünk? Lehet, hogy akkor a nagyobbiknak sem kell gyógyszer. Elkezdtünk keresgélni, és úgy találtuk meg a mi dokibácsinkat. Nekünk eddig bejött.” (Kitti, 36)

A kötelező gyerekkori védőoltásokat a megkérdezettek közül 30-an beadatták vagy be akarták adni gyermeküknek, de kétharmaduk e döntését a bürokratikus kényszerrel magyarázta. Vagyis a tendenciózus szándék inkább afelé hajlik, hogy elutasítsák a védőoltásokat, de a hivatali és társadalmi nyomás miatt a gyakorlatban ez nem valósul meg maradéktalanul. Az imént említett 30 fő megközelítőleg kétharmada bizonyos oltásokat beadat, másokat nem, esetleg „csúsztatja” az oltás idejét (30/21). A döntést mindig utánajárás, utánaolvasás előzi meg, ami a „jólértesültség”, a „jártasság”, s a tudatos döntéshozatal érzésével ruházza föl az embert. Itt tehát – akárcsak az otthoni szülés esetében – nem az a kérdés, hogy igazuk van-e vagy sem (ezt a jövő avatott szakemberei eldöntik majd), hanem az, hogy létezik az igény a hiteles és sokrétű tájékoztatásra, illetve hogy bekerült a köztudatba a kötelező védőoltások megkérdőjelezése problémájának létezése, ami idővel további kutatásokra sarkallja a gyógyszeripar tudományos vonulatát.

„Egy részüket igen, egy részüket nem. Nem adjuk be a BCG-t, mert túlhaladott, Európában nem is oltanak ellene. Nem kapnak pertussist, mert ez manapság a sok kruppos betegség fő kiváltó oka. Nem kapnak Hib-et, mert olyan kicsi a valószínűsége, hogy elkapják. Nem kapják meg a 15 hós MMR-t, csak a kanyarót. Hát ha sikerül elkapniuk a betegséget és szerezhetnek valódi védettséget. A 11-éves emlékeztető oltást megkapják,

<sup>297</sup> allopatia: az ellentétesség elvén működő gyógymód (betegség → ellenszer).

<sup>298</sup> Mivel várandós és szoptató anyákon többnyire nem végeznek gyógyszerkísérleteket, gyakran nem áll az orvosok és a felhasználók rendelkezésére adat. Ilyen esetekben, bár nem ellenjavallt, mivel nem egyértelmű, hogy a gyógyszernek semmilyen negatív hatása nem lesz a magzatra, egyéni elbírálás kérdése, hogy a gyógyszer ártalmas-e vagy sem. A homeopátia hívei számára ez a kategória rendszerint az „ártalmas” halmazba kerül.

mivel ez önmagában is elegendően védi őket a termékeny éveik alatt. Megkapják tehát: a diphthériát, a tetanuszt, a gyerekbénulást (ezt szociális okokból), a kanyarót, 11 éves korban az MMR-t és a Hepatitis B-t is.” (Gizi, 25)

Az általam megkérdezett édesanyák közül - dacolva az előírásokkal – hatan egyáltalán nem adták be (vagy nem tervezik beadatni) gyermeküknek a védőoltásokat. Noha szinte minden kérdésnél akadtak bizonytalankodók, „nem tudom” kategóriába tartozók, válasszamegtagadók, e kérdésnél feltűnően magas volt a válasszamegtagadók aránya (50/9), öten pedig nem tudnak a kérdésben döntésre jutni.

A szülésfelkészítő tanfolyamon ugyan elsősorban a tájékozódásra, az önálló döntésre hívják föl a kismamák figyelmét a védőoltásokkal kapcsolatban is, szakirodalmi ajánlásaik a szkepticizmus irányába terelik a témáról való gondolkodást. Az Alternatal Alapítvány alkalmanként olyan tanfolyamokat is szervez, amelyek a gyermekgyógyászatban, csecsemő- és gyermekápolásban nyújtanak a szülőknek olyan ismereteket, amely a természetes alapokra helyezett öngyógyításban kíván segítséget nyújtani. Ezekről a módszerekről nem állítják, hogy helyettesítik az orvosi ellátást, hanem csak azt, hogy kiegészítik, illetve az enyhébb betegségek lefolyását meggyorsítják és segítenek a szövődményeket elkerülni.

“Van az Ágiéknál a borogató tanfolyam. A házi praktikákat kombinálni az orvossal. Ha nem megy, megyünk a dokinénihez. A homeopátiát nem ismerem, de jó lenne megismerni. A vajúdás alatt a vérnyomásomra kaptam valamit, állítólag használt.” (Zselyke, 32)

A mintámban szereplő anyák a betegségek megelőzésének legfőbb módszerét a természetes, kiegyensúlyozott életmódban látják (50/35). Ez elsősorban az egészséges, „tudatos” táplálkozást (35/28), a rendszeres testmozgást (35/15), és a testi-lelki egyensúly fenntartását (35/14) jelenti<sup>299</sup>.

A gyógyítás módjaira célzó kérdésekre legtöbbször a *természetességel* kapcsolatos válaszokat kaptam (50/41).<sup>300</sup> Ez az esetek döntő hányadában (41/35) annyit jelent, hogy

<sup>299</sup> Az otthonszülő nők megelőzéssel, illetve gyógyítási módokkal kapcsolatos választási arányainak összefoglalását lásd az VIII. függelékben

<sup>300</sup> Fontos hangsúlyozni, hogy a természetes gyógyítás nem feltétlenül azonos a természetgyógyászattal, mert attól megkülönböztetendő a népi gyógyászat, noha a két terület mára erősen keveredett egymással. A természetgyógyászatba a homeopátiás gyógyítás mellett még sok olyan gyógyító és diagnosztikai tevékenység tartozik, amely nem tartozik bele a professzionális orvoslás hivatalos gyakorlatába, de a népi vagy tradicionális orvoslás körébe sem. (KOLTAY 2002: 167) Koltay Erika e meghatározása a professzionális gyógyítás hivatalos gyakorlatán az egészségbiztosítás által finanszírozott tevékenységet érti, a népi orvosláson pedig az európai kultúrkörbe tartozó tradicionális orvoslást. Ez utóbbi pedig általában jelenti a gyógynövényekkel, gyógyteákkal való gyógyítást, illetve egyéb, természetes anyagok gyógyító célú hagyományos felhasználását. Ami tehát nem tartozik a professzionális gyógyítás hivatalos gyakorlatába, kívül esik a társadalombiztosítás keretein, vagyis az adózó a befizetéseit efféle célra nem igényelheti „vissza”. Ily módon állami monopólium annak meghatározása, hogy mi lehet népszerű, hiteles, igénybe vehető, és mi nem. Egy homeopátiás vizit a magánorvosi praxisban megszokott tarifákat jelenti, amely eleve meghatározza felhasználói körét. Az állam számára pedig a professzionális gyógyítók hivatalos testületei, szakmai kollégiumai tesznek javaslatot arra, hogy mi tekinthető professzionálisnak. Jelen pillanatban az otthonszülést kísérő orvos vagy a homeopátiás, egyetemi diplomával rendelkező orvos nem.

lehetőleg nem kap a gyerek semmilyen gyógyszert (inkább gyógyteát, aromaterápiát, inhalálást, pakolásokat alkalmaznak), komolyabb betegség esetén pedig homeopátiával, esetleg allopatíával kezelik, s csak néhány esetben jelenti az allopatia következetes mellőzését (41/7). Vagyis a természetesség nem szélsőséges álláspontot, hanem egyfajta törekvést jelent, ami sokkal inkább egyfajta tendenciát mutat, mintsem meggingathatatlan ellenállást. Ez a tendencia pedig széles körben terjed az általános orvoslás, s különösképpen a gyermekgyógyászat egészén belül is.

„Lehetőleg semmit sem adok neki. Ha kell allopatíával is kezelem, de szimpatizálok a homeopátiával, és szoktam is alkalmazni, csak nem vagyok még olyan nagy művésze, hogy teljes mértékben rá merjek hagyatkozni. Igyekszem a természetes módszereket felkutatni és alkalmazni.” (Ági, 33)

„Természetes módon. Nemigen betegek, de ha igen, akkor sem kapnak gyógyszert. Be vannak oltva, de még soha nem kaptak antibiotikumot.” (Bogi, 30)

A narratívákban rendszeresen felbukkanó motívum a homeopátiával kapcsolatban a „hit” kifejezés, értsd hit a homeopata gyógyászat hatékonyságában, illetve az erről való polémia akár önmagukon vagy családon belül is (38/8)<sup>301</sup>.

„Hát nem volt még beteg... Hát az alternatív doktor bácsink is, meg a mi sztk-s doktor nénink is homeopátiával gyógyít, az sztk-s homeopátiával is, és én mondtam, hogy nekem ehhez affinitásom van. Előtte nem volt, egyáltalán nem nagyon ismertem, és nem foglalkoztam vele. Most igazából... A közös bajunk az én gyulladásaim voltak, de azt mindig homeopátiával, meg ilyen természetes gyógymódokkal, mint túropakolás, meg... Ilyenekkel gyógyítottam, és működött. A férjem az nem hisz a homeopátiában, de azt mondja, hogy ha működik, akkor miért ne próbáljuk ki. Én úgy vagyok vele, hogy ha muszáj lesz valamilyen antibiotikumot mondjuk beadni, akkor sem azzal kell kezdeni. Meg én abban is nagyon hiszek, hogy ha az ember kiegyensúlyozott életet él, akkor az immunrendszere is jobban működik. Tehát az jó, hogy egy éves koráig nem volt semmilyen betegsége, egy taknyolódás sem, az egyik részről az, hogy szopott, és szopik, a másik részről az, hogy egy kiegyensúlyozott gyerek.” (Petra, 43)

A homeopátia gyógyszeres kezelést jelent, saját meghatározása szerint „nem hagyományos gyógymódok közé tartozó gyógyszeres, regulációs terápia”,<sup>302</sup> s bár a gyógyszerek eredete, összetétele, adagolása és alkalmazásának módja alapjaiban tér el az allopatikus gyógyszerektől, mégis akadnak, akik a természetesség jegyében a gyógyszerhasználat minden formáját elutasítják (50/5).

„Már a homeopátiáról is leszoktunk, mert van a faluban egy református lelkészasszony, aki mézes gyógynövénytinktúrákat csinál, és mi segítünk neki, amikor szüksége van rá, dolgozunk neki, ő is ad, ha szükségünk van rá.” (Vera, 36)

„Az illóolajok bejöttek nagyon. O-t is azokkal kezelem. Levendulát mindenhova viszek magammal. A tejbelövellésre is olajos-levendulás borogatást tettem rá. Hüvelyi fertőzésre fokhagymakúrán túl illóolajos kezelés

<sup>301</sup> A homeopátiát valamilyen összefüggésben összesen 38-an említették.

<sup>302</sup> [www.homeopata.hu/bemutatas.php](http://www.homeopata.hu/bemutatas.php) (Letöltés ideje: 2009.05.23.)

és fürdés segít. Az utolsó hónapokban mindig volt hüvelyi fertőzésem. [...] O. hasfájós volt. Babamasszázszt alkalmaztam, fülén az akupunktúrás pontokat. Könyvekből tanultam, meg idősebb emberektől, akik értenek a gyógynövényekhez, például a szembeszomszéd. Magamat talpmasszázsral, gyógynövényvel gyógyítom. Gyógyszert nem használunk.” (Bori, 38)

Gyakori, hogy az édesanyák a népi gyógyászat felelevenített módszereit alkalmazzák a gyermek betegségének kezelésére (gyógyteák, gyógynövények, természetes anyagok gyógyító célú felhasználását a legtöbb megkérdezett említette (50/46), ami nem „népi gyógyászatot”, hanem „népi eredetű gyógyászatot” jelent), és ezt egészíti ki szükség esetén a homeopátia, súlyos esetben pedig az allopatia. Az ismereteket könyvekből, illetve idős rokonoktól, ismerősöktől, esetleg tanfolyamokon sajátítják el, mely tudást a saját tapasztalat csiszolja meg, bár az alább idézett édesanya éppen kertészmérnök, aki növényismeretet tanít egy Waldorf iskolában.

„Igen, ezek a nagyon hagyományos, citrompakolás, antibiotikum helyett, a nagyon csúnya köhögés, torokgyulladásra joghurtos túrópakolás gypjába tekerve, két nap alatt lehúzza a köhögést meg a nyakat, torokra és tüdőre, hátra. Aztán a citrompakolással a mandulagyulladást meg lehet gyógyítani, zsályateás öblögetéssel, mert nem kell antibiotikum. Akkor, amikor nagy baj van, akkor kell, mert azért találták ki. De egyszer volt a tüdőgyulladás határán a gyerekem, ez a kicsike, és akkor mivel jött a Karácsony, kétélű volt a helyzet. Tehát vagy kap egy gyógyszert, mert kilenc napja magas láza volt, és teljesen le volt soványodva, vagy pedig kockáztatunk, hogy Karácsonykor esetleg bekerül valahova, és akkor azt mondtam, hogy szeretném, ha gyógyszert kapna, és tényleg, lekopogom, de négy éve alatt nem kellett gyógyszerhez nyúlni. Homeopátiás gyógyszereket esetenként használok, az egy külön tudomány, de az alapgyógyszereket meg lehet tanulni és akkor azokat, amikor úgy éppen, de én a borogatásokat szoktam, lábfürdő, sós ez meg az, hát ilyesmi.” (Lujza, 37)

Ritkán, de olyan asszonyokkal is találkoztam, akik az orvoslás antropozófiái irányzatát veszik igénybe, amely Rudolf Steiner ezoterikus elméletei alapján működik (50/3). Ez azonban nem zárja ki a természetgyógyászat egyéb irányzatainak alkalmazását.

„Ha betegek, súlyos, visszük a dokihoz, antropozófus gyerekorvos, homeopata felfogással. Antibiotikumot A. egyszer kapott, amíg más volt az orvos. Homeopatikus szereket, teákat, illóolajokat használunk, bár ez nem mindig megy a homeopata szerekkel.” (Zsuzsa, 33)

A gyermek, és ebből kinőve a családtagok gyógyítása tehát nem az akadémikus orvoslás szabályai szerint történik az otthon szülők körében, hanem az orvostudomány lehetőségeinek határait megvizsgálva és a természetes gyógymódok alkalmazásának hatékonyságát újra felfedezve új utakat keresnek. Nem utasítják azonban el a gyógytudományok modern vívmányait sem, pusztán a kizárólagosságát kérdőjelezzik meg.

A fenti mintába illeszkedve gondolkodnak az otthon szült édesanyák a csecsemő- és gyermekápolásról is. A jelszó a természetesség, a kemikáliák használatának mellőzése, a környezettudatosság és az egyéni tapasztalat. A természetesség és a kemikáliák használatának mellőzése a babaápolás esetében egymást feltételező szempontok, amelyekre



megkérdezettjeim nagy százaléka utalt (50/41), de a környezettudatos szempontok is jellemzőek (50/28).

„Anyatej, körömvirágkrém, orbáncfűolaj, mandulaolaj, kamilla, illóolajok. Onnan tudom mi kell, hogy utána olvastam.” (Luca, 30)

„Vizes vatta, szappan.” (Sarolta, 33)

“Semmilyen. Néha a kozmóra babaolajat. Pelenkakiütésre ha kell, dm-es krémet. Babafürdetőt sem. Mert annyi műanyagot beleraknak mindenbe, és úgy látom, nincs szükség rá. Meg akarom óvni a bőre önszabályozó képességét.”<sup>303</sup> (Hanga, 33)

„Szinte semmit. Ha igen, akkor a legegyszerűbb, legtermészetesebbet. Tiszta körömvirágolajat, mandulaolajat, ezekbe néha teszek illóolajat. Weleda<sup>304</sup> popsikenőcsőt, de csak ha muszáj, dm-es fürdetőszert.” (Barbi, 26)

Ám ahogy a gyógyítás esetében, itt sem különösebben jellemző a kizárólagosság. A fogyasztói társadalom által felkínált és felhasznált termékek a praktikum érdekében gyakran kiegészítik a természetbarát megoldásokat (a fenti 41 főből 30-an említettek a természetes megoldások mellett ipari készítményeket).

„Alapvetően gyógyszertári termékeket használunk. Most vettem egy ilyen habfürdőt, de azt is azért, mert a dm-ben vannak ilyen babaakciók, és ez is benne volt. És az, hogy egyszer egy ilyen nagy habos fürdőt csináljunk neki, abban nincs semmi...” (Noémi, 43)

„Popsikrémet használunk, patikait. Utazáshoz biokörömvirág krémet. Törülköndőt utazáshoz, otthon vizes vattát.” (Boróka, 28)

„Háromféle pelust használunk: a lebomló biopelust, van kimosható nadrágpelus, de azt télen nem használtam, mert hideg, ha menet közben vagyunk, akkor meg pampers.” (Anikó, 32)

Kutatásomban csupán egy asszonnyal találkoztam, aki következetesen és kizárólag bio test- és babaápoló termékeket használ.

„Csak a bio-t. Nagyon fontos, hogy ne legyen benne kőolajszármazék. Van a Weleda és a Vála kozmetikum, ma már van többféle, de a Weleda az biodinamikus<sup>305</sup> anyagokkal dolgozik, abszolút jó a gyerekeknek, szerintem, és egyébként nem használok, ha nem muszáj, mert nem kell.” (Timi, 37)

<sup>303</sup> E kérdésben is jellemzően bukkannak fel a generációs tudások különbségei. Az otthoni szülők generációjának szülei még azt tanulták, hogy a gyermek popsiját minden pelenkázásnál – ha kell, ha sem – vastagon be kell krémezni. Sok korombéli édesanya panaszkodik, hogy a nagymama állandóan keni a gyerek popóját, „mert nem akarják tudomásul venni, hogy ma már a pelenka nem úgy «működik», mint hajdanán, és a krémek sem ugyanolyanok”. Annak idején a textilpelenkában vagy később a műanyag borítású eldobható pelenkában ázó baba nagyobb eséllyel lett kiütéses, mint a nedvszívó maiban, az akkor használt patikai krémet pedig – némi túlzással – ma már csak az „alternatívok” használják.

<sup>304</sup> Természetes alapanyagokat felhasználó, antropozófiai szellemiségű, svájci székhelyű testápoló termékeket előállító cég, melynek saját magáról vallottan fő célkitűzése nemcsak a környezetszennyezéstől való tartózkodás, hanem „a Föld sebeinek gyógyítása”. (www.weleda.hu) Az otthoni szülők által meglehetősen gyakran említett termékcsalád (50/16).

<sup>305</sup> A biodinamikus gazdálkodás alapjait szintén Rudolf Steiner rakta le. A gyakorlat az ökológiai gazdálkodás egy válfaja, ahol nem mesterséges növényvédő szereket használnak, hanem a kártevők természetes ellenségeit támogatják, illetve természetes alapú permetet alkalmaznak, ami segíti a növényt saját védekezőképességének fokozásában. Természetes kompozitot használnak, növénytársításokkal igyekeznek védelmet biztosítani a haszonnövényeknek (amely módszert egyébként ma már szinte valamennyi népszerű kertészeti irodalom is

Az általam megkérdezett édesanyák egynegyede mégis ökológiailag lebomló pelenkát vásárol, noha nem kizárólagosan. A lelőhelyek ismerete szájról szájra, illetve az interneten keresztül terjed, noha ma már olykor üzletláncokban is feltűnik szépen kivitelezett változata.

„Ökopelust. A Lehel téri piacon lehet kapni a gyógynövényboltban, meg a Széna térnél a Shell kút mellett. Meg Monapelt<sup>306</sup>, de azt kevésbé.” (Fanni, 28)

„Textilt, mostam, nem főztem. Bio mosószerrel, ami gyakorlatilag zsályaolajjal meg mindenféle illóolajokkal fertőtleníti. És hatvan fokon, vagy ha nagyon olyan volt, kilencven fokon. Aztán használtam eldobhatóst is, mert egy idő után lehetett kapni olyan eldobhatós... van Németországban már olyan pelenka, ami újratervezett és teljesen elbomlik, bio pelenka, nem tudom, minek nevezzem, szegény bio név, már ami az életet jelenti, egész elcsépelet lett. De azt tudom, hogy ez a fajta pelenka lebomlik, tehát komposztra kidobálható. Teljesen elképesztő, mert használtam eldobható pelenkát, fájó szívvel, egyébként környezetvédelemben is dolgozom, és olyan rossz érzés volt az, de lustaság, vagy éppen nem volt rá módja az embernek, tehát azt ismerjük, hogy sietek, meg kényelem, meg kaptam, meg ízé...” (Aliz, 37)

„Gondolkodtam a moshatón, de mások mondták, hogy macerás. Kukoricapelus, biopelus, még többet szeretnék róla megtudni, de itt nincs. Az itteni bioboltot szeretném rávenni, hogy rendeljenek. Mindennek utána kell járni, de ez nem baj. Miért kellene, hogy a világ kiszolgáljon engem?” (Edit, 34)

A biopelenka mellett egyéb környezetkímélő megoldásokat is kínálnak a gyártók, ám ezek még egyáltalán nem terjedtek el a köztudatban.

„Van ilyen kötött gyapjúnadrág, tiszta gyapjú, és akkor ezt a textilbe így bele, és ráadni ezt a kis gyapjúnadrágocskát. Ami, ha pisis lesz, akkor a napra kell kitenni, mert öntisztuló is. Tehát ez nagyon sok nőnek elképzelhetetlen, hogy nem rakom bele a hypoba. Nem rakom bele a hypoba egyébként sem, mert vannak fertőtlenítőszeresek, amik nem klórosak. De nekem egy nagy élmény volt, hogy ezen a területen is az ember felfedezi azt, ami nem árt. Tehát nem szennyez.” (Lujza, 37)

A természetvédelem mellett elsődleges szempont még a csecsemő komfortérzete, bőrének megóvása. Bár saját mintámban viszonylag ritkán fordult elő, hogy ezen megfontolás a textilpelenka használatára sarkallja az édesanyákat (50/7), ezen összefüggést sem szabad figyelmen kívül hagyni.

„Textilt. Azért, mert én úgy érzem, hogy jobb érzés egy pamutot rakni az ember popsija alá tenni hónapokig, évekig, mint az eldobhatóst. Eleinte csak textilt használtunk bármikor, most, hogyha elutazunk, elmegyünk valahová, akkor azért van eldobhatósunk is. Tehát ez a... gyakorlatilag én, amikor menstruálok, akkor utálok ezeket a betéteket. És úgy gondolom, hogy neki is egy jobb érzés, elég gyakran cserélgetem, hogy ne legyen pisiben. Meg bízom benne, hogy hamarabb le fog szokni róla, mint a tiszta, száraz érzésű eldobható pelenkákról... Jó, van, hogy nem szennyezem vele a környezetet, ez is van valamennyire, de nem ez az elsődleges. Szelektíven gyűjtjük a szemetet, és benne van, hogy nem akarunk egy tonna pelenkát rászórni a Földre, de főleg a gyerek popsijának érzem fontosnak.” (Noémi, 43)

---

javasolja), a fajtaválasztásnál pedig az adott környezet, illetve a vidéken élő gazdák által szelektált fajtákat részesítik előnyben. „A biodinamikus gazdálkodók munkájuk során igyekeznek figyelembe venni a napi ritmusokat és az év körforgásának az emberre és az általa végzett tevékenységre, a mezőgazdálkodásra való hatását is. Ugyancsak fontos tényezője e termesztési módnak a «globalizáció» helyett a «lokalizáció» megteremtése – a termesztés, feldolgozás, fogyasztás regionalitásának megteremtése.” (www.biodinamikus.hu)

<sup>306</sup> A textilpelenka modern, textilbetétes, könnyen mosható változata.

Gyakoribb, hogy a környezet iránti aggodalom az, amely a textilpelenka használatára sarkallja az anyákat, noha ez sem egyértelmű jellemző (50/14).

„Textil, többnapos utazások alkalmával környezetbarát, eldobható. Irtózat elképzelnem azt a rettentő mennyiségű szemetet...” (Márta, 30)

A babapelenka esetében többen arra a következtetésre jutottak, hogy haladni kell a korrallal, figyelni a változásokat, és nem szabad ragaszkodni a meggyökeresedett véleményekhez. Ilyen idejétmúlt környezetvédelmi elképzelésnek tartották például többen, hogy eldobható pelenka helyett textilpelenkát kell használni (az erről szóló polémia a narratívákban kilenc esetben bukkant fel).<sup>307</sup>

„Kezdtük textillel, de már eldobhatóst. Nem gazdaságosabb sem a természetnek, sem gazdaságilag. Sok víz, sok mosószer, a papírpelusz sem olyan környezetszennyező ma már.” (Ági, 33)

Az árubeszerzés forrása, vagyis az otthonszülők bevásárlásaik helyszíne rendszerint a lakóhely közelében található kisebb áruházlánc valamelyike (50/39 említette). Megkérdezettjeim körülbelül egynegyede jár bioboltba heti rendszerességgel (50/12), a fele (50/26) alkalmanként, s előzetes várakozásaimmal szemben a nagy áruházláncokat sem utasítják el végletesen (24-en alkalmanként vásárolnak hipermarketben, soha 14-en /de ennek oka autó hiánya, illetve a távolság is/, legfőbb beszerzési forrásként viszont csak ketten említették). Ez utóbbiakkal szemben a leggyakoribb kifogás, hogy „túl sok időt vesz igénybe” vagy „nincs a közelben”, s bár kimondott viszolygás párosul a hipermarketekben való vásárláshoz (az említések felében), és nem találkoztam olyan otthonszülővel, aki időtöltésként, programként, kikapcsolódásként fogja fel az effajta bevásárlást – legalábbis az önreprezentáció síkján –, szó sincs róla, hogy jellemző módon ideológiai síkra terelve tüntetőleg távol tartanak magukat az óriásáruházaktól.

„Ritkán, de nem zárom ki. Néhány éve ez még családi esemény volt, de mára leszoktunk.” (Csenge, 33)

„Nagyon ritkán. Hát rengeteg időt és energiát vesz el az embertől.” (Petra, 43)

„Nem annyira, mint amennyire sima ABC-ben. Nincs ideológiai háttere.” (Adrienn, 24)

„Nem jellemző, azért sem, mert errefelé nincs ilyen. Ha nagyritkán alkalom adódik, akkor igen, mert nagy a választék.” (Kitti, 36)

„Nincs autóm, de ha eljutok [hipermarketbe], vásárolok. Olykor a biopiacra megyek, bioboltba, de inkább arra figyelek, hogy ne legyen hozzáadott cukor, tartósítószer.” (Vivien, 32)

<sup>307</sup> Akkor, amikor a környezettudatosság e követelményt felállította, még műanyaggal bevont eldobható pelenkák voltak csak forgalomban, ám az elmúlt tíz évben ezeket felváltották a papírpelenkák, amelyek néha éppen az újrafelhasználás logójával hirdetik magukat.

Saját mintámban viszonylag ritkán fordult elő (50/9), hogy a megaáruházakkal kapcsolatban a vallott értékek gyakorlatba való átültetését ideológiai alapon következetesen véghezvitték, vagyis hogy – lehetőség szerint – azért nem vásárolnak hipermarketben, mert az sért bizonyos értékeket, illetve nem egyeztethető össze a formálódó, értékalapú elvárásokkal. Egy édesanya levélben válaszolt vásárlási szokásait firtató kérdésemre. A válasz jellemző módon általánosságként megfogalmazva éppen azon pontokat hangsúlyozza, amely az ökológiai egyensúly fenntartásáért, pontosabban visszaállításáért aggódó tudatos vásárló mozgalom mondandójában is rendre megjelenik, amely tehát a közbeszéd tárgya, mégis csak egy szűk réteg tulajdonít neki különösebb jelentőséget.<sup>308</sup>

„Nem, igyekszem elkerülni, bár nem mindig megoldható. Amire szükség van, többnyire piacon, vagy kisebb boltokban szerezem be, és általában szezonális dolgokat eszünk (pl. déligyümölcsöt télen semmiképp) A megaáruházak termékei és élelmiszerei (saját tapasztalat szerint is) nem megfelelő minőségűek, és környezetvédelmi szempontból is kifogásolhatóak: a külföldről beszerzett áru túl sokat utazik, vagy éretlenül szedik le, vagy gyermekmunkát alkalmaznak, esetleg genetikailag módosítottak (mármint a zöldségek, nem a gyerekek©)” (Dorka, 23)

A táplálkozással kapcsolatos legjellemzőbb motívum újfent a természetességre törekvés (természetes alapanyag, tartósítószer és színezék mellőzése, természetes tartósítás), amelyre válaszadóim közül 41-en utaltak.

Az egészséges táplálkozás és az alternatív egészségvédelem egyik sokat vitatott pontja a vegetarianizmus. Én kifejezetten a húsevés elutasítására kérdeztem rá, nem különböztetve meg a vegetarianizmus eltérő formáit, mint a szemi-vegetarianizmust<sup>309</sup>, az ovo-lakto vegetarianizmust<sup>310</sup>, a vegán szemléletet<sup>311</sup> és egyéb formákat<sup>312</sup>, amelyek valamennyien

<sup>308</sup> Bár a vásárlói tudatosság ha lassan is, de nő, ezt nem a környezettudatossággal, hanem a gazdasági válsággal hozzák összefüggésbe a kutatók. A Kirakat.hu és a Szonda Ipsos felmérése szerint a Tudatos Vásárlói Index (amely egy 7 fokú skálát jelent) 2007 decemberében még 4.75 ponton állt, 2008. szeptemberében 4.95 ponton, 2009 szeptemberében pedig kerek 5.00 ponton.

([http://www.penzcentrum.hu/cikk/1020253/1/tovabb\\_nott\\_a\\_vasarloi\\_tudatosság\\_itt\\_az\\_uj\\_tudatos\\_vasarloi\\_index](http://www.penzcentrum.hu/cikk/1020253/1/tovabb_nott_a_vasarloi_tudatosság_itt_az_uj_tudatos_vasarloi_index)) „Ez főleg annak köszönhető, hogy a skála két legfelső kategóriájába tartozó különösen tudatos fogyasztók aránya nőtt, míg a kevésbé tudatos vásárlók száma nagymértékben csökkent. A korábban megállapított demográfiai összefüggések most is beigazolódtak, így a felsőbb kategóriákban továbbra is nagyobb arányban vannak jelen a nők és a magas társadalmi státuszú, 30 év feletti, internet-hozzáféréssel rendelkező városi fogyasztók. [...] A vásárlói tudatosság fejlődését példázza viszont, hogy egyre többen ismerik fel a proaktív fogyasztói viselkedés kényszerítő erejét a gyártókra nézve, azaz, hogy vásárlási szokásainkkal magunk is befolyásoljuk a kínálatot.”

(<http://www.privycouncil.hu/hu/sajtoszoba/20080901egyretudatosabbanvasarolunk.html>) Letöltés ideje: 2009. november 11. Ezek az adatok összecsengenek az otthonszülés lehetőségét, mint fogyasztói jogot számon kérő csoport társadalmi hovatartozásának tendenciáival.

Ugyanakkor az is egyértelműen kiderül a felmérésből, hogy évről évre csökken a felnőtt lakosság körében azok aránya, akik inkább környezetbarát terméket választanának, ha módjukban állna.

<sup>309</sup> A vegetáriánizmus legkevésbé szigorú formája: bizonyos húsok (hal, baromfi), tojás, tej és tejtermékek fogyasztását engedi.

<sup>310</sup> Semmilyen húskészítményt nem fogyaszt, de tejet, tejterméket és tojást igen.

<sup>311</sup> Nem csak a fenti élelmiszerek fogyasztása tilos, de a vegán szemlélet semmilyen állati eredetű ruha, cipő, öv viselését nem engedi. Két fajtája a nyers étrenden élők, illetve a csak gyümölcsöt fogyasztók csoportját jelenti.

önálló filozófiával támasztják alá elméleteiket. Számomra az volt a kérdés, hogy a táplálkozásban követnek-e alternatív utakat, különös tekintettel a vegetarianizmusra.

A megkérdezett édesanyák közül 13-an vallották magukat vegetáriánusnak, 37-en pedig nem, de utóbbiak fele (37/19) valaha vegetáriánus volt. Többek számára a gyermekvállalás volt a vízváltó (a nem vegetáriánus 37-ből 5-nek), ekkor hagytak föl a vegetáriánus életformával, mert a magzatra, majd a szoptatásra nézve károsnak ítélték meg, később pedig már nem ragaszkodtak hozzá.

A húsevési tilalom, illetve az állati eredetű élelmiszerfogyasztás tilalmának okai a tudatossági skálán széles sávban mozognak:

„14 éves korom óta így természetes. A férjem öt éve, utánam. Ez a nem ártás elvén nyugszik. A Föld eltartó képessége pedig véges, egyre több ember lakik a földön. A föld termőterületeinek nagyobbik részén állati takarmányt termesztene, de ha emberi táplálkozásra alkalmas növényeket termesztene ezen a területen is, több embert el lehetne látni. Ehhez persze felelősségteljes gondolkodás kell. De azért nem vagyunk elvakultak, van olyan hely a világon, ahol nem lehet állati fehérje nélkül élni, például az eszkimók, ott nem is kell. Ezt már az egyetem előtt is tudtam, és fontosnak tartottam.” (Barbi, 26)<sup>313</sup>

„Három-négy éve nem eszem húst. Kikapott az étrendemből, nem kívánom. Nincs ideológia mögötte.” (Edit, 34)

Nem vegetáriánusként aposztrofálták magukat azok is, akik esznek ugyan húst, de csak ritkán, és akkor is válogatott helyről származót (50/5).

„Nem, két-három havonta eszünk tiszta húst.”<sup>314</sup> (Márta, 30)

A vegetáriánus életformához szervesen kapcsolódik a változatos gabonafélék sokrétű felhasználása, amely azonban csak akkor váltja be a hozzáfűzött reményeket, ha vegyszermentes, biológiai gazdálkodásból származik. A táplálkozás e tudatos módja azonban egyfelől megfelelő ismereteket, másfelől pedig megfelelő pénzügyi háttérrel kíván.

„Nagyon húsevők nem vagyunk, de nem [vagyunk vegetáriánusok]. Volt, hogy két évig nem ettem húst. A cukrot és a húst igyekszem kiiktatni, saját kenyeret eszünk. Egészségesebbnek tartom a húsmentes életmódot, másodsorban nem akarok hozzájárulni az állatok irtásához. Ha valaki komolyan veszi, amit a hús helyett fogyaszt, az hajdina, köles, szója.” (Zsuzsa, 33)

Az egészséges életvitel, az egészségvédelem és testápolás kérdésében az otthon szülők elsősorban a prevenciónak tulajdonítanak nagy jelentőséget, amelyhez, illetve az egészség visszaállításához nagy arányban természetes gyógymódokat, illetve természetes alapú

<sup>312</sup> Pl. a reformtáplálkozás, amely a vegetáriánizmus bármely formájából építhető. Jellemzője a gabonaélelmiszerek túlsúlya, amelyek lehetőleg biológiai gazdálkodásból származnak. Vagy a makrobiotika, amely hazánkban a japán eredetű zen típust jelenti. Követői tartózkodnak a túlfinomított élelmiszerek, a tejtermékek, a hústermékek és izgató hatású készítmények fogyasztásától.

<sup>313</sup> Az idézett édesanya állattenyésztő mérnök

<sup>314</sup> Nem nagyüzemi, hanem háztáji, biológiai gazdálkodásból származó hús.

gyógyszereket, kozmetikumokat alkalmaznak, vagy legalábbis törekednek azok alkalmazására. Nem zárják ki azonban az allopatíás készítményeket sem, amennyiben azt valóban szükségesnek ítéli meg vagy az alternatív medicinát űző orvos, olykor a házi orvos, vagy maga a szülő. E ponton is gyakran éri az otthonszülőket a felelőtlenség vádja, nevezetesen, hogy saját kezükbe veszik a szakmai kérdések feletti döntést, ám saját reakciójuk ezzel kapcsolatban is rendre a felelőtlenség adott értelmezésének, illetve a felelősségvállalás számonkérése. Álláspontjuk, mely a természet tökéletes működésébe, illetve az abba való mesterséges befolyás káros voltába vetett hiten alapul, olyan világnézet(ek)be ágyazódik, amelyből többnyire nem hiányzik a transzcendens értelemben vetett bizalom.

## 2.9. A hit forrásai

A vallásosság mai jelentése, így a vallásosság és a modernizáció kapcsolatának értelmezése több ponton állított eddig is feladatokat a téma kutatói elé.<sup>315</sup> Saját mintámban a vallásosságra vonatkozó adataim alapján egyértelműen két nagyobb csoportot tudok megkülönböztetni, amely csoportok mégis erős átfedésben vannak. A megkérdezettek közel negyven százaléka (50/19) bár valamely történelmi egyházhoz tartozónak vallotta magát, hitét mégsem szigorúan e felekezetekben gyakorolja, hanem a „maga módján”.

„Keresztény vagyok. Református vallásúnak lettem nevelve, és kereszténynek, de én kereszténynek tartom magam. Hát az, aki nem jár templomba, hanem teljesen áthatja az életét, amennyire lehet. Tehát ez az élet tisztelete és a teremtett világ szeretete.” (Lujza, 37)

<sup>315</sup> Már az 1981-ben elindított Európai Értékkutatási programnak (European Values Survey)<sup>315</sup> is az volt a legfőbb kérdése, hogy vajon az egységesülő Nyugat-Európának van-e egységes értékalapja, vagy pusztán egy gazdasági társulásról beszélhetünk-e? Ha pedig van, akkor az mennyiben tükrözi a keresztény tanítás erkölcsi és társadalmi értékeit, ha pedig nem tükrözi, akkor mit találunk helyette? Azóta a kutatások egyre finomodtak, a témakörök bővültek. A vallásszociológiai kutatások eredményeinek összefoglalása során Tomka Miklós 1992-ben így fogalmaz: „Az európai vallási helyzet mérlegre tétele módot adott néhány fő tendencia kimutatására s egyúttal az eddigi elméleti pozíciók felülvizsgálatára. A legáltalánosabb megfigyelés a «vallási rendszer» átalakulása. Ennek egyik eleme a hit és a közösségi-szervezeti részvétel (a «believing and belonging») függetlenedése egymástól. Másik eleme a hit és a vallás egyéb részei közötti kölcsönös meghatározottság megszűnte vagy értelmezhetetlenné válása. Ez konkrétan az alapvető vallási (keresztény) meggyőződések nagyfokú társadalmi stabilitását, s ugyanakkor mindennemű vallásgyakorlat jelentős visszaesését, valamint a vallás erkölcsi előírásainak figyelmen kívül hagyását jelenti. A vallási változásnak ezt a fajtáját nevezhetjük *vallási privatizációnak*, ám a fogalom meghatározásra szorul. A privatizáció itt azt a ténytet fejezi ki, hogy személyes döntéssé vált, hogy valaki egyáltalán vallásos akar-e lenni, vagy sem; hogy miképpen hisz és hogyan gyakorolja vallását. Nem jelenti a privatizáció terminus a magánéletbe való visszaszorulást. Egybehangzó tapasztalatok szerint a vallás mind a kollektív identitások, mind a társadalmi csoportok közötti differenciálódás fontos tényezője. Jelentős szerepe van a vallásnak a társadalmiasulásban és a demokratikus struktúrák kialakításában és fenntartásában, a kisebbségi tudat megőrzésében és a kisebbségek politikai jogainak biztosításában.” (TOMKA 1992: 141)

„Katolikusnak vagyok keresztelve, de ez nem befolyásol. A hagyományos értelemben nem [vagyok vallásos]. Pedig úgy élünk, mindenki azt gondolja rólunk. De van bennem egy alázat, tisztelet az étellel szemben, ami magától működik. Van valami irányító szellem, irányító erő.” (Kati, 26)

A szabad vallási piac léte megengedi a felekezeti átjárhatóságot (bár az új vallási mozgalmak esetében ez gyakran nem lehetséges<sup>316</sup>), amelynek gyakorlata szintén része a privatizált<sup>317</sup> vallásnak. A felekezet elhagyása és az új felekezethez való csatlakozás elsődleges oka az az otthonszülőket általában is jellemző igazságkeresés, amely egyéni döntési lehetőségként fogja fel az erkölcsi, eszmei, világnézeti kérdések és válaszok közötti választást.

“Kaptam egy erős katolikus nevelést. A templomban, nagyon erős hatást tett rám. Nagy tekintély volt nekem a katolikus egyház, de megrendült benne a bizalmam. Olyan emberek miatt csalódtam az egyházban, akik reprezentáns helyzetben vannak, de nem a szeretet talaján mozognak, az pedig ne beszéljen szeretetről. Amúgy én egy liberális ember vagyok. Nem szeretem, ha gátolni akarják az embereket, főleg alantas érdekből. Most járogatunk az ortodox templomba, de rám az van nagy hatással, ahogy S-n keresztül megismerem az ortodoxiát. F-t ortodoxnak kereszteltük. Amúgy semmi vallásos cselekményt nem teszek. De abszolút istenhívő vagyok, és biztos, hogy Jézus valami nagyot fordított az emberiség gondolkodásában.” (Hanga, 33)

„Kereső vagyok. Biztos vagyok benne, hogy semmi nem történik véletlenül az életemben, mindennek oka van. Ha azt kellene mondanom, hogy igen vagy nem, akkor azt mondanám, hogy igen [vallásos vagyok]. De nem törődöm a hagyományos egyházzal, sem szektával. Belül próbálok kialakítani.” (Liza, 36)

A vallási pluralizmus, illetve a vallási piac adta lehetőségek szabad és önkényes felhasználása a legjellemzőbb motívum az otthonszülők vallásosságában (ez 38 főre igaz).

“Reformátusnak vagyok keresztelve, de hiányzik a Mária-tisztelet, ami fontos elem, főleg a nők, az anyák számára, amit a terhességem során éreztem meg. De sok kérdésre nem ad választ ez sem, és a katolicizmus sem, hanem inkább a keleti vallások adnak választ. Például a reinkarnáció. Inkább az ezoterikus kereszténységhez húzódok. A vallásom inkább Krisztus-központú, ez pedig hiányzik a keleti vallásokból. Olyan elemek is fontosak számomra, amelyek régen megvoltak a katolicizmusban, de ma már tiltva van.” (Sarolta, 33)

„Igen, [vallásos vagyok]. Személyre szabott, az is a saját ügyem.” (Karola, 36)

Interjúalanyaim valamivel kevesebb mint fele (50/21) semmilyen jelentőséget nem tulajdonított annak, hogy eredetileg mely egyházhhoz tartozik (pl. megkeresztelték-e vagy sem), hanem – ahogy fogalmaznak – „saját vallásuknak élnek”.

“Kamasz koromban felfedeztem zsidó gyökereimet, és egy elég fundamentalista közösséghez csatlakoztam, de nem kaptam választ a kérdéseimre. Egy katolikus iskolába jártam, most saját vallásomnak élek, ami a buddhizmushoz áll a legközelebb.” (Dorka, 23)

„Vallásos vagyok. Katolikusnak kereszteltek, de nem tartom magam annak.” (Éva, 37)

Közülük 12-en (21/12) nevezték meg egyértelműen világnézeti forrásként a buddhizmust illetve a hinduizmust.

<sup>316</sup> MOLNÁR 1998: 21

<sup>317</sup> Lásd a 315. lábjegyzetet.

„A buddhizmus vonz. Sokat olvastam, olvasok. Néha elmegyek gyakorlatokra, meditációra. Hébe-hóba a zenésekhez, mokusho templomba, Ivonékhoz<sup>318</sup> (?). Ági is ismeri<sup>319</sup>. A tibeti buddhizmus is érdekel. A Radnóti utcában van egy lakás, ami szentélynek van kialakítva, szakja<sup>320</sup>. Az indiai tánc is szent tánc. De nem vagyok elkötelezett gyakorló. A Természetben való hit megvan, mindennek megvan a helye, ehhez nem kell hit, nem szoktam fohászolni. Istenhívő talán nem vagyok, de mit nevezünk istennek? Egy rajtam kívül álló dolog irányít, azt nem hiszem, de hogy része vagyok, együttműködök vele, azt igen.” (Fanni, 28)

„Van vallásom. Hindu-féle. Aktív nem vagyok.” (Erzsi, 24)

Rajtuk kívül is tettek néhányan (21/4) utalást keleti vallásokra, rituálékra, filozófiára, ám náluk a vallási eklekticizmus gyökerei már homályba vesznek.

Olyan asszonnyal, aki szigorúan valamely egyház, felekezet vagy szekta előírásai szerint él, nem találkoztam. Olyannal sem, aki az interjú idején valamely karizmatikus közösséghez tartozna, amely erős elköteleződést és radikális személyiségváltozást kíván. Sokkal inkább olyan egyénekkel beszélgettem, akik hitük megélését is egyéniségükhöz és világnézetük egyéb aspektusaihoz igazítják, amiben szerepet kapnak természettudományi és/vagy társadalomtudományi világképek is.

A vallásosságra irányuló kérdéseimre többen (50/16) azonnal intézményellenes attitűddel válaszoltak, ahol a vallást egyértelműen belső, egyéni élmény megéléseként értelmezik, ami mint ilyen, már nem azonosítható az intézményes kereteket feltételező „vallás” kifejezéssel.

“Hívő vagyok, nem vallásos. Jézus az egyetlen igaz út, aki minket megváltott, de nem gyakorlom a ceremóniát.” (Orsi, 31)

„Nem vagyok vallásos, nem tartozom valláshoz, de nem vagyok ateista sem, hívő vagyok. Nem vagyok megkeresztelve, de istenhívőnek tartom magam. L. sincs megkeresztelve, nem is lesz.” (Hédi, 29)

Az intézményellenesség más formában is megnyilvánul:

„Hivatalosan katolikus vagyok, de épp a férfi hatalom ábrándított ki már korábban. B. meg van keresztelve. De van egy mély hitem abban, hogy a dolgok nem véletlenül történnek.” (Anna, 30)

Ritkán találkoztam olyanokkal, akik úgy kategorizálták magukat, hogy valamely történelmi egyház tanítása szerint élnek, bár - saját bevallásuk szerint - pontosabb volna úgy fogalmazni: kisebb-nagyobb engedményekkel próbálnak aszerint élni (50/4).

„Nagyon fontos nekem. Katolikus vagyok, templombajárók voltunk, a szüleim, de most fontosabb, mint akkor volt.” (Timi, 37)

<sup>318</sup> A Mokusho Zen House mestere, Myoken mester (Ivon Bec Roshi) [www.mokushozen.hu](http://www.mokushozen.hu)

<sup>319</sup> Itt Geréb Ágnesre, mint legitim emberre utal

<sup>320</sup> szakja: *sa-skya*. A „tisztá föld” rendje, az egyik legkorábbi tibeti buddhista irányzat (11. század)



Tizenegy asszony vallott úgy, hogy nem tartozik semmilyen valláshoz, felekezethez, s nem tartja magát hívő embernek. Ez valamivel magasabb arány (22%), mint a 2006-os országos átlag, de körülbelül megegyezik az 1991-es és 2000-es kutatások eredményeivel.<sup>321</sup>

„Nem vagyok vallásos, se istenhívő, nem hiszek a természeti erőkben [ugyanakkor ugyanő arról beszélt, hogy a szülésnél megjelennek hatalmasabb erők (megjegyzés tőlem, KNB)]. Reformátusnak kereszteltek, de nem tartom a vallásomat. A gyerekeim nincsenek megkeresztelve.” (Eszter, 30)

„Nem vagyok megkeresztelve. Nem vallásos a család. A férjem meg van keresztelve, református, de nem gyakorolja. Anyós-após sem igen templomba járók, de hívők.” (Vivien, 32)

A szülés-születés vallási, spirituális értelmezésének kategóriái természetesen a vallásosság elmosódott határú kategóriáival mutatnak párhuzamot. Többek számára a szülés hitük megélésének egyik intenzív formája (50/9), mások vagy ugyanazok – anélkül, hogy pontosan meg tudnák fogalmazni viszonyulásukat az érzékfelettihez -, a megfoghatatlant, a transzcendens megnyilvánulását látják benne (50/14), míg némelyek – jóval kevesebben – pusztán az emberi erőfeszítés csúcspontját látják a szülésben (50/3). Ugyanakkor többen (50/18) azon véleményüknek is hangot adtak, hogy a szülés erejét, illetve a transzcendens megtapasztalni csak háborítatlan körülmények között lehetséges. Irányítottan, figyelve, fegyelve nem.

A kereszténységet a „maguk módján” megélők a szülésben megjelenő erőt is a transzcendensből eredeztetik, isteni, szellemi segítségnek, amely így aktív és elengedhetetlen része a mindennapi teremtésnek, az életadásnak. A gyermek így adomány, áldás, amely kötelezettségeket von maga után.

„Spirituális élményt jelentett, fizikailag éreztem, hogy szellemi segítségem is van. Egy szellemi lény jött le hozzánk, ezt minden szülésnél éreztem, ez a baba. Úgy éreztem, mintha a regenerálódásban angyalok segítenének. Olyan kimerült voltam, hogy nem hittem, hogy másnap sikerül felkelnem.” (Hanga, 33)

„Jelentett spirituális élményt a szülés, az Isten ajándéka a számomra. Szülés alatt imádkoztam sokat.” (Betti, 31)

„Igen, a várandósság során végig olyan tapasztalataim voltak, mintha a két világ, a földi és a transzcendens között elvékonyodott volna a hártya, mintha sokkal átjárhatóbb lett volna.” (Aliz, 37)

Ebben a vonatkozásban gyakran megjelenik a halál, mint az élet teljességéről való gondolkodás szükségszerű motívuma (50/11 említette).

<sup>321</sup> A 2006-os C&R felmérés szerint a felnőtt lakosság 9,3 %-a sorolta magát a „nem vallásos” kategóriába, 5,8 % vallotta, hogy „más a meggyőződése, határozottan nem vallásos, és 4,5 % nem tudja eldönteni, hogy vallásos-e vagy sem. A 2000-es Tárki-Századvég Omnibusz vizsgálat szerint a megkérdezettek 23,7 %-a nem vallásos, 2,5 %-uk pedig nem tud a kérdésben dönteni. (ROSTA 2008: 446). Tomka Miklós 1991-es adatai szerint a felnőtt lakosság 20,8 %-a tartozik a „nem vallásos” kategóriába, 4,5 % a „más a meggyőződése, határozottan nem vallásos” kategóriába, és 5,4 % a bizonytalan (TOMKA 1991).

„Az egy más lelkiállapot. Transzcendens élmény. Ott olyan dolgok történnek, ami ott van az élet és a halál között, a borotvaélen táncolás, hogy innen élet, onnan halál, én még életveszélyben nem voltam, mint szülésnél. Amikor az ember tudja, hogy önmagától nem tudja csinálni, szellemi segítség nélkül, hogy tudom, hogy teremteni nem tudok, én eszköz lehetek, de isteni segítség nélkül nem megy.” (Adél, 36)

Van, akinek a lelki, spirituális, akár vallási élményt maga a gyermek adja, pusztán léte, a körülmények azon feltételeinek összhangja, amely létezését lehetőségessé teszi (50/13), sőt, néhányan a spiritualitást magából a gyermekből eredeztetik, noha magukat istenhívőnek vallják (50/4).

„Igen, határozottan éreztem ezt. Amikor így megérkezik ez a lélek ide. Végig azt az érzést, hogy ő téged választott, ő ide akar születni... nekem ez meggyőződésem, hogy így van. És hogy ... és ez megható.” (Éva, 37)

Két olyan esettel találkoztam, amikor az anya világnézeti berendezkedése és előzetes elvárásai szerint a szülés a transzcendens megélésének lehetséges alkalma, ám maguk mégsem tapasztalták meg azt. Ilyenkor a hibát magukban keresték.

„Ő [a gyermek apja] a babát is egy nagy erőnek, fényességnek érezte a kezdettől fogva, nem is tudott vele mit kezdeni. Neki a szülés nagy élmény volt, örömteli. Nekem sajnos nem volt spirituális élménye a szülésnek, valami gát lehetett bennem. Amikor S. ilyen dolgokról kezdett nekem beszélni, csak néztem nagyot.” (Csenge, 33)

„Mindenképpen. Egy lélek testet ölt, ez mindenképpen spirituális élmény. Szülés közben ez mintha elkerült volna, amiről beszélnek, a csoda, az erő.” (Fanni, 28)<sup>322</sup>

Három olyan édesanyával beszélgettem, akik a szülés alatt megjelenő lelki élményt pusztán egy tudományosan leírható pszichológiai állapotnak tekintették. Ezek a nők a vallásosság minden formájától más tekintetben is elhatárolták magukat.

„A nagyfokú fájdalom és a termelő hormonok hatására nagyon különleges másállapotban éltem meg a szülést. Hát, ez spirituális élménynek is nevezhető...” (Luca, 30)

„Nem volt a szülés spirituális érzés. Abban a pillanatban csak szülni szerettem volna.” (Márta, 30)

Az általam megkérdezett édesanyák körülbelül egyharmada a gyermek érkezését a Természet, mint a világregd irányítójának csodájaként - mint szükségyszerű következmény - értelmezi. Ezek a nők vagy a keleti vallásokból építkeznek (50/12), vagy hitük részeként más okból tekintenek a Természetre úgy, mint amely az ember felett áll (50/4).

„Először azt mondanám, hogy igen, [jelentett a szülés spirituális élményt], de a harmadik után azt mondom, hogy illúzióromboló. Az, hogy egy ilyen szép dolog, hogy a szülés ilyen brutális. Úgy érzem, hogy a szülést nem én csinálom. Ember ilyen erőt nem tud. De inkább állatnak érzem. Egy örült anyaoroszlánnak érzem magam. Inkább a vajúdas elején van egy éneklős, megváltozott tudatállapot-ézés, amikor gyereknek érzem magam, simogatnak.” (Cili, 26)

<sup>322</sup> Ez az édesanya végül kórházban szült, mert a kontrakciói lelassultak, és a jelenlévő bába úgy ítélte meg, hogy biztonságosabb kórházba menni.

Az otthon szült nők vallásosságának önbesorolása és önjellemzése, illetve a szülés spirituális voltának illetve nem-voltának értelmezése arra enged következtetni, hogy az otthonszülés kapcsán olyan nőkkel találkozhatunk, akik nagy valószínűséggel hisznek valamilyen transzcendens erőben, amely a szülés kapcsán is megjelenik, ám előzetes szocializációjuk és tapasztalatuk függvénye, hogy ezt az erőt milyen formában képzelik el. Az általánosítást – amely amúgy sem szerencsés egy összehasonlító vizsgálatban – az is nehezíti, hogy a hit tárgyát képező jelenségek az ember lehetőségeit és felelősségét is olyan sokféleképpen értelmezik, hogy valójában meddő a „vallás”, „vallásosság”, „transzcendens élmény” kifejezések használata eltérő értelmezésük miatt.<sup>323</sup>

## 2.10. Közösség- és hagyományteremtés

Anélkül, hogy adatközlőim a „közösségiség” kérdésköre kapcsán társadalomtudományi és közösségelméleti ismeretekkel rendelkeztek volna, a többség (50/29) úgy tartotta, hogy az otthonszülők köre egy andersoni értelemben vett képzelt közösségként<sup>324</sup> írható le – anélkül természetesen, hogy maguk e kifejezést használták volna.

„Tudati szinten fontos. Ott voltam a tüntetésen, az természetes volt [mármint, hogy ott volt]. Ha találkozunk olyannal, aki otthon szült, olyan, mintha ismernénk egymást.” (Cili, 26)

„Tudati szinten. Azóta Vácon is többen vannak, akik otthon szültek, a gyerekeink egy oviba járnak. Waldorfba. Voltunk az otthon született gyerekek találkozóján, jó volt azokkal találkozni, akikkel együtt jártunk a tanfolyamra.” (Bogi, 30)

„Lelkileg közelebb állunk egymáshoz, hasonló gondolkodás. Természetesebb. Természetesen fogjuk fel az anyaságot, természetközeli gondolkodás. Ökoanyagokat, lebomló termékeket használunk. A természetet fokozottabb figyelemmel gondoljuk. Össze nem járunk, bár biztos lenne lehetőség. Messze vannak. Önmagáért ezért nem járunk össze.” (Zsuzsa, 33)

Vélhető, hogy amikor az otthonszülőket összefűző valamifajta közösségről, közösségérzésről kérdeztem, akkor az anyák a közösség kifejezés hétköznapi értelmében adtak

<sup>323</sup> Gondolok itt például arra, hogy a gyermek érkezését a keresztény és a buddhista hívő, vagy az e világnézetekből merítő gondolkodás is spirituális élményként értelmezi, ám míg a keresztény Isten ajándékának tekinti a gyermeket, aki születése után is Isten gyermeke marad, nem pedig a szülők tulajdona, addig a buddhista más úton jut hasonló következtetésre: szerinte a gyermek önálló entitásként a maga karmája szerint, tehát a maga tetteinek következményeként születik adott nő gyermekeként, s mint ilyen önálló lény, aki nem lehet szülei tulajdona. Ott, ahol a buddhista logika utat talál, hasonlóképpen bukkan fel a gyermek önállóságának tisztelete, a szülői feladat szolgálatként való felfogása, mindkét esetben a hit megerősítését szolgálja a szülés-születés, mindkettő „vallásos a maga módján”, mégis két eltérő logikai rendszerrel van dolgunk.

<sup>324</sup> Benedict Anderson nacionalizmuselméletében a nemzet leírására használta az „elképzelt közösség” kifejezést, ahol a tagok nem feltétlenül ismerik egymást, mégis él bennük a közösség képzelete a közös értékek és a közösen vállalt cselekvések miatt. (ANDERSON 2006)

választ, ami a lokalitáson vagy a közös cselekvésen alapul. Ilyen értelemben nem találták magukat egy közösség tagjának, s 16-an ezt azzal indokolták, hogy nem „tipikus” otthonszülők. Ugyanakkor úgy gondolták, hogy mások sokkal inkább részesei valódi közösségnek.

Bár a közösség-érzés az otthon szülők között általánosságban a közös értékek és a közös cél alapján meghatározható képzelt közösségben merül ki, létezik a törekvés a közösségiség gyakorlati megvalósítására. Ennek egyik módja az idézetekben említett „otthon született gyerekek találkozója”, amelyre alább még kitérek.

A közösség sokak számára a megerősítésben játszik fontos szerepet, már-már az önazonosság meghatározásában, ám mégsem állíthatom, hogy az identitás kialakításának formája. Tapasztalataim szerint az otthonszülés sokkal inkább eszköz, mint cél az identitás alakulásában.

„Nem kell értékrendeket külön megbeszélni, hisz tudjuk, mit gondol a másik. Nincs azon vita, hogy például kelle-e a bölcsi. Olyan közösség kell, ami engem is megerősít, hogy nem vagyok teljesen megőrülve. Nagyon kell – a visszajelzés miatt a házban, a játszótéren, az óvodai anyukáktól. Az első felindulásomban mondtam mindenkinek, de aztán már nem. Az oviban például mondja az egyik anyuka, hogy de jó lett volna császár a szülés helyett, meg jó volt, mert gyorsan megszületett. Egészen mást gondolnak a szülésről. A gyógyszerek kérdése, az antibiotikum, megint más. Másokat annyira nem érdekel ez.” (Réka, 24)

A megerősítés a gondolkodásmód megerősítését jelenti, azon belül is elsősorban azon megközelítésekét, amelyek az anya-gyermek viszonyra, a családra, a női szerepekre, a gyermeknevelésre és -ápolásra, az egészség-betegség felfogására, vagy a gyógyításra vonatkoznak. Az ezekről való gondolkodás tartozik abba az alternatív életmódmozgalomba, amelynek része az otthonszülés is. Ilyen értelemben az általam megkérdezett anyák közel egyharmada (50/15) utalt a megerősítés fontosságára, amelyet az elkövetkezendőkben ismertetett módokon kapnak meg.

Az otthonszülés ténye természetesen a gyakorlatban is képes szorosabbra fűzni az újonnan kialakult kapcsolatokat, ám magam kevés olyan utalással találkoztam, ahol az otthon szülés lett volna újonnan kialakuló *barátságok* alapja, és ezek is többnyire elnagyolt kijelentések, amelyeknek maga a beszélő sem tulajdonított nagyobb jelentőséget (hat ilyen esettel találkoztam).

„Jelent valamit, ha valakivel találkozom, és ő is otthon szült. Valószínű ő is hasonlóan, másként gondolkodik, mint én. Itt Budapesten talán van, nálunk vannak többen, akik otthon születtünk. Mind Budapestről jöttünk. Barátok vagyunk.” (Liza, 36)

„Igen, [jelent közösséget], bár nem tartok kapcsolatot. De egyszer egy mama felhívott, hogy képzeld, megszületett a babám, én meg elmentem pocakkal meglátogatni. Olyan mamákkal, akik kórházban születtek, nehéz beszélgetni. Mert más élményeik vannak, máshogy állnak a gyerekekhez. Van mentalitásbeli különbség. Nekem nem etalon az orvos szava. Nekem döntő a saját tapasztalatom. Lehet jellemezni azokat, akik otthon születtek. Nagyfokú életszeretet jellemzi őket, szabadságvágy, óriási felelősség és felnőttég, mert el tudja dönteni, hogy mi

jó neki. És nem önzőek – nem azért szül otthon, mert meg akar úszni egy gátmetszést. És bátrak, bár mindenki, aki szül. A kívülállók szerint egy zsidó kör, akik veszélyeztetik a gyerekeik életét.” (Dorka, 23)

Az otthonszülés tehát része egy alternatív gondolkodásmódnak, amely ennél fogva lehet az identitás része. Ugyanakkor ez az alternatív gondolkodásmód egy meglehetősen széles spektrumú életfelfogást jelent, amelynek igen flexibilis kereteit reményeim szerint jelen tanulmányban sikerül felvázolnom.

„Szellemi közösséget igen, de hogy mennyire járnak össze, nem tudom, én ettől távol vagyok. A döntés, ami miatt otthon szültek, valami hasonló gondolkodásmódot jelent, az élethez való hozzáállás lehet. Közös értékrend. Az élet megbecsülése, értékelése, hogy látják a jelentőségét. A többség, aki otthon szült, próbál egészségesen élni. Ajándék, hogy itt élhet, hogy lehetőségeket kap, és ezt megadhatja másnak is. Általában például nem dohányoznak. Persze nincsenek kategorikusan elválasztható csoportok, inkább csak az otthonszülők ebből a rétegből kerülnek ki.” (Boróka, 28)

„Elképzelhető, hogy igen [hogy érez közösséget azokkal, akik otthon szülnek]. Nem feltétlenül minden otthonszülővel, akik valamiért közel vannak. Akikkel a párcsoportban együtt voltunk, nem sokakkal tudok közösséget elképzelni. A barátnőimmel, akik otthon szültek, sok egyéb dologban hasonlóak vagyunk: gyereknevelés, hit, ízlés, természetkedvelő, bár a férjem pont nem. Meglepő volt a tanfolyamon, hogy vannak olyanok, akik mások, nem csak ilyen körből mennek.” (Panni, 29)

A gyakorlati közösségképzés egyik módja a párterápiás csoport, amely a felkészítő tanfolyam része, és többféle témában hoz össze hasonló kérdéseket feszegető embereket. Olykor az e fórumon összekovácsolódott nőkből és férfiakból álló kis csoportok válnak személyes közösség részévé.

„Hát ezen a szülés tanfolyamon volt két nap párterápiás nap, és ott, akik voltak, azokkal tartjuk a kapcsolatot. Email-en, meg mostanában rendszeresen... hát igen. Pár hónapja rendszeresen találkozunk. Ilyen baba-mama klubbot csináltunk. Csak az a baj, hogy nagyon messze laknak különböző helyeken. Szentendre, Göd, Vác... De van budapesti is. Van olyan, hogy a Háros úton. Tehát több mint egy óra utazgatás. De T. első születésnapjára meghívtam őket, és abból a társaságból heten itt voltak. Ami szerintem nagyon szuper.” (Petra, 43)

Egy jóval nagyobb volumenű, szervezett, és kimondottan a közösségépítést, a kölcsönös segítségnyújtást, illetve a közös identitástudatot építő megmozdulás az évente megrendezett „otthon született gyerekek találkozója”. 2011-ben tizedik alkalommal hirdette meg az Alternatal Alapítvány a találkozót Budapesten. A 2009-es felhívás, amely az Alapítvány honlapján található, szintén a közösségiségre, az erre való igényre épít.<sup>325</sup> A találkozóra szinte minden általam megkérdezett édesanya elment vagy el akart menni (84 %).

<sup>325</sup> „Jólesik minden olyan alkalom, mikor örülhetünk, hogy ezt a hivatást választottuk. Szeretünk Benneteket együtt látni, érezni, hogy összetartozunk. [...] Alkalom ez arra is, hogy akik a hajdani várótermi beszélgetéseken együtt vettek részt, beszélgethessenek, ahogy arra is, hogy új ismeretségeket köthessenek. [...] Az is szokássá vált, hogy a találkozó piknik jellegű, vagyis mindenki magáról gondoskodik enni-innivaló terén. Szívesen alakítanánk ezt közösségibbé, egy nagy asztal segítségével, ahova mindenki leteheti, amit magával hozott. [...] És még egy: Csak e-mail-es körlevél megy most ki, ha tudtok olyat, akinek nincs e-mail-je, de közénk tartozik, szóljatok neki, legyetek szívesek!”<sup>325</sup> Egy részlet a 2008-as felhívásból: „Azokat is várjuk szeretettel, akik bármilyen okból nem szültek otthon, de kapcsolatban voltak velünk. Az otthon született gyerekek nem otthon született szülei és testvérei is hozzánk tartoznak!” (<http://www.birthing.hu/index.php?id=1921&cid=31691>) (Letöltés ideje: 2009.10.06.)

Ha nem is volt lehetősége rá, a szándékban megnyilvánult a közösségi élmény megélésének és a szolidaritás kinyilatkoztatásának vágya.

Az önszerveződő, illetve a felülről irányított közösségi programok között helyezkednek el azok a lokális, mégis nagyobb tömegeket, ám egymást személyesen nem ismerő egyéneket mozgósító szerveződések, amelyek például egy-egy megyére szorítkoznak. Ilyen a pécsi otthon született gyerekek találkozója, amely eleinte évente egyszer, később már évente kétszer került megrendezésre. Szerkezete, célja és módja hasonló a fővárosi (vagyis a központi, a mintaértékű) eseményhez.

„Korábban évente tartottunk összejövetelt az otthon szült családoknak, két éve már évente két alkalommal találkozunk. Ezeken a találkozókön mindenki igyekszik jelen lenni, aki otthon szült, sőt olyanok is, akik szimpatizálnak az otthonszüléssel, de maguk nem otthon szültek. Ezeken a találkozókön kívül számos olyan érintkezési felület van, ahol az otthonszülők nagyobb arányban képviselik magukat, vagy éppen mi teremtjük meg egy közösség alapját. Ilyen például a Waldorf kezdeményezés. Ezen túlmenően számos szorosabb kapcsolat, barátság kialakulásának színtere az otthonszülő találkozó. Többen összejárunk más alkalmakkor is, telefonon, e-mailben tartjuk a kapcsolatot, segítjük egymást.” (Helga, 34)

Válaszadóim közel fele úgy vallott, hogy ugyan maga fizikálisan nem tagja olyan közösségnek, amelyben az otthonszülés az összekötő kapocs, feltételezi, hogy mások esetében jelentheti az otthonszülés tartós kapcsolatokat alapját (52/23).

„Sajnos nem. Elméletben. Ez egy mentalitás. Szerintem amúgy vannak olyanok, akik tartják egymással a kapcsolatot. Például T. E. hordozókendő-tanfolyamán sok otthonszült megfordult. A párkapcsolatos Ági-féle tanfolyamra nem tudtunk elmenni. A 36. hetet be kell tölteni. Augusztusban nincs, én júliusban még nem töltöttem be. S. nem tudott volna jönni, annyira meg nem volt fontos. Pedig az a párcsoport összejár, ahogy tudnak.” (Ági, 33)

Előfordult, de viszonylag ritkán (50/4), hogy kategorikusan elutasították, hogy az otthonszülés ok-okozati viszonyban álljon az emberi kapcsolatok alakulásával, noha ezek a reakciók a közösség kifejezést a „hagyományos” módon értelmezték.

„Nekem nem jelent közösséget. Járunk Waldorf játszóházba, de ott csak egy nő szült otthon.” (Eszter, 30)

A kapcsolattartás többnyire egyirányú, virtuális módja az Alternatal Alapítvány honlapja, a szules.hu rendszeres látogatása. Az e honlapon közzétett információk egyfelől további megerősítést adnak ahhoz a világotértelezéshez, amelynek az otthonszülés is része, másfelől állandó segítséget nyújtanak olyan gyakorlati kérdésekben, amelyek noha minden kismamában felmerülhetnek, a specifikus megoldási módok mégis egy adott kör igényeit szolgálják ki (kutatási anyagok összefoglalói, hordozókendő-tanfolyam, dúla-tanfolyam, babaképző, alternatív pelenka, biotermékek, ökotermékek, amelyeket rendszerint otthonszülők ajánlanak otthonszülőknek). A honlapon számtalan szüléstörténet, levelezés, fotótár megtekinthető, amely mind a közös tudást és az ebből fakadó közösségiéget hangsúlyozza. A

megkérdezett édesanyák több mint háromnegyede vallott úgy, hogy *rendszeresen* látogatja a honlapot (50/37). Ez ellentmond annak az önreprezentációnak, ami szerint nem tekintik magukat az otthonszülés kapcsán létező közösség tagjának.

„Rendszeresen nézem. Számítok közösségi kapocsra, fotókra, levélre. Nem tudok elszabadulni a szülésélménytől. Nehéz elfogadni, hogy ennyi volt a terhesség és a szülés. Amikor olvasom a szüléstörténeteket, bele lehet megint merülni.” (Erzsi, 24)

„Időnként megnézem. Havonta több alkalommal. Hogy mi a helyzet. Meg hogy kik hirdetik ott magukat. Például az asszonytánc. A programot. Foglalkoztat a szülés. Gondoltam rá, hogy dúla legyek, de Ágihoz nehéz hozzáférközni. Szép célkitűzés, hogy a kórházban könnyebbé tegyék a mama dolgát, de nekem ahhoz nem lenne erőm.” (Hanga, 33)

„Szoktam nézegetni. Érdekel, hogy mi történik az otthonszülés körül, az emberek, a mamák beszámolóí, hogy mikor lesz összejövétel, a pereskedés, hogy van-e aláírásgyűjtés, valami akció, tudok-e valamit támogatni.” (Fanni, 28)

„Ritkán, kb. negyedévente. Megnézem, van-e valami új hír, érdekes írás. A születés témája foglalkoztat, könyveket olvasok róla, gondolkozom rajta, beszélgetek az ismerőseimmel, az ilyen témájú cikkeket elolvasom.” (Kati, 26)

„Rendszeresen. Mert ha tudok, segítek. Így lett M-nek tejtestvére.” (Júlia, 23)

Közvetlen formában szolgálja a kölcsönös segítségnyújtást a „magunkról egymásnak” rovat. Itt az otthon szült, vagy otthon szülni kívánók a közös életszemléltre alapozva olyan szolgáltatásokat, termékeket (másét vagy sajátot) kínálnak illetve ajánlanak, amely nem része a többségi társadalom által igénybevett termék- és szolgáltatás-kínálatnak.<sup>326</sup> A tanfolyamokon, előadásokon, kiállításokon újra találkozhatnak azok, akik valamiért az otthonszülést választották, s a továbbiakban az adott esemény is szerepet játszik a közös tudáskeret létrehozásában, ápolásában (válaszadói közül 9-en látogattak az elmúlt három évben olyan eseményeket, amelyről a honlapról, vagy az alapítvány hírleveléből szereztek tudomást).

Néhány évvel ezelőtt pár otthon szült édesanya – szintén a közösségiségre alapozva, annak a városi viszonyok között is értéként meghatározható létezésében bízva – a komatál szokását kívánta feleleveníteni és új formában elterjeszteni.<sup>327</sup> A szokásra az otthonszülők a

<sup>326</sup> „Többen kerestetek föl bennünket azzal, hogy szeretnétek, ha a honlapunkon hirdetnénk a tevékenységeket. Mivel óvakodunk attól, hogy a honlap hirdetésekkel híguljon föl, de azt nagyon is szeretnénk, hogy módunk, módotok nyíljon arra, hogy egymás figyelmébe ajánlhassátok saját, vagy más, szerintetek fontos tevékenységét, hogy föl tudjátok hívni egymás figyelmét alkotásokra, kiállításokra, honlapokra, könyvekre, filmekre, hogy tudjuk, ki mit árul stb., létrehozuk Veletek együtt ezt az oldalt: Magunkról egymásnak.” – olvasható a honlapon.

<sup>327</sup> A honlapon megjelenő felhívás így szólt: „Mindhárom gyermekem születése után 2-3 héten keresztül minden nap beállított hozzám gyerekkori barátnőim egyike finomabbnál finomabb ebédekkel. Első gyerekünknel zavarban voltam, miért is járna ez nekem. Aztán később, mikor én is vihettem másoknak, minden helyrebillent. Egy templom köré szerveződött közösség tagjai – ahová én is tartoztam - szervezték meg (szervezik mind a mai napig) a komatálazást a közösségen belül. Valóban nagy segítség volt, hogy pár hétig nem kellett a konyhában túl sok időt tölteni, hanem nyugodtan lehetett pihenni, a kicsi babával ismerkedni, összeszokni, vagy a már nagyobb testvérekre időt teremteni. És a nagymamák se lettek annyira leterhelve. Úgy működik, mint régebben

*komatál-kör* elnevezést használták, noha a komaság intézményéhez a szokás felelevenítésének nyilvánvalóan nincsen semmi köze. Ennek ellenére mindazokat, akik ételt visznek, komaasszonynak nevezték. Komaasszonnyá válni jelentkezéssel alapon lehetett, amely státusz, feladatkör egyfajta felajánlasként, önkéntes segítségnyújtásként értelmezendő, amely elvileg kölcsönös viszonyt feltételez, a valóságban azonban a kölcsönösség nem működött. Azok, akik komatálat igényeltek, nagy valószínűséggel nem ismerték azokat, akik komatálat vittek, és viszont, s egy komatál-koordinátor feladata volt az igénylőket és a komaasszonyokat összehozni. A rendszer az internet segítségével létezhetett, amely a szules.hu honlapon keresztül realizálódott. A koordinátor rendelkezett saját élménnyel, saját tapasztalattal a komatálat illetően, amely megerősítette abban, hogy az intézmény létező igényeket elégíti ki – megvalósítható formában.

„Amikor hazamentem a szülés után Felvidékre, hozták az ételt. Hozták a „látót“. Csirke, madártej.” (Orsi, 31)

A rendszer nem sokáig működött. Szolgáltatás-jellege valószínűleg nem volt összeegyeztethető önkéntes felajánlás-jellegével, s működése valószínűleg éppen azon bukott el, hogy míg hagyományosan a komatál-kör a kölcsönös kötelezettségeken alapuló komaság illetve szomszédság intézményéhez kapcsolódik, addig a modern változathoz éppen a kötelezettség motívuma hiányzik.

„10-12 komaasszony jelentkezett, abból kettő vidéki, a többi is szétszórva. Mindig ugyanazt az öt-hat embert lehetett mozgósítani. Ők a saját pénzükből főztek. Lehetne folytatni, de nem jelentkeznek. Igény sem igen volt rá. Másfél év alatt ha négyen, öten igényelték. Bár ha nagyobb lesz a gyerekek, ők is komaasszonyok lesznek. Nagyon hálásak voltak.” (Orsi, 31)

Az otthonszülés mozgalom esetében a legfontosabb közösség-szervező erő egyértelműen a kölcsönös segítségnyújtás igénye és gyakorlata. Ez az alapvetés a verbalizáció szintjén is megjelenik, mind a bábák, mind az otthonszülők részéről. A szülésfelkészítő tanfolyamot szintén olyan segítségnyújtásnak tekintik, ami függetlenül attól, hogy a nő otthon kíván-e szülni vagy kórházban, olyan információkkal látja el a leendő anyát, ami új megvilágításba helyezi a saját szerepét a szülésben (legalábbis a technokrata szüléskultúrához képest). A tanfolyam kimondott célja nem valaminek a megtanítása, betanítása, hanem igen hangsúlyosan segítségnyújtás a tudatos szerepvállaláshoz. Ez viszont olyan értékek

---

falun. Annyit még hozzátennék, hogy mindig rövid (10 perces) látogatásokról volt szó, amit a szervező hangsúlyozottan kért, hogy ne terheljék le az ebédvívők a kisbabás családot órákig vendégeskedéssel. Volt, aki előző este beadta a másnapi ebédet, vagy reggel, munka előtt. Most, amikor a douláknak közösségéhez tartozom, eszembe jutott, hogy talán douláknak között is működhetne. Egyszer már bevált egy ötödik fiúgyermek születéskor, és remélem, a most várandós három doulának is meg tudjuk szervezni. Ági (Geréb) szerint a komatál-kör megvalósítható az otthonszülő családok között is. [...] Ezt írta [egy] doula-barátnőm, akitől a komatál fogalma számomra ismertté vált. Mifelénk is sokaknak van sok gyerekük, de még akkor is jól jön a komatál, ha az első gyerek születik. [...] A visszajelzéseket, építő kritikát köszönjük, hiszen most kezdünk valami újba!”



felvállalását és elismerését jelenti, ami akarva-akaratlan létrehozza azt a közös tudáskeretet, ami megalapozza a közösségtudat kialakulását.

## **2.11. A segítők**

Az otthonszülés lényege, mint már többször hangsúlyoztam, nem az otthon, hanem egy életszemlélet, amelynek része a holisztikus szülésmodell. Ez a szemlélet szükségszerűen sajátja a szülés valamennyi résztvevőjének, így az anyának, ideális esetben a jelen lévő apának és valamennyi segítőnek. Tervezett otthonszülésnél segítőként van jelen egy vagy két bába, egy vagy két dúla, esetenként egy bábatanonc.

### **2.11.1. A bába**

A jelen tanulmányban szereplő édesanyák valamennyien Geréb Ágnesnél, illetve a vele dolgozó bábáknál szültek, továbbá az általa vezetett Napvilág Születésház tanfolyamán készültek az otthonszülésre.<sup>328</sup> Ezért fontos hangsúlyoznom, hogy amikor jelen fejezetben a bába szerepéről írok, az kizárólag a Geréb Ágnes bábatanodájában végzett bábákról szól, a Geréb Ágnes és munkatársai által meghatározott elvek alapján végzett munkáról. Nagyrészt pedig magáról Geréb Ágnesről. Adatközlőim 94 százaléka Geréb Ágnessel szülte meg gyermekét (50/47), a felkészítés alatt az ő személyét tartották mérvadónak, s az otthonszülés melletti döntésükben is gyakran fontos szerepet játszott a személye. Ma Magyarországon 12 bába kísér születeket intézeten kívül, ebből kettő részben, egy teljesen az otthonszülésből él, noha, mivel gyakran maguk is szülőkorú asszonyok, ez a szám nem állandó. A többiek más forrásokból élnek.

A Geréb Ágnes személyével kapcsolatos érzések az otthon szült édesanyák körében a rajongástól a gyűlöletig terjednek, alapvetően az előbbi javára. A rajongás alapja gyakran egy olyan kimondott vagy kimondatlan anyakép, amely az élet egyik legnehezebb, ám legszebb időszakában igen érzékenyen hat a szülő nőre. A szülészorvossal kapcsolatos paternalista

---

<sup>328</sup> Választásom eleinte nem volt tudatos, pusztán a véletlenszerű kiválasztásnál a nagy számok törvénye működött, illetve a szules.hu honlapján közzétett felhívásom is eleve determinálta a jelentkezők körét. A pontosítás nem véletlen: Geréb Ágnes maga is fontosnak tartja megkülönböztetni saját felfogását más otthonszülést támogató felfogásoktól, ezért levédette a „születésház” nevet, utalva ezzel arra a kizárólagos jelentésre, amit ő tulajdonít neki.

viszonyra már több kutató felhívta a figyelmet<sup>329</sup>, amely az orvost a megmentő szerepébe helyezi, ám a bábai szüléskísérés esetében erről a jelenségről csak megszorításokkal beszélhetünk, hiszen a bába-szülő nő kapcsolat egyfelől kifejezetten az egyenrangúságról szól, Geréb pedig hangsúlyozza, hogy ő élettani szülésnél csak mint bába, nem pedig mint orvos van jelen. Másfelől pedig a szülésre való felkészítés fő célja éppen a születésről-szülésről való magabiztos tudás, az öngondozás és az önbizalom kialakítása, így tehát a domináns, irányítói szerep nem az orvosé/bábáé, hanem a szülő nőé. Ennek ellenére Geréb doktornő szakmai tudása, tapasztalata és sokat emlegetett „beleérző képessége” mégis előhívja azt a magatartásmintát, amely a személyét szakértői tekintéllyel ruházza fel. Női mivolta, a szüléssegítés ténye, a tudásátadás „átadó” résztvevőjének szerepe, az önsegítésre való buzdítás azonban mind az anya-képpel való asszociációt segítik elő, aki ott van, amikor szükség van rá, de a háttérben marad, amikor egyedül kell a feladatokkal megbirkózni. Ez segít megmagyarázni azt az állhatatos kitartást és harcias hangnemet, amellyel védelmezik őt egykori „paciensei” a személyét és szakmai hitelességét ért támadások ellen. Van olyan édesanya, akiben tudatosult ez a viszony, s nyíltan vállalja a kapcsolat effajta minőségét:

„Nekem ő egy anyakép is. Nagyon erősen. Amit anyámtól nem kaptam meg, azt tőle megkaptam egy időben. Mély szeretetet, a feltétel nélküli odaadást. Ő nagyon szeretett engem, én is őt. Rengeteget megtett értem.” (Adél, 36)

A doktornő szakmai kompetenciáját egyetlen édesanya sem vonta kétségbe. Ez a szakmai kompetencia ugyan a szülésvezetés bábai modelljére vonatkozik, az elvárások ennek kapcsán fogalmazódnak meg, munkájának értékelésekor azonban rendre a technokrata szülésvezetés módszereivel hasonlítják össze:

“Szülés közben teljesen ráhangolódik arra, aki szül, mindig érzi, hogy mi történik az anyában. Sok a tapasztalata, figyel. Az orvosok többsége férfi, ők nem tudják, mi történik a nőben. Nekem egy férfi ne dirigáljon, hogy hogyan szüljek. A tapasztalatait Ági úgy szerezte, hogy odafigyelt a nőkre”. (Cili, 26)

Ugyanakkor ez a szakmai kompetencia- és hitelesség-tulajdonítás sokszor szülésznőgyógyász szakorvosi státuszának is szól, ami kizárólagossá teszi tevékenységét Magyarországon (hiszen szülésznőgyógyászként ő az egyetlen személy hazánkban, aki bábai munkát végez otthoni szüléseknél), ámbátor privilegizált helyzetének feloldását többnyire nem látják kilátástalannak az otthon szült anyák.

---

<sup>329</sup> KITZINGER 1963, BUDA 1986: 187-188, BLASSZAUER 1997: 180, SÁGI 2002: 79, VARGA – SUHAI-HODÁS 2002: 99

„Megbízta benne, pozitív irányban befolyásolt. Nem kértem, hogy kimondottan ő legyen itt. De lelkiileg bíztam benne, ő mégiscsak szülész-nőgyógyász szaktekintély, nagyobb tapasztalata van. Az, hogy most Geréb Ági személye köré van ez a kultusz felépítve, az annak köszönhető, hogy ő vállalta fel. De a tapasztalata behozható. [...] Magyarországon nincs más személy, aki ilyet tanult, de ha a bábaképzőjében végeznek bábák, feloldódik ez a centralizáltság.” (Judit, 33)

„Nem [befolyásolt Geréb Ági személye]. Az elején a szaktudása volt fontos. Furcsamód kevésbé bíztam a bábákban, pedig ma már tudom, hogy ők ugyanazt tudják. De a személye a mai napig nem bilincselte le.” (Márta, 30)

Az általam megkérdezett édesanyák közül 16-an emberileg nem tartották Geréb Ágnest egyértelműen szimpatikusnak, ám szakmai hozzáértését nem vonták kétségbe.

„A tanfolyamon nem volt a legszimpatikusabb, és mint ember, nem is az, bár szakmailag tudom, hogy tökéletes, hihetetlen megérzései vannak. Szülés közben teljesen ráhangolódik arra, aki szül, mindig érzi, hogy mi történik az anyában. Sok a tapasztalata, figyel.” (Cili, 26)

„Ági nem volt szimpatikus. Ronda lópokróc stílusa van, nem is akartam vele szülni, meg is mondtam neki, hogy olyan biztonságot adott ő nekem, hogy gondoltam, orvos nélkül is tudok szülni. Vérszemet kaptam, ha Áginak ilyen a stílusa, nekem is lehet, elkezdtem köztöködni. De ő nem vette annak, mindenre válaszolt és szimpatikus volt. A „normál” terhesgondozáson riogattak, hogy kicsi a baba, én sem hízik, de Ági megnyugtató, hogy minden rendben.” (Dorka, 23)

Egy dűla, aki szintén otthon szült, így vall:

„Ágival sem törekszem barátságra, nincs köztünk ilyen típusú kapcsolat. Ágival jól együtt tudok dolgozni, a szülések alatt fantasztikusan viselkedik, de amint becsukjuk az ajtót, mintha elvágta volna, megváltozik. Szerintem örült, de ezt a munkát csak egy örült tudja elvégezni. Én nem estem abba a hibába, amibe sokan igen, hogy „szerelmesek” lesznek Ágiba, és minden szavát vakon követik.”

Nem ritka (16/11), hogy Geréb Ágnes stílusa az, ami nem hozza őt közel egyes emberekhez.

„[...] mindig úgy éreztem, hogy rosszkor kressem őt, a kérdéseimre az volt a válasz, hogy menjek a tanfolyamra. Máig nem sikerült igazán megközelítenem őt. De nagyon kedves volt, nem panaszkodom. A szülés utáni beszélgetésen mondta is, hogy nem kerültünk igazán közel egymáshoz.” (Vivien, 32)

„Ági nagyon érdekes személyiség, mindent megtesz érted a szüléskor, de nagyon távolságtartó. Nem érzem a szülésen kívül közel magamhoz. Nem kerültünk barátságba azért, mert ott volt a szülésnél, pedig nagyon élvezte. Nem csoda, hogy olyan sok támadás éri.” (Zsuzsa, 33)

Geréb Ágnes személyével kapcsolatban a vele való szülés szinte kivétel nélkül pozitív irányba tereli az anyák érzéseit-érzelmeit. Azok, akik mint embert eleinte nem is tartották őt szeretetreméltónak, a szülés során tanúsított magatartása miatt egy kivételtől eltekintve minden esetben megváltoztatták a véleményüket. Ilyenkor ismerték meg a doktornőt bába szerepében, tehát, mint bába, mint segítő tudós asszony tulajdonítanak neki feltétel nélkül pozitív tulajdonságokat, ám ez a tulajdonítás kiterjed egész személyiségére, amely a későbbiekben gyakran összeolvad.

„Hát amíg... Volt két interjúm<sup>330</sup> vele a tanfolyamon. És akkor... Hát én mindig csodáltam őt, és nagyon tetszett, amit csinált, de az interjún éppen nem sikerült megszeretnünk egymást. De a dülám, akinek mondtam, hogy én maradnék itthon, mert ő kint volt már akkor a vajúdas alatt, azt mondta, hogy akkor szóljunk az Áginak. Én akkor egy kicsit félttem, mert hát az Áginak azt mondtam, hogy nem fogok otthon szülni, de... hajnalban kijött, és csodálatos volt. Tehát egészen megváltozott az érzésem meg a véleményem róla, vele, és... és azóta is úgy érzem, hogy nagyon szeretem. Nem csak azért, mert hogy itt volt, és itt volt mellettem, hanem úgy összességében. Tehát úgy látszik, hogy rossz passzban voltunk mindketten, amikor úgy először találkoztunk.” (Petra, 43)

A bizalom, amellyel az anyák a doktornőnek adóznak, legtöbbször magabiztosságából és tapasztalati tudásából fakad. Első helyen rendszerint e tulajdonságait említik, amikor róla beszélnek.

„Az én szempontomból nagyon fontos az ő személye. A döntésben. 17 év klinikai tapasztalata, két gyereket szült kórházban, kettőt otthon, olyan szüléstanfolyamok vannak!” (Csenge, 33)

Geréb Ágnes a paternalista férfi orvos ellentétéként jelenik meg a narratívákban (50/27), aki nőként, anyaként, nagymamaként, illetve segítő, tapasztalt, nagy tudású asszonyként van jelen a szüléseknél. Az otthoni szülők szemében e szerepek egymást kiegészítve adják meg azt a tudást, ami biztosítja a szülés kísérésében való alkalmasságát.

„Nagyon jó szakember, nagy munkabírású, több kéne belőle. Nem véletlen, hogy nő. A férfiak akarnak minket megmenteni, és én látok ebben valami olyat, hogy nehogy már mi tudjuk jobban.” (Adél, 36)

“Az orvosok többsége férfi, ők nem tudják, mi történik a nőben. Nekem egy férfi ne dirigáljon, hogy hogyan szüljek. A tapasztalatait Ági úgy szerezte, hogy odafigyelt a nőkre.” (Barbi, 26)

Geréb Ágnes fő vonzereje – az anyák beszámolóit szerint – abban rejlik, hogy egész lénye, élete, munkája hitelessé teszi mondandóját, reálissá teszi elvárásait (50/28). Ezzel összekapcsolják a munkájából és a személyiségéből fakadó tapasztalatokat.

„Ági személyisége nagyon befolyásolta a döntésemet. Nekem ő nagyon hiteles ember mind szakmailag, mind emberileg maximálisan. Lelki ügyekben is sokat segített. Szerintem van köztünk egy viszonzott szimpátia.” (Sára, 29)

„Nagyon jó volt nekem az ő személye. Először csak képzeletem az otthoni szülésről, de amikor elmentem a tanfolyamra, realizálódott. Átala minden kérdésem eloszlott. Nagyra tartom, az elhivatottságát, a nyugodtságát, volna mit tanulni tőle. Jó, amit csinál, meg ahogy csinálja. Ő nagyon őszinte, és ilyen fokú őszinteséghez nem szoktam hozzá. De erre szükség van. Egyszer azt mondtam neki, hogy szeretnék beszélni vele, erre azt mondta, hogy hív, ha lesz rá ideje, és nem felejt el. Ez rosszul esett, de megértem.” (Réka, 24)

A doktornő-bába által sokat emlegetett biztonság, biztonságérzés sokszor magából ered, legalábbis az anyák gyakran neki tulajdonítják azt a biztonságérzést, ami otthoni szülésük közben előnti őket.

<sup>330</sup> Itt a várandósság alatt felkínált személyes találkozókról, beszélgetésekről van szó.

„Egyértelműen [befolyásolt a döntésben Geréb Ágnes]. A kisugárzása. Tele voltam izgalommal, amikor mentünk, de amint megláttam, elöntött a nyugalom, biztonságban, jól éreztem magam a közelében.” (Fanni, 28)

„Ő egyáltalán nem befolyásolt, tehát ő az, akin ez nem múlik. Tehát ő az, aki fogad, hogyha méisz, fogad, ha szeretnéd, és a segítségét szeretnéd kérni, akkor ő kíséri, de olyan érdekes, mert egyrészt olyan, mintha ott sem lenne, te magad lehetsz a szülő asszony, van egy ilyen tisztelet benne. Másrészt pedig egy teljes megnyugvás a jelenléte, tehát egy olyan biztonságot ad az ő ... szakismerete, tehát az, amiket ő közben kérdezett ... van-e már hányingered, na most már, na jó, akkor menjünk fel. Tehát pontosan éreztem, hogy ő ezt abszolút, ha szabad ilyet mondani, a szülés misztériumával tisztában van. Nyilván ennek vannak fizikai jelei, hogy amíg hányinger van, addig nyugodtan várhatunk, most már tudom, de amikor már az elmúlik, és úgy szaporodnak a fájások, nyilván akkor ott már egy kicsit tud segíteni abban, hogy ne kínlódjál annyira.” (Aliz, 37)

Geréb Ágnes személye, a munkájával, emberi mivoltával kapcsolatos érzések elsősorban a szüléstörténeteknél merültek fel spontán módon, egy-egy konkrét szituáció értelmezésével kapcsolatban. Ezekben a beszámolókból két motívum jelenik meg a leggyakrabban: Geréb Ágnes „beleérző képessége”, illetve a szakmai tudásába vetett abszolút bizalom.

„Szaksegítség nélkül nem szülnék otthon. F. [a baba] úgy nyomott, hogy szülés közben elkezdtem vérezni, amit nem lett volna szabad, de Ági valamit kiigazított, és rendbe jött. Nem szabad egyszerre fájni a hasnak és a keresztcsontnak. Elmondta, onnan tudom. Mondott olyat, hogy ne nyomjak most egy kicsit, hanem csak ereszsem. Feküdtem: „Így nem lehet megszülni a méhlepényt?” „Hát, lehet, de nehezebb. Inkább guggolj fel.” Olyan hangon mondta, hogy elfogadtam, nem éreztem beavatkozásnak. Bízom benne annyira, hogy tudom, nem javasol olyat, ami veszélyeztetné az én vagy a baba testi-lelki biztonságát. El tud fogadni más nézeteket is, ami úgy látja, hogy a másoknak fontos.” (Hanga, 33)

„Az első szülemnél ott volt a Geréb Ági, ez nekem nagyon fontos volt. Hihetetlen, hogy milyen megnyugtató volt nekem. Igyekezett minél kevésbé beavatkozni a folyamatba, például egy ilyen: a férjem ült és én éppen a térdére támaszkodtam, és akkor hogy nekem ne legyen kényelmetlen, az Ági lefeküdt alulról, és úgy hallgatta meg a baba szívhangját, ami nem elektromos ketyere volt, hanem valami más, ami nem zavarja a babát. Olyan hihetetlen dolgok tudói, amit tudtak a bábák annak idején, csak most átvették a műszerek a helyüket. Nézik a bőröd színét, a levegővételeket, tehát egészen engem lát. Tudja, hogy hol járok.” (Kitti, 36)

Az a biztonságérzés, amelyet a holisztikus szülésmodell követői a sikeres szülés zálogának tekintenek, nem csak a segítők hozzáállásán, hanem a szülő nő önmagába vetett hitén is alapul. Úgy tartják, hogy amikor a szülő nő, követve teste parancsait, maga dönti el, mikor mire van szüksége ahhoz, hogy szülni tudjon, biztonságérzete is növekszik. Ez azonban csak akkor igaz, ha tudta, mire vállalkozott, ha a háborítatlan szülés iránti vágy belülről fakadt, nem pedig előzetes elvárások alapján döntött mellette.

„Nagyon jól tudták, mikor mit kell csinálni, pedig alig beszéltek egymással. Észrevétlen segítők voltak. Mindig én mondtam, mit szeretnék.” (Bogi, 30)

A Geréb Ágnes iránt érzett bizalom bizonyos esetekben (50/8) a rajongásig fokozódik, amit mind emberi, mind szakmai érvekkel támasztanak alá az anyák.

“Egy otthon szült barátnőm vitt el hozzám, rögtön beleszerettem, de akkor még csak nőgyógyászként.” (Hédi, 29)

Geréb Ágnes nevét említve általában szélsőséges indulatok szakadnak ki az emberekből. Az otthonszülés ellenzői azonnal támadásba lendülnek a neve hallatára, támogatói pedig mindenáron védelmükbe veszik őt, és szuperlatívuszokban beszélnek róla. Ritka a kiegyensúlyozott, érzelem nélküli megnyilatkozás, de előfordul:

„Nem ismertem előtte személyesen, csak a tanfolyamról. Összetett kép alakult ki bennem. Nőként kezel, a háttérből támogatóként lép fel. Egy probléma van, hogy Ági sokszor a kollégiummal szembeni szélsőséget képviseli, a kollégium a másik oldal. Valamivel szemben megy. Én mozgékonyabb vagyok a kettő között.” (Helga, 34)

Néhányan (50/14) fontosnak tartották elmesélni, hogy hogyan viszonyulnak Geréb Ágneshez, mint emberhez, amely többnyire egy viszontviszonyulást jelentett, vagyis az arra való reagálást, ahogyan a bába-doktornő viselkedett velük szemben egy-egy konkrét probléma kapcsán.

„A nagyon jóból gyorsan ment nagyon rosszba. Anyukám itt volt, kicsit segített, de amúgy egyedül voltam. A szülésnél úgy tűnt, hogy mindenki szeret engem, fontos vagyok, aztán hirtelen mindenki eltűnt. Pedig a dülám tapintatból ment el. Geréb Ágit kérdeztem, nincs-e homeopátiás szer a méhösszehúzóadásra, közben elbögtem magam, erre mindig beszervezett valakit, hogy jöjjön el.” (Erzsi, 24)

„Rengeget meg tett értem. Amikor [a férjem] nem akarta, hogy ott legyen, mert szerinte nem is kell orvos, kinyomozta, hogy hol lakunk, és eljött.” (Adél, 36)

A Geréb Ágnessel kapcsolatos különböző megítélések nem csak a megítélő személy egyéni élményeiből fakadnak, hanem Geréb Ágnesből magából is.

„Nem az anyagiakért csinálja, nem elismerésért, mert inkább hírhedt, mint híres. Segítésből teszi. Az, amennyit őt bántják, amennyi támadás éri, mára belefásult, kicsit beleőrült, nem tudja már megtartani az odaadását. Ez már nem az a Geréb Ági, aki volt x évvel ezelőtt. Nyilvánvaló, hogy Ágiban valami meghalt. Nincs, aki átvegye a munkáját.” (Éva, 37)

A Geréb Ágnessel, illetve a segítőivel kialakult bizalmat, és az egyenrangúság érzését segíti az a „szokás”, hogy az otthonszülésben valamennyi résztvevő tegeződik egymással. Ez nem egy automatikus tegeződést jelent, hanem egy megbeszél, engedélyezett tegeződést. Ennek azért van jelentősége, mert ez esetben nem a tisztelet hiányát, hanem az egyenrangúságot hivatott ez a megszólítási forma kifejezni. „Geréb Ágnes vagyok. Szeretnék tegeződni, nem azért, mert jó stílus, hanem mert szülés közben nehéz magázódni. De ha ez valakit zavar, szóljon, akkor magázódnunk” – így kezdi Geréb Ágnes a bemutatkozást valamennyi információs esten. A tegeződés az orvos/bába-„beteg” viszonylatban más személyes kapcsolatot teremt, mint a magázóadás, amit az intézeten kívüli környezet is segít, hiszen kórházi körülmények között a tegeződés az orvos és a szülő nő között szinte elképzelhetetlen, és valószínűleg nincs is létjogosultsága. Itt azonban azt az elképzelést

támogatja, hogy a szakember nem az irányító szaktekintély szerepében lép föl, hanem a háttérből segítő támogatóként, aki egyben anya, nagymama és nő. Tehát „közülünk való”, „egyenrangú velünk”. Ennek folyománya, hogy mint az interjúrészekből már kiderült, Geréb Ágnest mindenki csak Ági-ként emlegeti, így szólítja és így beszél róla. Ez a közvetlen forma megkülönbözteti az otthonzülést minden más, hivatalos szülésformától, aminek szerepe van abban, hogy az otthon szülő nőnek szülés közben lehetőség szerint ne kelljen szerepet játszania, legfőképpen ne a beteg szerepét (ami mindazonáltal tökéletesen valószínűleg kivitelezhetetlen, hiszen az idegenek körében zajló szülés mindenképpen mesterséges helyzetet teremt, azonkívül az otthonzülés elvei is indikálnak elvárásokat, még akkor is, ha kifejezetten ennek ellenkezőjére törekszenek).

A bába és az anyák között ily módon kialakult szoros emberi kapcsolat általában érthetetlen a kívülállók számára, mint ahogy azt Dr. Csaba Károly, a Közép-Magyarországi ÁNTSZ tisztii főorvosának egy nyilatkozata is példázza: „Többször próbáltuk meg elkapni, de szinte képtelenség. A bába és a kismamák szorosan együttműködnek. Gyakran előfordult, hogy az anyukák azt állították, Geréb Ágnest mint rokont vagy családi barátot hívták segítséghez a hirtelen meginduló szüléshez. Ez pedig nem tiltott.”<sup>331</sup>

### 2.11.2. A dúla

Az Alternatal Alapítvány dúla-képzője<sup>332</sup> ma is működik. A képzés elsősorban az otthoni szülések kíséréséről szól, bár az itt végzett dúlák közül többen kórházba is elkísérik az őket felkért édesanyákat. Az „otthonzülős” dúlák maguk is otthon szültek. A dúlák saját bevallása szerint nem fűzi őket össze közös identitás vagy csoporttudat (úgy, mint a MODULE esetében), s erre nem is törekednek, amit általában a szülő nők sokféleségével magyaráznak. Ugyanakkor mégis képesek megfogalmazni maguk a dúlák is, hogy mi bennük a közös, mi motiválja a dúlát erre a szolgálatra.

“Elkötelezettek a szülő nők felé. Mindenkit más motivál, olykor önös indíttatások, de ez nem baj, ha nem okoz kárt. Ez van ahol könnyen megfogható, mint Áginál vagy nálam, van, akinél rejtve marad. Ez a tevékenység bennem is sok gyógyulási folyamatot jelent, de ha ezzel terhelek másokat, az káros. Volt idő, amikor úgy éreztem, hogy összekeverednek bennem a saját problémáim mások problémáival, ami megriasztott, de kiderült,

<sup>331</sup> <http://images.google.hu/imgres?imgurl=http://index.hu/cikkepek/0709/velvet/gereb2.jpg>. (Letöltés ideje: 2009.09.03.)

<sup>332</sup> A tanfolyamon a dúla-jelöltek olyan módszereket tanulnak, amelyek segítik a szülésfeldolgozást, megismerkednek a várandósság folyamatával a szülésorvos és a kismama szempontjából, beszélnek az újszülöttről gyermekgyógyász- és újszülött-szemmel, tanulnak gátvédelmi eljárásokat, masszírozni, borogatni, beszélnek válsághelyzetekről, illetve sok minderről a szülő nővel kapcsolatban – a szülő nő szemüvegén keresztül.

hogy ezek véletlen egybeesések voltak. De felmerült a kétség. Ez kb. 1 ½ éve történt. Közös még a dúlákban, hogy képesek rá, hogy hagyják szabadon dönteni az embert, és nem erőltetik rá a saját véleményüket.” (Mari, 31)<sup>333</sup>

“Segíteni akarás – valamilyen jó vagy rossz élmény miatt, de végülis mindegy, hogy ez rossz vagy jó élmény volt. A nők szeretnek a szülésükről beszélni, ha megtalálják azt az alanyt, aki értően figyel. Közös és szükséges a nagyobb fokú empátia, a titoktartási képesség, és persze a vonzódás a várandósokhoz és az újszülöttekhez.” (Tamara, 44)

“Van valami kimondatlan dolguk még a szüléssel, az adással. Nagyon érzékenyek. Képesek másokra tökéletesen ráhangolódni, átadni magukat egy cél érdekében. Vannak persze extrém helyzetek, nemrégiben egy kismama a saját karját harapdálta a vajúdas alatt, erre Ági odanyújtotta a kezét, hogy inkább azt harapja szét, és valóban csúnyán össze is harapdálta. Nem tudom, hogy erre én képes lettem volna-e.” (Bianka, 35)

„A dúlákban általában sok gyerekük van, bár én például kivétel vagyok. Közös bennünk a rugalmasság, a leleményesség, az empátiára való hajlam. Szerintem minden segítő-foglalkozású emberben közös valamilyen lelki sérelem, amit így próbál meg kompenzálni. Valami, ami vele történt. A legtöbb dúla először otthon szül, és aztán lesz dúla, de ez sem törvényszerű.” (Mari, 31)

Dúlává nem a tanfolyamon válik egy nő. Az általam megkérdezett dúlák közül<sup>334</sup> szinte mindenki olyan élményekről számolt be, amely mintegy „szükségyszerűvé” tette a tanfolyam elvégzését és a munka felvállalását.

„Amikor szültem, a barátnőm volt velem, úgy éreztem, nélküle lehetetlen lett volna végigcsinálni. Nagyon erős és jó érzés volt, ebből az élményből egész életemre szóló beégések maradtak bennem. Volt egy barátnőm, akinek az első szülése traumatikus élmény volt, vákuummal szedték ki végül a babáját, és behívott a második gyermeke születéséhez. És én értettem, hogy mi történik vele, rá tudtam hangolódni, és azt hiszem, ezzel sokat segítettem neki. Ezt a babát végül simán megszülte, még gátmetszést sem kellett ejteni. Úgy éreztem, olyat csináltam, ami jó, egyrészt nekem, másrészt jó érzés, hogy amit én kaptam, tovább tudom adni. [...] Nekem ez a munka szerelem. Kreatív és mindig kihívás, hiszen minden szülés más. Nem lehet ezzel kapcsolatban sémákban gondolkodni. Az egyénre kell koncentrálni, de az egyén mindig más, és ez szórakoztat. Olyan ez, mint egy színésznő szereplése, amit itt és most kell végigcsinálni, action. Hihetetlen dolog, főleg az otthoni szülés. Katarzismentes, nagy érzelmektől mentes, tisztán, világosan történik minden. Ilyenkor a lényegi lényemmel lehetek ott, akikkel vagyok, nem kell szerepet játszani. Az élet lényegéről szól ez az esemény, amikor az ember újra átéli, nem maradhat érintetlen. Fontos azt az állapotot készségi szinten elsajátítani, ami mindenben benne van: ugyanabban a pillanatban kész legyek a teljes aktivitásra és a teljes passzivitásra. Ezt a képességet az életem minden területére kiterjesztve próbálom elsajátítani. Ez nagyon fontos a számomra.” (Szilvi, 31)

A dúla munkája utáni vágy gyakran a jó példa okán alakul ki. Ez rendszerint a saját szüléshez kapcsolódik, amelyet egész életre szóló, meghatározó élményként jellemeznek.

„Amikor Ágiról olvastam, egyszer elmentem egy nyílt napra, aztán 1996-ban megkerestem, és azt mondtam, szeretnék vele együtt dolgozni. Azt mondta, jó. Akkor költöztünk ide, és mivel éppen Áginak ilyen jellegű gondjai voltak, néhányan a mi lakásunkban szültek. Mindkét gyermekemet otthon szültem, nekem is volt dúlám, és ez nagyon meghatározó élmény volt a számomra. Korábban már nekem is voltak rossz tapasztalataim és történeteim a kórházról, de most, hogy gyakorlaton vagyok az [...] kórházban, jobban belátok a kulisszák mögé, és így végképp nem volnék képes itt dolgozni.” (Virág, 32)

<sup>333</sup> Az anyákhoz hasonlóan a dúlák is „álnevet” kaptak, illetve az interjú idején aktuális életkorukkal jelöltem őket.

<sup>334</sup> Összesen 14 dúlával készítettem interjút, kettő kivételével otthon szültek, noha az otthon szültek közül is négyen ma már a MODULE kötelékében tevékenykednek. Vagyis a 14 dúlából hat a MODULE tagja, nyolc pedig „otthonszülős dúla”. A fejezetben idézett interjúk mind otthon szült dúlákval készültek.



“[...] Így aztán otthon szültem. Első gyermekemnél volt dülám, és úgy éreztem, ezt a segítséget nekem is tovább kell adnom másoknak. Fél éves volt a kislányom, amikor erre az elhatározásra jutottam, meg is mondtam Áginak, erre ő azt mondta, jó, majd. Én nem értettem, miért nem most, de most már tudom, hogy ehhez tapasztalat és idő kell elsősorban. Egyszer azonban véletlenül rám akadt egy pár, akik feltétlenül velem akartak szülni, így végül elmentem életem első szülésére dülaként. Azóta csinálom, és képzem magam.” (Aranka, 35)

Van, akit Geréb Ágnes módszere, szakértelme, személyisége motivál.

“[...] Persze személyes okom is volt. Nagyon tiszteltem Ági tapasztalatát, érzékenységét, odafigyelését, tudását, mindig tudja, érzi, hogy mire van szüksége a pároknak. Szerintem ez fantasztikus dolog, nem is ismerek más, ilyen képességű embert. Nagyon szeretek vele lenni, amire van is lehetőség az otthonszülések alatt. Olyan hangulata van ezeknek a szüléseknek, ami nagyon sokat ad, nagyon jól hat rám. A gyermekszülés során én is igyekszem átadni a tapasztalataimat. Nem akarom ezt abbahagyni. A nőiességet, a szolidaritást is fontosnak tartom ebben a nagyon intim légkörben. Sokat tanulok ezekből a szülésekből, építőleg hat rám, a családi életemre, a kapcsolatomra a gyermekemmel, a férjemmel.” (Tamara, 44)

Dülává tehát belső indíttatásból válik valaki.<sup>335</sup> Ám az otthonszülős dülák között hiányzik a közös identitástudat. Nincsenek közösségekbe szervezve-szerveződve, az összekötő kapcsolatot csupán maga az Alternatal Alapítvány jelenti, amely szolgálatukért – kérésükre – kiutal nekik alkalmanként egy fix összeget. A forrást erre is a szülésfelkészítő tanfolyam befizetései szolgálják.

“Nem szeretném magamról ezt érezni [a közös identitást]. Az összejövetelekre azért járok el, azért vállalom fel a dula-közösséget, hogy tanuljak. Itt esettanulmányokat, a velünk történt szüléseket beszéljük meg, szakmai szempontból, és szerintem nem jó, amikor ebbe valaki a saját érzelmeit is belekeveri. [...] Ebben a munkában nagyon fontos, hogy számíthassunk egymásra, és szerintem ez működik.” (Mari, 31)

„Van havonta egyszer a tanfolyamon egy dula-nap, ahol csak dülák és bábák vannak jelen, olyanok, akik nemrégiben voltak szülésnél. Ez egy szakmai fórum, ahol megbeszéljük a történeteket. De igazából egyéb kapcsolat nincs köztünk, nincsenek közös dolgaink, bár a barátnőim jó része épp közülük kerül ki.” (Szilvi, 31)

“Bennem nincs [közösségtudat]. Vannak olyan baráti közösségek, amelyek eredetileg munkaközösségnek indultak, de mára már megváltozott a kapcsolat, de ez más.” (Tamara, 44)

Ehhez a következőket fűzte hozzá az egyik dula, bár mástól hasonló véleményt nem hallottam, legfeljebb utalást.

“Nagy a széthúzás, a féltékenykedés, a hierarchia. A dula-napokon a “rangidős” dula (aki a legrégebben dula) vezényli le a találkozásokat, ami sokszor erőltetett és suta. Én igyekszem magam kivonni ebből a versengésből, nem akarok a barátjuk lenni, Ágival sem törekszem barátságra, nincs köztünk ilyen típusú kapcsolat. Ágival jól együtt tudok dolgozni, a szülések alatt fantasztikusan viselkedik, de amint becsukjuk az ajtót, mintha elválták

<sup>335</sup> A dülákat nem kell lasszóval fogni, pedig az Alternatal felhívása sem ámít nagy lehetőségekkel. „A «képzés» sem pénzkereseti lehetőséggel nem kecsegtet, sem azt nem ígéri, hogy a doulákat szüléskísérési lehetőséghez juttatja. Azt szeretné megmutatni mindazoknak, akik vonzódnak a szülés körüli asszonytársi segítségnyújtáshoz, hogy tanulás nélkül képesek és képzetek a doulaságra - éppúgy, mint ahogy a szülésre fölkészítő tanfolyamunk segít megtalálni a nőknek azt az elbűjt, de nem elveszett tudást, amit a gyerekvárásról, szülésről és szoptatásról velük születetten tudnak. Várjuk asszonytársainkat!” (<http://www.szules.hu/index.php?id=1715&cid=23762> (Letöltés ideje: 2008.06.07.)) A honlap egy újabb változatában a mondat már így fejeződik be: „...segít megtalálni a nőknek elbűjt, de nem elveszett tudásukat - magát a nőiséget.” A nyomtatékos megfogalmazás jelzi az otthonszülés egyik központi motívumát, a nőiség megélésének vágyát.

volna, megváltozik. Szerintem örült, de ezt a munkát csak egy örült tudja elvégezni. Én nem estem abba a hibába, amibe sokan igen, hogy “szerelmesek” lesznek Ágiba, és minden szavát vakon követik. Én szeretném megtartani a különállásomat, és csak végezni a dolgomat, azt, amit szeretek, és nem valaki másnak megfelelni.” (Mari, 31)

A tanfolyamon az egyik délután a düláké, itt néhányan bemutatkoznak, elmondják munkájuk lényegét, de valódi ismeretségek kötésére itt nincsen lehetőség – és szervezeten máskor sem. Az anyáknak tehát jobbára nincs arra módjuk, hogy a dülák között saját, személyes elvárásaiknak megfelelően válasszanak, és erre nem is igen van igény és mód. Geréb Ágnes és gyakran az anyák véleménye szerint (50/20) nincs jelentősége annak, hogy ki van ott a szülésnél, mert ha a vajúdo nő maga mellett szeretne tudni egy dülát a vajúdas alatt, akkor annak bármelyik dula megfelel. Elvileg van lehetőség a dula-választásra, illetve azt is megmondhatják a kismamák, hogy ki az, akit semmiképpen sem szeretnének a szülésükkor látni, de előbbit biztosítani száz százalékig nem tudják. Ha a kismama valakit – legtöbbször mások ajánlására – kiválaszt, rendszerint maga beszéli meg a továbbiakat a dülával. „Áginak jó orra van hozzá, hogy kihez kit hívjon”, “Legtöbbször Ági dönti el, ki megy, és neki fantasztikus érzéke van hozzá, hogy eldöntse, kihez ki menjen” – vallják a dülák.

A szülésmegbeszéléseken a dülák is szót kapnak, hiszen ezeken a találkozókön mindenki ott van, aki jelen volt a szülésnél. Ezeket a megbeszéléseket a dülák személyes érintettségük miatt saját szempontjukból is fontosnak tartják. Ugyanakkor itt-ott megjelenik a kivitelezés kritikája is.

„Valószínű azért kell erről beszélni, mert fel kell dolgozni. Rendeződnek bennem a dolgok. Főleg, ha valakinek zűrös szülése van. De a szülésmegbeszéléseken a dülakörben az érzésekről kellene beszélni, nem a pletykákról, nem a dula benyomásairól.” (Csilla, 36)

A dülák igyekeznek egyensúlyt teremteni magánéletük és dulaságuk között. Ennek része például, hogy a várandós nővel való viszonyuk „szolgáltatói viszony” maradjon, ami megakadályozza, hogy életükön eluralkodjon dula-létük, noha ez nyilvánvalóan meddő vágy, hiszen a nők nem feltétlenül munkaidőben szülnek.

“Rengeteg információátadás történik a részemről, de ezt negatívumként említem, mert képtelen vagyok megtanulni, hogy csak a kérdésre válaszoljak, mindig elkalandozom. Olykor túl sokat adok magamból, aminek az a vége, hogy a nő túl sok kötődést érez felém, így a szülés után is igényli a személyemet, ami azt jelenti, hogy a családomat is, hiszen ameddig velem vagyok, addig nem vagyok a családommal. Vigyázni kell, hogy ez ne essen át barátnóságba.” (Tamara, 44)

A dulaság tehát inkább életforma. Legtöbbjüknek van polgári foglalkozása, de ha hívják őket, mennek. A motiváció egy olyan pszichés élmény megszerzése, ami állandó ismétlést kíván, s a saját hasznosságukba vetett hit, illetve az ebből fakadó kényszer.

„A biztonság, amit nyújtunk, nagyon fontos. Körülveszik olyan emberek, akik ott vannak, de nem zavarják, tartják őt fizikailag és lelkileg, olykor elkerülhetetlen, hogy beszélni kelljen valamiről, de ez nagyon nehéz. Más állapotban van, így a párbeszéd is csak akkor lehetséges, ha a dűla is olyan állapotban van. Ez lehetséges, ezért is olyan vonzó, ezért akarjuk újra átélni. A helyzet adja.” (Virág, 32)

„A várandós és a szülés folyamatához elérkező nők félnek az egyedüllétől, a fájdalomtól, a szülés folyamatától, ami nagyon közel áll a halálhoz, félnek, hogy egyáltalán túlélnek-e. Ilyenkor sokszor elég az ottlétünk, hogy bizonyítsuk, mi is túléljük, kibírtuk, és csodálatos eredménye van. Az ember a józan eszével hiába tudja, hogy nagy valószínűséggel nem lesz semmi baj, és ma már nagyon kicsi az esélye annak, hogy egy nő vagy a babája belehaljon a szülésbe, akkor és ott ez megkérdőjeleződik abban, aki borzalmas fájdalmakat áll ki, és nagyon sokat segít a megerősítés. Ezt egy férfi orvos nem képes megtenni, nem tudja igazolni, hiszen ha ő mondja, az azért nem hiteles, mert ő csak másoktól hallotta, könyvből megtanulta, soha nem élte át. Az is nagyon fontos a nők számára, hogy lesik a kívánságaikat, úgy ugrálják körül, amit valószínűleg máskor soha nem tapasztal. Fontos tehát a feltétel nélküli elfogadás, mindig abban a helyzetben kell segíteni, amit ő akar, még akkor is, ha én nem értek azzal feltétlenül egyet.” (Bianka, 35)

A szülés-halál analógia máskor is megjelenik a narratívákban (5-en említették), hasonlóképpen a szülő nők beszámolóihoz.

“Ugyanakkor a szülés és a halál nagyon közel áll egymáshoz, és aki kísért már haldoklót és halált, annak van fogalma arról, hogy milyen egy szülést kísérni.” (Mari, 31)

Az otthon-szülős dűlak között is volt férfi<sup>336</sup> (az egyiknek a felesége is dűla), de ma már egy sincs. Kíváncsi voltam, hogyan viszonyul a férfi-dűlasághoz a többi dűla. Bár a válaszok biztosan nem reprezentálják az összes dűla véleményét, az indulatos reakciók mégis jelzésértékűek.

“Nincs helye a férfi-dűlaságnak. Nem tudom róluk elhinni azt a beleérező képességet, amit egy nő, egy már szült nő adhat egy másik nőnek.” (Tamara, 44)

“Szerintem egy baromság. [...]t ki nem állhatom. Perverz dolog.” (Virág, 32)

A dűlak feladata egyfelől a várandós és szülő nő testi-lelki támogatása, másfelől pedig az információátadás, aminek forrása és alapja a holisztikus szülésmodell elve és gyakorlata, amely az Alternatal Alapítvány szervezésében tartott négy napos dűla-tanfolyam tananyagában manifesztálódik és szelektálódik az alapítók nézeteihez igazodva.

“Az a célom, hogy a terhesség végére el tudjam oda juttatni a mamát, hogy őszinte legyen magához, tisztában legyen az érzelmeivel, hogy be merje magának vallani, hogy mit is szeretne a szülésével kapcsolatban. Sokszor például alaptól elutasítják az EDA<sup>337</sup>-t, de a félelmekről való beszélgetések során kiderül, hogy igazából mégis

<sup>336</sup> Ahogy a MODULE-ban is volt korábban, de 2007 óta, az Alapszabályban is rögzített módon, már nem lehet.

<sup>337</sup> Epidurális (gerincközeli) érzéstelenítés, amely módszerről igen megoszlanak a vélemények. Dr. Boross Gábor gyermekorvos a Gyógyhír Magazin (ingyenesen, a patikákban terjesztett egészségügyi lap) 2009. májusi számában például így ír: „[...] Pedig a szülési fájdalomcsillapítás az utóbbi néhány évtizedben rendkívül nagy fejlődésen ment keresztül, többféle biztonságos formája alakult ki, szükségessége nem lehet kérdéses. [...] A fejlett országokban az összes szülő nő 60-80 %-a részeseül valamilyen fájdalomcsillapításban, érzéstelenítésben. [...] A szülési fájdalomcsillapítás azonban számtalan előnnyel jár, és ezekről az ellenzői valahogy elfelejtkeznek. Egyesek szerint a fájdalomcsillapítás árthat az újszülöttnak, károsan befolyásolja a korai anya-gyermek kapcsolatot. [...] Az objektív, összehasonlító vizsgálatok során azt találták, hogy a fájdalomcsillapítót kapott anyák gyermekeinek elevevése és izomtónusa átmenetileg, 1-2 óráig csökkenhet (a szenzitív időszakban!

kérne. Jó, ha felkészül rá, és az a legrosszabb, ha végül kap, de megbánja. A csalódás és a bántalmazottság a legrosszabb, nekem ezt kell védeni. Elmondom a vajúdnőnek az anatómiáját annak, ami a fájdalmat okozza, hogy ennek értelme és célja van, és ez sokszor segít. Sok nőnek ma fontos élmény, hogy a fájdalom olyan állapotba hozza őket, amiben feladhatják önmagukat, és valami másra, valami magukon kívüli dologra összpontosítsák a figyelmüket, és hagyják, hogy a dolgok a maguk természetes útján történjenek. Az EDA illúziót csinál, megfoszt az élménytől, becsapja az embert. Ráadásul fizikai hatása is lehet, mert egyrészt az EDA-val a vajúdnő már nem tud mászkálni, szülés után fájhat a feje, a gerince, a baba pedig nem olyan aktív, ami hatással lehet a szopásra, és a sárgaság is lassabban múlik el.” (Szilvi, 31)

“A jelenlét a kulcs, és az abszolút figyelem. A borogatás, a masszírozás vagy akár az érintés egyéni szükséglet. Ezek mind egyedi helyzetek, a legfontosabb a ráhangolódás, hogy tudjuk, mi fontos a szülő nőnek. Ahhoz kell maximálisan alkalmazkodni. Sokan az órákig tartó beszélgetéseket<sup>338</sup> igénylik, mert különféle lelki és fizikai problémáival állnak a szülés előtt.” (Mari, 31)

A legfontosabbnak a módszert tekintik, azt a módszert, ami képessé teszi őket arra, hogy a szülést valóban háborítatlanul hagyják folyni, hogy egyszerre ott legyenek és mégse, segítsenek, de észrevétlenül, és képesek legyenek arra, és észrevenni azt, amit a vajúdnő igényel.

“A szülésnél nem erőltetem magam a nőre, ilyenkor a háttérben tudok maradni. Általában maguktól mondják, mit szeretnének, de ha nem, kérdezek. Ilyenkor mindig jön a válasz vagy az elutasítás, ami ritkább, de előfordul. Egyszer volt egy nő, akihez egyáltalán nem lehetett közelíteni, amit eleinte nem tudtam kezelni, de amikor felfogtam, hogy neki elég a jelenlétünk, és egyedül akar vajúdni, akkor már nem okozott gondot, hogy ennek az igénynek feleljek meg a lehető legjobban. Sokan azonban ölelésre, simogatásra vágnak, sőt van olyan, aki azt igényli, hogy szorososan összeölekezzünk. Ilyen esetekben általában nincsen jelen az apa, vagy nem tudja ezt a szerepet felvállalni. A leggyakoribb igény a masszírozás, derék, fenék, comb, has, aztán a has, nyak, homlok borogatása, vízben vajúdnáskor a meleg víz öntögetése. A lényeg a totális odafigyelés, a tökéletes kiszolgálás, bár nyilván van, amit nem tudok teljesíteni. Akár fizikailag, például hogy teljes súlyával belém csimpszakodjon, a hátamon hurcoljam, akár lelkileg, bár ilyenre még nem volt példa. Ha a kontrakciók leállnak, gyakran egyedül hagyjuk a párt, hogy csináljanak, ami jónak tetszik, ez az egyik nagyon intim része a dolognak. Mi egyébként a szociális szak, amíg tudunk beszélgetni, teázni, enni, és a megváltozott tudatállapot között érkezünk, így a mi részvételünk is nagyon intim. De úgy tudunk ott lenni, mintha nem lennénk ott.” (Tamara, 44)

Maguk a dúlák azt vallják, hogy tevékenységüket olyan belső indítatásból végzik, amit egyfajta belülről fakadó kényszerként, az önkifejezés és önkiteljesedés formájaként élnek meg. Tehát nem munkaként, és semmi esetre sem pénzkereseti lehetőségként. Saját tevékenységük fontosságának hangsúlyozása tehát véleményem szerint ezzel is magyarázható. Az

---

K.N.B. megjegyzése) – tehát nehezebben szopnak. Ám ezt követően visszatér a „világ rendje”, és a kontrollcsoporttól semmiben sem különbözött a viselkedésük. Végeztek késői idegrendszeri vizsgálatokat is, melyek során a gyógyszerek semmilyen károsító hatását nem sikerült bizonyítani. Csak a nem megfelelően kivitelezett érzéstelenítés (például túl korán kezdett) rejt veszélyeket az újszülött számára. Ugyanakkor a megfelelően végzett epidurális érzéstelenítés nagyon sok előnnyel jár: megszabadítja az édesanyát a fájdalomtól és az azzal járó szorongástól, rossz élménytől, ami szintén nem közömbös az anya-gyermek kapcsolat szempontjából. A fájdalommentes szülés elősegíti az újabb gyermek vállalását is. [...] Az epidurális érzéstelenítés a szülési fájdalomcsillapítás ma elérhető leghatékonyabb módszere. Előnyös az anya és a magzat számára, és gyakorlott kézzel végezve teljesen veszélytelen.” A szakmai anyagokból kevésbé tájékozott, ám a könnyen elérhető és könnyen olvasható bulvársajtót fogyasztók számára az írás egyértelműen véleményformáló és befolyásoló erővel bír, hitelességét pedig az orvosi ajánló adja (a rovat neve: Gyógyhír Klinika. Az orvos válaszol). A WHO óvatosan fogalmaz 1985-ös ajánlásában: az EDA-t olyan kategóriába sorolja, amelyet világszinten gyakran helytelenül alkalmaznak.

<sup>338</sup> Ezek a beszélgetések többnyire telefonon zajlanak.

otthonszülős dülák nem kísérik végig a várandósságot, a vajúdas idején kívül többnyire nincsenek kapcsolatban a nőekkel, így a viszony csak a női közösségérzést képes szolgálni, a személyes, intim viszonyrendszert nem. Társadalmi szempontból viszont éppen ebben áll jelentősége: a kórházi szülésvezetés kritikájaként megfogalmazott férfidominancia ellenében a normál szülés kizárólagos női érintettségét húzza alá, amelynek megvalósításához alternatívát kínál, felhasználva múltbéli – történelmi – tapasztalatokat és a tudomány új felismeréseit.

Esetünkben a legfőbb kérdés, hogy mit jelent mindez az anyák számára. Hogy hogyan látják a dülák munkáját, miben érzik úgy, hogy segítséget kapnak, tisztában vannak-e a dúla szerepével, hogyan értékelik azt, illetve hogy individuálisan milyen jelentőséget tulajdonítanak a dúla jelenlétének saját születéstörténetükben?

„Nem választottam, mert igazából nem volt rá lehetőség, kapacitás. Azt jelezhettem úgyis, ha valakit nagyon nem akarnék valami miatt. Amúgy meg elhittem azt, amit mondott, hogy akkor ott valójában mindegy, hogy ki van ott velem, majd lesz ott valaki. És valóban! Egyszer csak megérkezett a dülám, akit nem ismertem előtte és azután sem találkoztunk személyesen. De azóta a is a gyermekem születésnapján értesítem és új képet küldök neki és ő meg visszaír. Én elégedett voltam ezzel a megoldással, nem volt gondom ezzel egyáltalán. Nem is ismertem azokat, akiket választhattam volna. Nem ragaszkodtam senkihez. De ha ez lett volna, akkor nyilván teljesítették volna ezt is a lehetőségeken belül.” (Hanga, 33)

Az általam megkérdezett édesanyák közül 19-en említették meg a dúla jelenlétét a szülésnél, de különösebben nagy hangsúlyt ők sem fektettek rá.

„Egyszer csak befutott egy dúla, akit azelőtt nem ismertem, szorította a kezem, ez nagyon jó volt. Minden nagyon egyszerű volt.” (Sarolta, 33)

„Dúlát nem választottam, mégis volt a szülesemnél, és örültem neki, hogy jött, de voltaképpen ennyi a kapcsolatunk.” (Adrienn, 24)

„[X.Y.] volt a dülám, őt választottam ki a tanfolyamon a hangja alapján. Ott nem barátoktunk össze, csak ezután. Eljött hozzám az első szülesem előtt. Másnap szüstem.” (Betti, 31)

„Jött [...], örültem, hogy ott volt, de nem én hívtam.” (Júlia, 23)

A dúla személyének, jelenlétének talán azért sincsen akkora jelentősége a narratívákban, mert rendszerint nem az anya személyes döntésének eredménye, hogy ki van ott. Így tehát pusztán egy intézményt képviselnek, amelynek ha számos előnye is van, az nem a személy kérdésén múlik, továbbá nincs szüksége legitimációra.

“Végül hárman voltunk, az egyikük végezte a dúla feladatát. [...] Nem volt alkalmam dülákat megismerni, a tanfolyamon nem lehet alaposan.” (Sára, 29)

Előfordult (50/6), hogy a dúla és a várandós asszony már korábbról ismerték egymást, így kapcsolatuk nyilvánvalóan más természetű volt, mégsem fordult elő egyetlen egyszer sem, hogy a dúla segítségét olyan lendülettel ecsetelték volna, mint a bábáét (főként Geréb

Ágnesét). A fentiekén kívül ez eredhet egyrészt abból a védelmi alapállásból, ami az otthon szült – elsősorban – nőket a doktornőt ért támadások miatt arra készíti, hogy legitimálják és személyes érvekkel alátámasszák munkájának szükségességét és gyakran személyének feddhetetlenségét. Másfelől eredhet éppen abból a tényből, hogy a dúla észrevétlenül kell, hogy segítsen, következtetésképpen a szülés utáni emlékekben nem hagynak olyan mély nyomot. Bár elvben a háborítatlan szüléseknél a bába is hasonló szerepet játszik, a valóságban mégis ő az, akinek a javaslatai jó tanácsként, segítő erőként hatnak, tehát amelyeknek később is eredmények tulajdoníthatóak.

„Igen, kolléganóm volt, együtt tanítottunk P-n. Itt volt, jó volt, teljes empátiával segített. Külön emiatt nem találkoztunk szülés előtt. Borogatott, vizet adott, amikor kértem. Lelkileg sokat segített a dúla jelenléte. Akkor még nem volt babája. Azért volt jelentősége annak, hogy a harmadik esetben csak nők voltak körülöttem, és a párom.” (Zsuzsa, 33)

„Akit én akartam, azt korábról ismertem. Hogy legyen valaki, akivel megosztom az élményt.” (Réka, 24)

„Választottam dülát, máshonnan ismertem, megkértem. Most is egy helyen lakunk. A Rogersbe jártak a gyerekei és a párom előző gyerekei. Elmondta, mit gondol, de igyekezett nem befolyásolni.” (Karola, 36)

Mindezek ellenére előfordul, hogy a várandós nő és a dúla között intenzív, személyes kapcsolat alakul ki, olykor barátság, amely későbbi kapcsolataikra is rányomja a bélyegét. Ilyen esetekben (50/3) inkább egyéni, emberi viszonyulásról beszélhetünk, amelynek csak apropóját adta a szüléskísérés.

„Egy barátnőm barátnője. És az ajánlotta, hogy legyen dülám, és akkor kérdezzem meg ezt a dülát, hogy hol lehet. És mikor először beszélgettem vele, aki a dülám lett, az nagyon szimpatikus volt, és azt mondtam, hogy most nem akarok más után nézni, hogyha ő bevállal engem, akkor... Még egészen kora terhességben, második-harmadik hónapban már ismertük így egymást, és végig követte a várandóságomat, és a mai napig is kapcsolatban vagyunk. Itt volt a kislányom első születésnapján is. Ő nem beszélt rá az otthoni szülésre, azt sem mondta, hogy ő neki egyáltalán valami köze van ehhez az egészhez. Hogy amikor én mondtam neki, hogy elmegyek egy ilyen szülés felkészítő tanfolyamra a Geréb Ágihoz, akkor mondta, hogy arra elkísérne. És ott derült ki számomra, hogy... hogy hát bába is, meg hogy fülig benne van ebben az egészben.” (Noémi, 43)

Mint ahogy azt több dúla is megemlítette, a dülák segítségére a kórházban van látványosan szükség. „Igazából a kórházban van a dülának nagyobb szerepe, mert ott van igény arra, hogy valaki képviselje a szülők érdekeit.” (31) Erről számoltak be olyan anyák is, akik otthon kezdtek el vajúdni, végül kórházban születték meg gyermeküket (50/4).

“A dulás napon a tanfolyamon [ismertem meg]. Nagy rész hárult rá. Végül a kórházban kötöttünk ki, ő jött velem. Férjemet eligazította, ő nagyon ideges volt, jó volt, hogy támogatta. Fizikailag is ő támogatót. Nagyon normálisan fogadtak a kórházban, nem mondtuk meg persze, hogy otthon akartam szülni. [A dülát] a barátnőmként állítottam be. Voltam már ott nyílt napon, voltam ott szülésfölkészítőn is két napot. Az volt a baj, hogy lelassult a szülés. Egyébként [a dülával] a szülés előtt csak leveleztünk.” (Anikó, 32)

Interjúalanyaim közül 8-an tartották *nagyon* fontosnak a dúla jelenlétét és segítségét. Ez vagy előzetes ismeretekre épült, és a dúla kiválasztását jelentette, vagy utólagos elismerést.

„Először választottam dülát, akivel egymásra néztünk, és tudtuk, hogy meg fogjuk érteni egymást. Ő volt a másodiknál az igazi támaszom. A szülésig telefonon és e-mail-en tartottuk a kapcsolatot. Az én félelmeimről volt szó. Neki négy gyereke van, 2 kórházban, 2 otthon született, a saját tapasztalataiból merítve tudott segíteni. A vele való beszélgetés alatt, telefonon beszéltünk, akkor döntöttem úgy, hogy na most megszüloöm a babát. A harmadiknál nem akartam, hogy ő jöjjön, őt már kinőttem. Más voltam, más kellett. Tudtam, hogy úgylis az jön, akinek kell, és így is lett.” (Cili, 26)

„A női segítőárs, aki átélte, sokat segíthet. Nem választottam, de jött. Nagyon a helyén volt, jó, hogy ott volt. De előre nem gondoltam úgy, hogy fontos, én nem hívtam. Reménykedtem, hogy a dülák nem letudandó feladatnak tartják a szülést, hanem szívvel-lélekkel csinálják, lelki kényszer nekik, hogy menjenek, így mindegy volt, hogy ki jön. Idővel eljutottam odáig, hogy ne ragaszkodjak Ági személyéhez se, a diplomájához, hogy mindegy, ki lesz ott a szülésen. Végül mindhárom bába ott volt. Nagyon jól esett, hogy eljöttek, úgylis meg sem kérdeztem, hogy miért.” (Luca, 30)

Mindenképpen szembetűnő, hogy míg a dülák annak biztos tudatában végzik asszonytársi tevékenységüket, hogy annak jelentősége van a szülés sikerében, az anya pozitív szülésélményében és az újszülött érdekében, maguk a szülő nők nem helyeztek nagy hangsúlyt e hasznosság ecsetelésére. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy jelen kutatás kizárólag otthon szült nők véleményét kérte ki, ami minden bizonnyal különbözhet kórházi körülmények között szült nőktől, hiszen otthon szülés esetében a külső támasz, segítség más összefüggésben kap értelmet, mint kórházban. Míg otthon a nő éppen arra készül, hogy mindenféle értelemben vett beavatkozás, külső irányítás, és bizonyos fokig segítség nélkül szüljön, addig egy átlagos kórházi szülés esetében ilyen elvárása nincs, és nem is igen lehet a nőnek. Otthon például az is lehetséges, hogy ha a nő képes rá és akarja, maga kövesse a méhszáj tágulását önvizsgálattal. Ez kórházban elképzelhetetlen. Ugyanakkor az a fajta kiszolgálás és készenlét, amit a dülák nyújtanak, a kórházban nem várható el az intézményi személyzettől, hiszen a kórházban egy szülésznő egyszerre több vajúdót lát el, míg otthon a szülésznő-bába csupán egy asszony szülését kíséri figyelemmel. Érthető tehát, ha a dülák munkáját maguk is nagyobb jelentőségűnek tartják kórházban, mint otthon.<sup>339</sup>

### 2.11.3. A család

Az otthon szülés esetében, ahol hangsúlyos a szülés és a születés szociális jellege, az, hogy az életadást ne orvosi esetként éljék meg az érintettek, hanem családi eseményként, felveti a kérdést, hogy a szülésben részt vevők közül ne a család tárgyalása kerüljön-e az első helyre. Az otthon szült asszonyokkal való beszélgetéseim során végül úgy döntöttem, hogy a

<sup>339</sup> Érdemes volna tehát olyan honi kutatást végezni, amely 1. kontrollcsoportos vizsgálattal azonos kockázatú nők vajúdását, szülését (különös tekintettel a beavatkozások típusára és számára), és szoptatási sikerét kísérné figyelemmel dula-támogatta és hagyományos szülések esetében ugyanabban a kórházban, 2. szintén kontrollcsoportos vizsgálattal mérné ezen nők elégedettségét és szülésélményének hosszú távú hatásait.

családot mégiscsak előzze meg a szaksegítség bemutatása. Tettem ezt azért, mert előzetes várakozásaimmal ellentétben a beszámolóokban a férj/a gyermek apja és a nagyobb gyerekek közel nem szerepeltek olyan nagy hangsúllyal, mint a bába, vagy kisebb részben a dűla.

Az otthonszülés iránti elköteleződés, az erről való döntés szinte mindig az anya ügye. Majd' valamennyi, a kutatásomban részt vett nő (50/46) saját hosszú, kereséssel és mérlegeléssel töltött útja végeredményének tartja az otthonszülés melletti döntést. Ebben a döntésben szinte soha nem valakinek a „rábeszélése”, unszolása volt a mérföldkő, hanem az elvárások és a lehetőségek összevetésének mérlege. A születendő gyermek apja ebben a kérdésben hol támogatta a nőt, hol ellenvetéseit fejezte ki, hol hagyta, hogy a nő akarata teljesüljön. Tudok olyan esetről, amikor az apa kívánsága volt az otthonszülés, az anya pedig csak alávetette magát az apa akaratának, de saját kutatásomban nem találok ilyen párral.

Mivel az otthonszülés alapfeltétele a bizalom sokféle formája (bizalom saját magunkban, a támogatókban, a szaksegítségben, a természet működésében, transzcendens hatalmakban, stb), a támogatás nélküli otthonszülés magában hordoz bizonyos rizikótényezőket. Az elvárásoknak való megfelelés hiánya eleve determinálhatja a szülés kimenetelét. Az általam megkérdezett nők közül csupán 7-en vallottak úgy, hogy férjük kifejezetten ellenezte az otthonszülést, s az ő akaratuk ellenére szültek mégis otthon.<sup>340</sup>

„Szülés után mindenkinek azt mondta, hogy nagy szerencse, hogy minden rendben van. Azóta sem tudom megértetni vele, hogy ez nem szerencse kérdése.” (Erzsi, 24)

Gyakoribb motívum, hogy a férj teljes egészében a nőre bizza a döntést, mondván, a szülés női dolog, legyen úgy, ahogy az asszony akarja, és ezen akaratnak aláveti magát, még akkor is, ha maga nem ért egyet az otthonszüléssel, vagy nem tud állást foglalni (50/19).

“Senki sem szólt bele, tudták, hogy a döntésemet alapos utánajárás és átgondolás előzte meg, és senkinek sincs esélye elbizonytalanítani. A férjem ezt teljesen rám bízta, a barátaim is, legfeljebb közölték, hogy ők nem szülnének otthon.” (Barbi, 26)

„Mindenkinek ellenezte, de a férjem nem annyira. Elfogadja, hogy a szülés egy természetes folyamat, hogy egyedül is tud szülni egy nő, neki nem tetszik a hálapénz. Három testvére halt meg a kórházban a 60-as években.” (Jutka, 32)

„A férjem eleinte ellene volt, utána kiegyeztünk egy olyanban, hogy ezt bármikor eldönthetjük útközben. De ő végig ellene volt, tehát a kórházban szülést tartotta biztonságosnak, de amikor a vajúdas közben felmerült, hogy akkor maradnék itthon, akkor egyből mellém állt. És azt mondta, hogy jó, hogyha én úgy érzem, akkor maradjunk itthon.” (Noémi, 43)

Néhány ízben arról számoltak be az anyák, hogy párjuk eleinte ellenezte vagy nem értette az otthon szülést, de a felkészítő tanfolyamon való részvétel és a Geréb Ágnessel való

<sup>340</sup> A hét asszonyból kettőről tudom, hogy ma már nem él együtt gyermeke(i) apjával.



találkozás döntő fordulatot hozott hozzáállásában (50/6). Geréb Ágnes maga is úgy tartja, hogy akinek valamely családtagja idegenkedik az otthonszüléstől, azt hozza el magával a várandós nő a tanfolyam szakmai napjára, ahol az otthonszüléssel szemben felhozott legfőbb érv, a felelőtlenség – ahogy a doktornő-bába fogalmaz – „okafogyottá válik” (a felkészülés alaposságának okán).<sup>341</sup> A részvétel egyfelől lehetőség a „közös tudás” biztosítására (ha a leendő apa első kézből hallja az otthonszülés elveit, s az itt hallottak az anyával már közös élményként rögzülnek), másfelől a segítőkkel való személyes ismerettség csökkentheti az ismeretlennel szembeni bizalmatlanságot. Ugyanakkor nem jellemző, hogy az apák részt vesznek a tanfolyamon, legfeljebb néhány alkalommal kísérik el párjukat (saját mintámban összesen 6 apa járta végig a tanfolyamot, további 13 pedig csak egy-egy napra látogatott el a felkészítő kurzusra).

„A férjem először félt, de elment egy tájékoztató estre, ott találkozott Ágival, akkor megnyugodott.” (Fanni, 28)

“Eleve nem zárkózott el a férjem, de a tanfolyam végleg meggyőzte.” (Hédi, 29)

Az általam vizsgált esetek – a döntés jelentőségéhez képest - csak kis hányadában (50/10) jelenthették ki az anyák, hogy férjük részéről minden támogatást megkaptak otthonszülési terveikhez.

“A férjem maximálisan támogatott, úgy gondolta, ő azt követi, ahol én biztonságban érzem magam. Elvégezte a tanfolyamot, mellettem állt.” (Judit, 33)

„Nyugodt, stabil férjem van. Mindenben partner, amit kitaláltam. Alapállása, hogy a szülés természetes dolog. Az otthonszülésre rögtön rábólintott, nem annyira aggódott.” (Anna, 30)

“A párommal együtt élünk, hivatalosan nem vagyunk házasok. Nagyon mázlim volt vele, nagyon örült neki. [...] Amikor megvolt a baba a hasamban, szinte fel sem nézett a munkájából, annyira természetes volt neki, hogy ezt akarom.” (Hanga, 33)

Olyan esetekben, amikor az apa az otthonszülés mellett állt, az anyák beszámolóí szerint rendszerint nem bírt azzal a magabiztossággal és bizalommal, mint az anya. Így a szülőpár közül rendszerint ő az, aki érzékenyebb a „rémtörténetekre”, aki nem érzi, legfeljebb érti az anyává válás folyamatát, aki csak külső megfigyelő lehet, így ő az, aki tehetetlensége folytán jobban aggódik.

„A férjem tudta, hogy ezt akarom, támogatta szívvel-lélekkel, de hangot adott fenntartásainak.” (Júlia, 23)

---

<sup>341</sup> Elhangzott a tanfolyamot megelőző nyílt napon 2005. január 7-én

Bár az apa jelenléte ma már szinte kötelező jellegű a kórházi szüléseknél<sup>342</sup> (és fontos kutatási területnek tartanám felmérni, hogy ez a jelenlét vajon mennyiben társadalmi elvárás, és mennyiben belső indíttatású, és, hogy vajon mit jelent a szülő nő számára, mert ez a kérdés még teljesen feltáratlan), az otthoni szüléseknél meglehetősen ambivalens megközelítésekkel találkoztam.

Az általam megkérdezett édesanyák számára – a narratívák tanúsága szerint – nem bírt különösebb jelentőséggel az apa jelenléte. Az interjúk több mint negyedében (50/14) nem is említik az anyák, hogy az apa jelen volt-e a szülésnél, noha ezen apák többnyire nem ellenezték az otthoni szülést. Nyolc esetben szándékosan nem volt jelen az apa a szülésnél, de csak egy asszony szolgált magyarázattal. Itt az anya szándéka volt a döntő, a többi esetben az apáé.

„A férjemnek nem volt álláspontja, addig nem is érintette, amíg nem szembesítettem a problémával. De megértette, elfogadta, jónak tartja. Ő végül nem volt ott a szülésnél. Ma már elvárás, hogy az apuka jelen legyen, és én amúgy is tagadom, ami van. Én úgy éreztem magam, mint egy állat, amelyik elvonul szülni, és ehhez semmi köze nincs a hímnek. Ugyanez vonatkozik a férfi orvosra. A férjem kicsit zokon vette, hogy nem akarom, hogy ott legyen, arra hivatkozva, hogy „dehát minden papa ott van már manapság“, de végül megértette.” (Eszer, 30)

16 esetben az apák bár jelen voltak, jelenlétük nem bírt különösebb jelentőséggel. Erre vagy az a tény utal, hogy az anyák alig néhány szót szenteltek az apa szerepének a szülés során, inkább csak a jelenlét tényét állapították meg, vagy kifejezett hangot adtak azon élményüknek, miszerint – saját várakozásukkal ellentétben is – nem kapott hangsúlyt a szülés során az apa szerepe.

„Ami még nagyon érdekes, hogy azt hittem, hogy nagyon fontos lesz a férjem jelenléte, valamelyest az is volt, inkább fizikai értelemben. Bele kapaszkodtam, rá támaszkodtam. Kellett, hogy ott legyen, de olyan erőteljes női szolidaritás vett körül, hogy simán elképzelhetőnek tartottam, hogy ez is elég lenne. Igazából a férjemre kórházi körülmények között lenne nagyon nagy szükségem, amikor helyettem kellene bizonyos dolgokhoz ragaszkodnia, hogy pl. állj, nem szeretnék, ha most ezt a gyereket elvinnék. Én nem tudom, mert mással vagyok elfoglalva, kiszolgáltató vagyok, egy olyan székben ülök, ahonnan lehetetlenné tesz bármiféle egyenrangú kommunikációt köztem és az orvos között.” (Vera, 36)

„Kiszolgált a vajúdas közben, de inkább praktikus segítséget nyújtott, mint lelkit.” (Adrienn, 24)

Hat esetben nagy fontossággal bírt ugyan az apa jelenléte, ám ezen esetekben ez inkább negatív jelentőséget takar. Ez vagy azt jelentette, hogy az apa a szülés pillanatában is

<sup>342</sup> A nyugati országokban a szülések 70 százalékánál vannak jelen az apák. ([http://medizona.hu/parkapcsolat/20091029\\_apas\\_szules\\_szexualis\\_elhidegules.aspx](http://medizona.hu/parkapcsolat/20091029_apas_szules_szexualis_elhidegules.aspx) /Letöltés ideje: 2010.03.12./). Szandtneré Kisdaróczy Orsolya Családközpontú szülészet (2001) című szakdolgozata 146 édesanya várandósságát és szülését vette górcső alá (kérdőíves módszerrel) országos szinten. A vizsgálatában szereplő 146 nő szülésénél 108 esetben volt jelen a férj/pár. Ez 73,9 %-ot jelent, ami közel megegyezik a nyugati átlaggal. (<http://www.babanet.hu/publ/orsi/eredmenyek.htm>)

olyannyira ellenezte az otthonszülést, hogy jelenléte inkább gátló, mint segítő tényezőként értelmezhető, vagy azt, hogy éppen a ló túloldalára esve az anya akarata ellenére még a bábát sem akarta elhívni, mondván, segítségnek elég ő is. Ezen esetekben a női test működésébe vetett bizalom két szélsőséges esetével találkozhatunk, amikor vagy a bizalom teljes hiánya, vagy az önbizalom túltengése jelenik meg.

Csupán további hat anya számolt be arról, hogy nagy fontosságú volt számára az apa jelenléte, amelynek jelentőségét nem csorbítja, hogy azóta ezen párok némelyike már nem él együtt. A jelenlét nem pusztán a fizikai ottlétet jelenti ez esetben, hanem az emocionális azonosulást, a lelki támogatást, ami az elfogadást, és a szülő nő akaratának való alávetést jelenti.

„Szülés közben férjem masszírozott, rendet rakott, amikor a kitolás előtti nehéz két óra volt, az ő kezét haraptam. Guggoló helyzetben szültem, ő tartott. Ő is nagyon boldog volt, mindenkit agítál az otthonszülésre. Azt mondja, a kórház volt a pokol, ez a mennyország. Nekem volt rendesen halálfélelmem közben, ő nem félt, tudta, hogy minden rendben lesz, látta Ágiékon, hogy jók.” (Hédi, 29)

A családi részvétel kizárólag az otthonszülésre jellemző motívuma a testvérek jelenléte. Ez a jelenség a „szülés mint családi esemény” felfogásban gyökerezik, vagyis amely egy olyan történésként fogja fel a születést, amelynek minőségi megélése egész életében végigkíséri az egyént, és hatással van a születésnél jelen lévők és a megszületett lelki kapcsolatára, s amely a korai kötődést pszichológiai értelemben kiterjeszti a többi jelen lévő családtagra is.

Az intézeti gyakorlat – a törvényi szabályozás értelmében is, miszerint a szülésnél a szülő nővel egy *nagykorú*, szabadon választott személy lehet a szülőszobán<sup>343</sup> –, kizárja a születendő nagyobb testvérének jelenlétét, s a szülésről való technokrata gondolkodás nem is tartja elfogadhatónak az effajta gyakorlatot.<sup>344</sup>

Az otthonszülésre felkészítő tanfolyamon is szó esik a nagyobb testvérek jelenlétéről, de nem különösebben nagy hangsúllyal. A hozzáállás feltétlenül pozitív, tehát nem tagadják a

<sup>343</sup> Lásd a már idézett 1998. július 1-én hatályba lépett egészségügyi törvényt: CLIV. törvény, 11§(5).

<sup>344</sup> Egy 42 éves, a szülésetet épp annak technokrata szemlélete miatt elhagyó szülésznő így vall tapasztalatáról: „Éppen gyes-en voltam a kisebbikkel, amikor bejöttem valamit intézni. Velem volt a hat éves lányom is. Bejött egy anyuka, aki korábban hozzám járt terhesség gondozásra, aki akkor is simán, minden probléma nélkül szült, kérdeztem a lányomat, nem akarja-e megnézi a szülést. Persze akarta. Megkérdeztem az asszonyt, megengedi-e, megengedte. Nem zavarta. Nem volt semmi, megszületett a kisbaba. A kolléganőim és a kollégáim úgy néztek rám, mint egy örültre, hogy hogyan csinálhatok ilyet a szegény gyerekkel. Amikor kijöttünk, kárörvendően megkérdezték a lányomat, hogy na, milyen volt? A kis hat éves leánykám meg csillogó szemekkel annyit mondott, hogy: csodálatos! A gyerekek pontosan értik, mi történik, csak őszintén kell velük beszélni, nekik ez nem tabu, csak mi tesszük azzá.”

testvérek jelenlétének létjogosultságát a szülésnél, de – éppen adott szituációban való természetességénél fogva<sup>345</sup> - nem is tulajdonítanak neki különösebb jelentőséget.

A legtöbbször az otthon szült asszonyok sem említették, ha gyermekük jelen volt a kisebbik születésénél, csak ha rákérdeztem. Az emlékeik gyakran csak mások beszámolóí alapján rajzolódnak ki, hiszen maguk a vajúdás és a szülés alatt nem mindig érzékelték a külvilág eseményeit.

A holisztikus szülésmodell követői szerint a felkészülésnek nem csak az anyát kell érintenie, hanem a szűkebb közösséget, a családot is.<sup>346</sup> Az otthon szülő nők, amennyiben nem kívánják kizárni nagyobb gyermekeiket a vajúdás és a születés pillanataiból, úgy fontosnak tartják az ő felkészítésüket is. Ily módon tehát ezen gyerekek számára nem saját szülésélményük lesz az első ilyen jellegű élmény, s így reményeik szerint úgy tekintenek majd a születésre, mint az élet szerves és természetes részére, amely fájdalmas és örömteli.

“Mondtam a gyereknek, hogy kiabálni fogok, elmagyaráztam, hogy az nem baj. Az apja reggel behozta, meg volt ijedve, mert kiabáltam, de elmagyaráztam mindent. Ági is magyarázott. Amikor egy óra múlva megszületett, az apja behozta, látta, hogy minden rendben van. Ági is mondta, hogy ha bejöhet a gyerek, már nem fél. Ezt a húgom is alátámasztotta, ő vigyázott B-ra, hogy mielőtt bejött, nagyon feszült volt, utána teljesen megnyugodott, oda sem figyelt. Teljesen természetesen viselte.” (Kati, 26)

Ugyanakkor kérdéses, hogy ha a kortárs csoportban ők az egyetlenek, akiknek ilyen élményben volt részük, az milyen reakciókat válthat ki másokból.

„A gyerekek is megkapják a korosztályuktól, hogy te jó Isten, hogy születhetnél otthon? D.[a fiam] is mondta már, hogy milyen hülyeség ez az otthonszülés. Szívadják őket emiatt. Akkor elmondtam neki pár dolgot, és megértette.” (Adél, 36)

Előfordult (50/3), hogy az előzetesen eltervezettek ellenére voltak ott a gyerekek az anya születésénél, ám ez egyikőjük számára sem jelentett nehézséget.

„A dülát hívtam föl, Geréb Ágit tudtam, hogy már reménytelen, a másodikat egyedül szültem, de a férjem és a gyerekek ott voltak. Odáig el sem tudtam képzelni, hogy a gyerekek is ott legyenek, de szépen eljátszottak közben.” (Kitti, 36)

<sup>345</sup> Itt ismét felmerül a *természetesség* kifejezés szubjektív „természete”. Nem mindenkinek természetes az, ha a nagyobb testvérek jelen vannak, vagy jelen lehetnek kistestvérük születésénél, ám ha az, akkor annak feltétlenül lehetőséget biztosítanak rá, felkészültek (a bábák és a dülák is), hogy kezeljék a helyzetet, hogy reagálni tudjanak a gyerekek reakcióira. Hogy hogyan, az helyzet- és egyéniségfüggő, mint ahogy az otthonszülés szülésfelvágásának is ez az egyik legfontosabb jellemzője.

<sup>346</sup> Ez egybecseng azokkal a hagyományos szemléletekkel, amelyek a gyermekvárás és a szülés idejére a viselkedési és étkezési előírásokat illetve tabukat kiterjesztik a férjre, illetve a szűkebb családra is. Ennek pszichológiai szempontú jelentősége abban rejlik, hogy a születendő gyermek szociális léte csak a csoporthoz való viszonyában értelmezhető, tehát a fogadására való felkészülés nem lehet az anya individuális felelőssége.

Ott, ahol a nagyobb testvér a szülők szándéka szerint nem lehetett ott a szülésnél, nagyobb hangsúlyt kapott az első találkozás, ami az otthonszülés esetében szinte azonnali (az ébredező nagytestvér számára legalábbis úgy tűnik), közvetlen és intenzív.

„A nagy testvérek azért naponta ötször zuhanyoztak és feküdtek be a baba mellé az ágyba, a homokozóból ki-be rohangásztak, akkora nagy szám volt. Hát reggel felébredtek, és ott volt a kisbaba. Tehát ők aludtak, nem is akartam, hogy ott legyenek, de hál' Istennek, én pont éjszaka szültem. És hát azt a boldogságot, tehát akkor sírt az ember legközelebb, mikor a két nagy gyerek meglátta azt a kisbabát, és ezt egyszerűen nem lehetett volna megélni sehol másutt, most monitoron, meg ablakon át, de azt, hogy odament, puszilgatta, befeküdt mellé, tisztán, mert le kellett zuhanyozni, kezet mosni, azt azért volt, de hogy azt a szeretetet, amit kaphatott a kisbaba, megint csak nem tudom elképzelni, hogy egy kórházban...” (Lujza, 37)

Saját mintámban összesen hét alkalommal voltak jelen a gyerekek a vajúdás vagy a szülés alatt, ami minden esetben az ottlét lehetőségét jelentette, tehát azt, hogy nem zárták ki a gyereke(ke)t abból a helyiségből, ahol az anya vajúdott/szült, de egyetlen esettől eltekintve közvetlenül a kitolási szakban a gyerek(ek) egy másik helyiségben tartózkodtak. A megengedő attitűd hangsúlya azonban nem magán a szülésen van, hanem a szüléssel együtt járó hangok, emóciók, cselekvések megtapasztalásán, amit a szocializáció részének tekintenek. További 36 esetben a nagyobb gyerekek a lakásban/házban tartózkodtak, de többnyire aludtak, vagy valaki lefoglalta őket.

A kutatásomban részt vevő nők fele (50/26) tartotta fontosnak elmondani, hogy az édesanyja hogyan vélekedett otthonszülési tervéről. Ez rendszerint (26/20) az ellenkezés valamilyen szintjét jelentette,

„Hát az otthonszülés legfőbb ellenzője az édesanyám volt. Akinek nem is mondtuk el konkrétan, de néhányszor elmondta, hogy nehogymint otthon szüljél, de ugye nem fogsz otthon szülni?...és utána mikor kiderült, hogy otthon született a kislányom, akkor majdnem nem is jött el hozzánk, mert...mert nem. Ő mérhetetlenül ellenzi. Ennek van egy olyan háttere, hogy igaz, hogy négy gyereket szült, de retteg a szülésektől, és egész életünkben azt hallgattuk, hogy a szülés az borzasztó dolog.” (Annamari, 38)

„Anyukám ki volt akadva. Középidőben mondtam neki, amúgy is hisztis típus. Miért nem lehet úgy, ahogy a többi nép? Ő sem akarta, hogy Pestre menjek.” (Adrienn, 24)

bár voltak kivételek (26/4):

„Anyukám azt mondta: ezt Te már évekkkel ezelőtt megmondtad. Annyi tudásom volt, hogy olyan határozottan tudtam ezt a dolgot képviselni, hogy végül elfogadta, de azért végig kérdezgette, biztos akarom-e. Apunak nem mondtam, ők elváltak, lényegtelen volt a véleménye.” (Sarolta, 33)

“A szüleim elfogadták, de féltettek. Anyámnak is kellemetlen élménye volt a szüléssel kapcsolatban, azzal egyetértett, hogy feldolgozok egy ilyen eseményt.” (Hanga, 33)

Több asszony arról számolt be, hogy szülei először tiltakoztak a tervük ellen, de az első egészséges gyerek megszületése után enyhült az ellenérzés (50/8).

„Amikor kiderült, csak rémülten csodálkoztak. A szüleim megszokták, hogy nem kérem ki a véleményüket. Gimis korom óta nem kell kikérnem a véleményüket. Messze laknak. [...] A másodikat már jól fogadták, volt jó példa. Akkor kezdtek mesélni, hogy ők is így születtek. Volt a faluban két bába, egy presztizsbába, egy református, és egy másik, egy katolikus. A gazdagok az elsőt hívták. Meséltek a természetességéről is.” (Lili, 31)

Az anya, vagyis a leendő nagymama véleménye az esetek többségében fontosnak bizonyult, ezért gyakoriak a „győzködés”, a „felvilágosítás”, a támogatás megszerzésére irányuló próbálkozások. Ez az igyekezet csak a nők anyjával kapcsolatban figyelhető meg (az apjával nem), vagyis újfent az anya-gyermek kapcsolat kap nagy hangsúlyt.

“Anyu nagyon félt, elolvastattam vele Odent Császármetszés című könyvét, az valamennyire meggyőzte, aztán a Születés művészetét. Végül elfogadta, de a lelke mélyén nem örült.” (Sára, 29)

„A családom nagyon ellenezte, anyukám a végére belenyugodott. Próbáltam kerülni a témát, meg felvilágosítani őket.” (Fanni, 28)

„Minden voltam, mindennek elmondtak, a család részéről. Nagyon kész voltak. Persze, orvosok. Megpróbáltak rémisztgetni, de olyan erős volt bennem, hogy fel sem vettem. [...] Anyukám a végén, N. születésénél, ő gyűjtötte a pénzt, akkor már látta, hogy ott a három egészséges gyerek. Ági egyszer meg is kereste, mert tudta, hogy tiltakozik.” (Adél, 36)

Az anya belenyugvását lánya akaratába mindig fontos jellemzőként emelték ki az otthon szült nők (50/13), amely jellemzően megerősítést jelentett számukra, noha ezt soha nem mondták ki.

„Anyám ellenezte, a családom furcsán nézett rám. [...] Lelkiismeretesen álltam a kérdéshez, hogy ha baj van, bementem volna a kórházba, sokat készültem rá. Anyám nem szokott tiltani, de a végén a barátja, akinek három gyereke van Ausztráliában, azt mondta anyámnak, hogy szerinte is elég egy szülésznő, ha nincs baj, nem kell más. Anyám belenyugodott. Anyám itt volt a szülésnél, bár nem gondoltam volna.” (Hanga, 33)

A gyermek apján és az anya édesanyján túl jóval ritkábban ugyan, de az apa szüleit, tehát az anyóst és az apóst említették adatközlőim (50/9). Véleményük rendszerint elítélő, de semmilyen szerepe nem volt az anya álláspontjának alakításában.

„[A férjem] apjának a családja azt mondta: eddig egészséges volt a baba a pocakban, most akarok neki bajt okozni?” (Liza, 36)

Az, hogy az elmúlt években otthon szülő nők szüleinek generációja (kb. az 1940-50-es években születettek) inkább ellenzi, mint nem az otthonszülést, kiváltképpen, ha saját unokájukról van szó, érthető és könnyen megindokolható, hiszen a mai ifjú nagymamák szülési időszaka éppen az a korszak, amikor a szülészet technokrata szemlélete virágkorát élte. A szülés korabeli szocializációja elvárta a szülő nőtől a tekintélyelvű kórházi viszonyulások elfogadását, az orvostudomány bámulatos eredményeinek hatására a szülés veszélyes és orvosi esetként való felfogását, illetve a hazai politikai-ideológiai viszonyoknak megfelelően az egyéni szükségletek háttérbe szorítását. A perinatális pszichológia ezidőtájt még

gyermekcipőben járt, és semmilyen hatással nem volt a hazai szülészetre, a hétköznapi tudásban pedig még fel sem bukkant. Ez a korosztály az orvostudomány segítségével „túlélte” a szülését, ami véglegesen rányomta a bélyegét a szülésről való gondolkodásukra. Amennyiben valamilyen oknál fogva a későbbiekben nem foglalkoztatta őket a szülés, mint életesemény, és nem követték a szülészet és a szülés felfogásának fejlődését és változásait, úgy számukra a szülés saját gyermekük szülővé válása idején is ugyanolyan jelentésekkel bír, mint saját szülésélményük kapcsán. Ebben a gondolkodásmódban a kórházi biztonságról lemondani és az otthoni „kényelmet” választani valóban felelőtlenséget jelent.

### 3. AZ OTTHONSZÜLÉS JELENTÉSEI

A fentieket meggondolva felmerül a kérdés: mit nyújthat a mindennapokban, a különböző egészségügyi és politikai szervezetek, a szülés és születés minőségéért felelős szakemberek számára egy olyan antropológiai kutatás, amely az otthonszülésben részt vevő anyák szempontjait, látásmódját és világgépét hivatott feltérképezni, s amely igyekszik megvilágítani, hogy az otthonszülés jelensége milyen társadalmi-kulturális törésvonalak mentén szerveződik?

Reményeim szerint árnyalt helyzetképet egy olyan társadalmi mozgalomról, amely jelen pillanatban intézményesül. Az intézményesülés részben már megtörtént, amikor az otthonszüléshez kapcsolt társadalmi cselekvés már rögzült formában jelentkezett (vagyis az otthon szülni kívánó nők előtt egyértelműen szervezett alternatíva állt), részben a közelmúltban történt, amikor elkészült az otthonszülés szabályozása, részben pedig jelen pillanatban is történik, amikor a rendeletben rögzített szabályok és a valós működés találkozik, és idővel remélhetőleg egymáshoz csiszolódik. Jó ideje kérdés, hogy ez az intézményesülés milyen legitimációkra alapozva valósul meg, hiszen jelen pillanatban is a téma valamennyi szakmai- és társadalmi vitájának ez a leglényegesebb kérdése. A dolgozat éppen abban segíthet, hogy e vitában antropológiai támpontot nyújtson annak mérlegelésében, hogy szabad-e az otthonszülésről folyó diskurzust egy attól eltérő logikai rendszerben tárgyalni. Hiszen mint valamennyi társadalmi mozgalom, ez is egy új (más) logikára, egy új (más) látásmódra hívja fel a figyelmet.

Az otthonszülést tekinthetjük egy olyan alternatív mozgalomnak, illetve az egyén szintjén olyan alternatív életformának, amely mint ilyen vizsgálendő. Ez ugyan eleve determinálja a marginalitást, ami abból a szempontból nem szerencsés, hogy az otthonszülést egy azon túlmutató, a modern szülést általánosságban jellemző kritikaként fogtuk fel. Ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy a jelenséget a saját kontextusain belül kell értelmezni. Az otthonszülés anyaságra és nőiségre kihegyezett mondanivalója megkerülhetetlenné teszi a téma nemspecifikus (genderspecifikus) értelmezését, noha, mint alább kifejtem, a feminizmus és az alternatív szülészet kapcsolata igen ellentmondásos. Végül láthatjuk, hogy az otthonszülés ürügyén felvillanó érdek- és értékütközések miként teszik láthatóvá a modern társadalom belső ellentmondásait.



### 3.1. Az otthonszülés, mint alternatív mozgalom

Szabó Máté szerint a társadalmi mozgalmak az aktuálisan fennálló társadalmi-politikai rendszerben gyakran sajátos, „diszfunkcionális funkcionalitással” rendelkeznek, amivel egyszerre jelentenek kihívást a fennálló intézményrendszer számára, ugyanakkor segíthetik annak megújítását, innovációját, reformját.<sup>347</sup> Ez a rendszer jelenti egyfelől a politikai rendszert, illetve adott tudományterület szervezeti struktúráját, amely elsősorban érintett a változás követelésében.

A politikai rendszerrel, a termeléssel, a technológiával, a tudománnyal, az egészségüggyel, a fogyasztással, és még sok, a mindennapi életben lecsapódó társadalmi jelenséggel kapcsolatban az alternatívákban való gondolkodás Magyarországra Nyugat-Európából és az USA-ból talált utat. Ezekben az országokban az alternatív életformák mozgalma a 70-es években csúcson állt ki, ahonnan Magyarországra körülbelül 10 éves késéssel jutott el. Ekkor is csak a lakosság szűk rétege szerzett tudomást róla, és elenyésző volt azoknak a száma, akik a nyugati országok gyakorlatát torzítás nélkül ismerték, vagy akik ilyen témájú (idegen nyelvű) szakirodalomhoz hozzájutottak. A szocialista éra alatt a társadalmi mozgalmak szinte kizárólag politikai felügyelet alatt, annak berkein belül léteztek, amely tulajdonképpen a társadalmi mozgalmi szektor intézményesülését jelentette, pszeudo- és kvázimozgalmak<sup>348</sup> továbbélését, amelyek mondanivalója egybeolvadt a fennálló ideológia mondanivalójával. A 80-as évek második felében valamelyest megrendülő alternatív gondolkodás és mozgalom hazánkban még ma is magán viseli a nyugati kapcsolatok hiányosságának bélyegét: a kezdeményezők gyakran elszigetelődnek, elképzeléseik sokszor utópisztikus elemeket tartalmaznak.<sup>349</sup> Csak a 90-es évek első felében tudatosult szélesebb rétegekben a modern társadalom számos hátulütője, és terelődött figyelme az életmód új, lehetséges alternatíváira, ami lehetővé tette, hogy a közös cél megfogalmazása és képviselése csoportosulásokat, mozgalmakat hozzon létre.

A rendszerváltozás után kibontakozó társadalmi mozgalmak már olyan igénnyel léptek fel, ami a civil társadalom autonómiáját, differenciált, plurális jellegének kibontakozási lehetőségét követelte. A társadalmi öntevékenység, az érdek-, információ-, és értékfolyamatok áramlása hazánkban azonban még most is meglehetősen alacsony szintű, ami kézzel fogható

<sup>347</sup> SZABÓ <http://www.foek.hu/zsibongo/90elotti/cikk/szabo.htm>. (Letöltés ideje: 2010.01.07.)

<sup>348</sup> Pszeudo-mozgalom: amikor a nagymértékben formalizált és intézményesedett, mozgalmi kötődésekkel nem, vagy alig rendelkező szervezetek igénylik maguknak a társadalmi mozgalmi identitást. Kvázi-mozgalom: amikor a társadalmi mozgalmak intézményeken, szervezeteken belül kénytelenek kibontakozni, illetve valódi mozgalmi identitásuk nem fejlődhet ki igazán. (SZABÓ <http://www.foek.hu/zsibongo/90elotti/cikk/szabo.htm>)

<sup>349</sup> LANTOS 1989

formában nyilvánult meg az otthonszülés szabályozásának próbálkozásaiban, amikor a politikai kezdeményezés azt az egészségügyi szakmai szervezetet bízta meg a szabályozás kidolgozásával, amelynek érdekei egyfelől ellentétben állnak az otthonszülés feltételeinek megvalósulásával, másfelől nem ismeri el annak létjogosultságát, harmadrészt nincs tapasztalata annak gyakorlati oldalát tekintve, negyedrészt nem ismeri, illetve nem tartja relevánsnak annak elméleti hátterét.

Az otthonszülés elméleti hátterét adó holisztikus szemléletmód jelen pillanatban főként az alternatív életforma-mozgalmak, az ökológiai mozgalmak, illetve az ökofeminista mozgalmak<sup>350</sup> mondanivalójával áll kapcsolatban, noha az otthonszülés mozgalma szervezeti szinten nem feltétlenül képezi ez utóbbi mozgalmak részét. Szintén fontos a kapcsolat az új feminista mozgalmakkal, amelyek szerint a feladat már nem csak a funkcionális nemi egyenlőség megteremtése, hogy a nőt a férfival egyenrangú szereplőként ismerje el a társadalom, ne érje neme okán hátrányos megkülönböztetés a szakmai- és közéletben, illetve hogy a munka és az anyaság intézményesen is összeegyeztethető legyen, hanem az is, hogy az anyaság éppen olyan társadalmi megbecsülést kapjon, mint a termelő munka bármely más formája. Ez a megközelítés feloldja a társadalmi nem kutatását sokáig uraló dilemmát, amely nem tudta összeegyeztetni a gazdaság és a társadalmi nem rendszereit.<sup>351</sup>

Az otthonszülés mozgalom – akárcsak az ökológiai mozgalmak – társadalomképe jóval szélesebb palettán mozog, mint amely pusztán az ember és a környezet viszonyát vizsgálja.<sup>352</sup> Az alternatív mozgalmak a modern társadalom azon jellemzőit vonják kritika alá, amelyekre életmód-választási motivációik kifejtésekor saját kutatásom asszonyai is rendre utaltak. Ilyenek a hatalmi centralizáltság, a hosszú távú gondolkodás hiánya, a felelősség áthárítása, a paternalizmus alkalmazása és elfogadása, a fogyasztási kényszer ideológiája, stb. Az otthonszülés mozgalom léte Magyarországon szimbolikusan jeleníti meg azt az általános – az ökológiai- és alternatív életforma-mozgalmak által is megfogalmazott – ellenállást, ami a gazdasági növekedést illetve az életszínvonal emelkedését kizárólag az ipar-tudomány-

<sup>350</sup> Az *ökofeminizmus* elnevezésű irányzat a mélyökológia és a feminizmus összeolvadását jelenti. (RUETHER 1998: 120) A mélyökológia "az ember és a természet destruktív kapcsolatának szimbolikus, pszichológiai és etikai összetevőit vizsgálja, és azt, hogyan lehet ezt egy, az életet előnyben részesítő kultúrával helyettesíteni". (EHRlich et.al. 1973, idézi RUETHER 1998: 120) Az ökofeminizmus a feminizmus azon felfogásával áll kapcsolatban, amely a kultúra és a tudás fogalmát állítja a középpontba, és azt vizsgálja, hogy milyen szimbolikus, pszichológiai és etikai összetevői vannak annak, hogy a nőket elnyomják, és hogy az anyagi javak és a kontroll feletti hatalom a férfiak kezében van. Mint láthatuk, az otthonszülők természet-felfogása, a természetes szülés jelentései, az otthoni környezet preferálása, illetve a patriarchális hatalom és -kontroll megkérdőjelezése kapcsán az otthonszülés mozgalmat erős ökofeminista elvek hatják át.

<sup>351</sup> Ezzel párhuzamosan azonban megjelent a társadalmi igény arra is, hogy ne pusztán az anyaságról, hanem a "szülőségről" gondolkozzanak a politikai döntéshozók, ami a gyermek nevelésének mintáiban az apát az anyával egyenrangú félként kezeli.

<sup>352</sup> FARKAS 2001: 60-61

technológia hármasságával magyarázó elméleteket cáfolva jelent meg – mintegy összesűrítve azoknak az emberi létre vonatkozó mondanivalóját. Az otthonszülés mozgalmának önállósodási törekvései felszínre hozzák a magyar társadalom centralizált, bürokratikus, hierarchizált intézményrendszerének ellentmondásait, amelyekről a modernizmus kritikusai úgy tartják, hogy lehetetlenné teszik az öngazgató, közvetlen demokrácia kialakulását. A mozgalom pusztá létezésé felhívja a figyelmet a modern társadalomban érzékelhető elidegenedési folyamatokra nemcsak ember és ember között, hanem az ember és a természet, illetve az ember és önmaga között. Továbbá rámutat az erőszak bizonyos intézményesített formáira, amely a holisztikus szülésmodell szemében a technokrata szülésrituálékban, mint a rituális erőszak megjelenésében érhető tetten. S ahogy az ökológiai mozgalmak is elutasítják, hogy törekvéseiket a reprimítivizálódással állítsák párhuzamba (vagyis hogy „visszafelé haladnak a történelemben”), úgy az otthonszülés-vitában is döntő fontosságú a hagyományos és a modern otthonszülés megkülönböztetése.

A szülés holisztikus szemlélete – véleményem szerint – tulajdonképpen a szülés posztmodern áramlatát jelenti. Huntington úgy írja le a posztmodern fogalmát, mint amely leleplezi a modern ipari társadalom egyoldalúságát, felvillantva az ipari korszak végét.<sup>353</sup> Foucault, Lyotard, Derrida, Rorty és mások írásaiban a posztmodern a modernitás kritikájára épülő újfajta gondolkodásmódot jelent.<sup>354</sup> Az a kritika, amelyet a posztmodern teoretikusok megfogalmaznak, jórészt a modernitás azon aspektusait kérdőjelezi meg, amelyek a technokrácia fölényét, a természet leigázásának törvényszerűségét és jogosságát, a tudományba vetett abszolút hitet és a politika szekularizációját hirdetik. A posztmodern a standardizált individualitás helyett számon kéri a modernitáson az egyéniség elismerését. Az autonómia iránti igény, az objektív igazság és az univerzális racionalizmus megkérdőjelezése az otthonszülés-mozgalom számára is központi kategóriák. Ugyanakkor vitathatatlan az az ambivalencia, amely az alternatív vagy posztmodern szülemódok és a technokrata vagy modern szülemódok között feszül. „A »posztmodernizmus« szó nem csak faragatlan és otrombán hangzik, de ráadásul magában foglalja önnön ellenfelét, azt, amin túl akar lépni, amit le akar gyúrni: magát a modernizmust. A terminus tehát magában hordja önnön ellentétét...” – írja a posztmodern jellemzésében Ihab Hassan.<sup>355</sup> Éppen úgy, ahogy az otthonszülést igazoló szüleméletek is leginkább a technokrata szülemódok ellenében képesek magukat meghatározni, s noha a holisztikus szemléletmód az előbbin túlmutatónak és

---

<sup>353</sup> Huntington 2008

<sup>354</sup> Foucault 1991, 2000, Lyotard-Habermas-Rorty 1993

<sup>355</sup> Hassan 2002: 51

attól különállónak tekinti önmagát, a szülésről folyó diskurzusban rendre a valamivel való szembeállítás az érvelés alapja.

A társadalmi mozgalmak fontos jellemzője, hogy bázisukat gyakorta – akárcsak az otthonszülés esetében – a fiatal értelmiség adja. Ennek megfelelően határozottan jövőorientáltak. Az értelmiségi szerep minden társadalmi mozgásban mintaként szolgál és e minta terjedésének folyamatában katalizátorként működik. Foucault kiemelt szerepet tulajdonít az értelmiségnek a hatalommal való kapcsolatában is. „Létezik egy hatalmi rendszer, amely nem csak a cenzúra instanciái által, de a társadalom teljes hálózatában mélyen elmerülve, szinte észrevétlenül képes működni. Maguk az értelmiségiek is részei ennek a hatalmi rendszernek, ahogyan az a gondolat is beletartozik, miszerint ők az «öntudat» és a diskurzus ágensei. Az értelmiségi szerep már nem az, hogy «elől vagy oldalt» vegye fel pozícióját, ahonnan és ahol az elhallgatott igazságot ki lehet mondani; hanem sokkal inkább az, hogy ott harcoljon a hatalmi formák ellen, ahol azoknak egyszerre tárgya és eszköze: a «tudás», az «igazság», az «öntudat», a «diskurzus», rendjében.”<sup>356</sup> Az otthonszülés kapcsán ez a szerep a szülés humanizációjáról szól, ami nem pusztán azok érdeke, akik otthon szülnek, hanem jóval szélesebb rétegé.<sup>357</sup> Bizonyos szülésformák, szemléletmódok, kompetenciák elismertetése és elfogadtatása, a róla való diskurzus, illetve a reprezentáció nagyobb felelőséget ró az otthonszülés legalizálásának harcában az értelmiségre (függetlenül attól, mely oldalon állnak), mintha csak egy szűk csoport véleményét képviselnék. Az értelmiségi státusz szerepet játszhat a legitimáció folyamatában, éppen az információ hozzájutásának lehetősége és az önreprezentáció miatt.

---

<sup>356</sup> FOUCAULT 1999: 242

<sup>357</sup> A Sonda Ipsos egy 2007-es, 1500 fős mintán végzett, a felnőtt lakosságot reprezentáló felmérése szerint társadalmunk 18 százaléka ért azzal egyet, hogy egy nő egészségügyi szakember segítségével otthon szülje meg gyermekét, 72 százalék ellenzi, és viszonylag magas, 10 százalék a bizonytalanok aránya. (<http://index.hu/belfold/otthosz0925/> (Letöltés ideje: 2010. 01. 13.) Mivel hazánkban az összes születések 0,2 százaléka zajlik otthon, előre tervezetten, lényeges a 18 százalékos támogatottság. E 18 százalék 33 százaléka a választás szabadságát, a demokratizmust, a fogyasztói jogokat tartotta előre valóknak, amikor azzal érvelt, hogy mindenkinek joga van eldönteni, hol szeretne szülni. 24 százalék azzal indokolta véleményét, hogy a megfelelő feltételek megléte esetén biztonságosabb otthon szülni, mint kórházban. Majdnem ugyanakkora, 23 százalék volt azoknak a tábora, akik azt mondták, már nagyanyáink is otthon szültek, ez régen is elfogadott volt. A támogatók ezen köre tehát nem érzékeli feltétlenül a „hagyományos kontra alternatív” dilemmát, ami az otthonszülés szemléletének pontatlan ismeretére utal. 21 százalék szerint otthon nagyobb a lelki biztonság, mint kórházban, 19 százalék úgy vélte, hogy ha egészséges a mama és a baba is, semmi okuk sincs rá, hogy kórházba menjenek. A vélemények alakulását feltétlenül befolyásolja a média, illetve a saját orvos közvetítette kép, hiszen a többség nem rendelkezik a témáról tapasztalati tudással. Ugyanakkor fontos maga a kérdésfeltevés is. Valójában ugyanis nem az a kérdés egy ilyen típusú felmérésben, hogy a válaszadó egyetért-e azzal, hogy egy nő egészségügyi szakember segítségével otthon szülje meg gyermekét, hanem az, hogy egyetért-e azzal, hogy felkínálják a lehetőséget a szabad választásra. Hiszen a mozgalom kimondott célja globálisan nem maga az otthonszülés, hanem a választási szabadság biztosítása.

Noha az otthonszülést támogató, illetve abban részt vevő egyének közös fellépését a mozgalom kifejezéssel illetem, maga a mozgalom-lét feltételezi valamiféle közösség létét. Mint ahogy a „Közösség- és hagyományteremtés” című alfejezetben már ismertettem, maguk az otthonszülők nem tekintik magukat „hagyományos értelemben vett” közösségnek. Tudati szinten megragadható szellemi közösségnek viszont igen. Ez a dichotómia a „magam” és a „mások” besorolásában az egyéniség egyediségének felértékelésére enged következtetni, amely megakadályozza az egyént abban, hogy magát kategorizálja. Kívülről azonban úgy tapasztaltam, hogy azok, akik magukat nem tartották tipikusnak, a dolgozatban tárgyalt szempontok tekintetében hasonló értékrendet vallanak, mint az otthonszülők „általában”. Az otthonszülőket egy csoportként említeni persze éppen annyira nem szerencsés, mint bármely más mozgalom tagjait, ahol a közösségvállalást elsősorban a közös cél határozza meg, s a tagok minden egyéb tekintetben különbözőek lehetnek.

A legerőteljesebben a szülésfelkészítő tanfolyam biztosítja a közös tudáskeret kialakulását, ami a meglévő érzéseket, ismereteket, elvárásokat egy igen széles skálán mozgó, mégis viszonylag egységes mederbe tereli, ami azon kívül, hogy konkrét ismereteket közvetít, segít az elvárások megfogalmazásában is. Ez véleményem szerint része annak a valóságkeresésnek, ami a bizonyos konvenciókkal szemben fellépő gondolatok által teremtett valóságot célozza. Ez, ha úgy tetszik, a posztmodern modernizmus-tagadását jelenti, amelybe azonban jellemző módon beletartozik a modernizmus elmélete és gyakorlata, amelyből táplálkozik, amelyből kinő, és amelynek ellentmond.

Úgy tapasztaltam, hogy önszerveződő alapon, individuálisan viszonylag nehézkesen válik végleges viszonyná az ideiglenes kapcsolat az otthonszülésben részt vevők között, felülről irányítottan, szervezett formában viszont egyértelműen megjelenik a közös identitástudat, amely fizikai mozgósításra is képes. Míg önszerveződő alapon a közösségi összejövetelek valóban a magánszférában maradnak, addig a felülről szervezett megmozdulások – a magas részvételi arány miatt is,<sup>358</sup> – kikerülnek a nyilvános térbe.

Noha a „közösség” kifejezés értelmezése a társadalomtudományokon belül sem egységes, jellemzése többnyire a kommunikáció, a lokális egység, a közösségi élmény illetve

---

<sup>358</sup> Noha pontos adatokat nem tudott adni a szervező Alternatal Alapítvány sem („nem szedünk jegyet a bejáratnál, és közben is sokan jönnek-mennek”), általában néhány százán jelennek meg például egy-egy „otthon született gyerekek találkozásán”. A létszám évről évre értelemszerűen nő. A Geréb Ágnes letartóztatását követő „folyamatos tüntetés” kb. 500 embert (köztük sok várandós és szoptatós anyát) mozgósított, akik a téli hidegben éjjel-nappal kétórás váltásban jelezték nemtetszésüket a Legfelsőbb Bíróság és Legfőbb Ügyészség épülete előtt. Az interneten terjedő felhívás és a helyszínen alakuló spontán szerveződés folyamán néhány családtól állandóan érkezett a tüntetőket ellátó étel- és italszállítmány, hetente kétszer pedig egy kifőzde küldött nekik meleg ételt.

a szolidaritás kifejezései körül forog.<sup>359</sup> A tönnies-i közösségelemzés<sup>360</sup> a hagyományos közösségek felbomlásáról illetve továbbéléséről szóló szociológiai elméleteket indította útjára, magyarázva, vitatva, cáfolva Tönnies közösség-fogalmának alaptéziseit. Bár elsősorban a túlidealizált „hagyományos közösség”-képét érte kritika, szempontunkból most a közösségek továbbélésének problematikája lehet érdekes, amelynek egyik kutatási területe éppen az új közösségi formák kialakulásának kérdése. Az egyének ugyanis továbbra is tagjai szolidaritást és közösségi élményt nyújtó, kölcsönös segítségre épülő csoportoknak, s bár ezek nem mindig köthetők konkrét lokalitáshoz, illetve szerkezetük is különbözik a hagyományos közösségek jellemzőitől, mégis nevezhetők közösségnek, hiszen azonos funkciókat látnak el.<sup>361</sup>

Buda Béla beszél egy új emberképről, amely már nem csak a szocializációban őt ért ingerek hatására változik, hanem egy, a késő öregkorig a személyiséget alakító önfejlesztő erő hatására is.<sup>362</sup> A humanisztikus lélektan ezt az új emberképet a *személyiség növekedési modelljének* nevezi. Ez az erő Buda szerint a mindennapokban gyakran gátlás alá kerül, ám napjaink súlyos lelki zavarai egyre nagyobb nyomást gyakorolnak ezen erő felszabadítására, amelyek sajátos mozgalmakká, társadalmi áramlatokká szerveződnek: „úgy tűnik, hogy korunkban éppen az egyéni fejlesztő, integráló erők *társas* összefonódása megy végbe.”<sup>363</sup> Mintha az individualizáció korában egy újfajta közösségformálódás jelenne meg. „Általában is új közösségek szerveződnek, megnövekszik az érdeklődés a másik ember iránt, új összekötő szimbólumok terjednek el (pl. új zenei formák), bekövetkezik bizonyos lázadás a hagyományos intézményekkel szemben, és problematikus dolgaikat az emberek maguk veszik kézbe önszervező csoportok és szervezetek formájában.”<sup>364</sup>

Ahogy Vályi Gábor utal rá, a közösség újradefiniálásakor a mai széttöredezett, közös érdekek és érdeklődés mentén szerveződő csoportokból felépülő nagyvárosi társadalmak társadalmi interakcióiból érdemes kiindulni.<sup>365</sup> Ezen az úton járt Barry Wellman is, amikor társadalmi kapcsolatháló-elemzése során a „személyes hálózati közösség” fogalmát javasolja az új típusú közösségek vizsgálatára.<sup>366</sup> Elmélete a közös lokalitás helyett a csoport tagjai közötti kölcsönös segítségnyújtásban látja a legfontosabb közösségszervező erőt, ami az otthonszülőket összekötő kapcsolathálóban is a legjelentősebb motívum.

<sup>359</sup> DEPEW-PETERS 2001

<sup>360</sup> TÖNNIES 1983

<sup>361</sup> WELLMAN 1999a, 1999b, 2001, WELLMAN-FRANK 2001. Idézi VÁLYI 2004: 50

<sup>362</sup> BUDA 2003: 72-73

<sup>363</sup> *Im*: 73

<sup>364</sup> *Uo.*

<sup>365</sup> VÁLYI 2004: 50-51.

<sup>366</sup> WELLMAN 1999a

E wellmani értelemben vett közösség minden jellemzője érvényes az otthonzülőkre, amennyiben definíciója szerint a hálózati közösségeket 1) általában laza, könnyen változó, erősen specializált funkciókat nyújtó kapcsolatok tartják össze, 2) a személyes kapcsolatháló ritka szövésű, vagyis az egyén különböző ismerősei ritkán ismerik egymást, 3) a lokalitás kevésbé meghatározó, a személyes közösségi hálózatok egyszerre kötődhetnek az egyén lakóhelyéhez, és kiterjedhetnek globálisan is (glokalizáció), 4) a közösségi interakció, kommunikáció ritkán zajlik a nyilvános terekben, sokkal jellemzőbbek az egyes családok otthonaiban zajló szűk körű találkozók, illetve a telefonon vagy interneten zajló kommunikáció.<sup>367</sup> Ha tehát elrugaszkodunk a „közösség” kifejezés tönnies-i értelmezésétől, és egy modernebb, a nagyvárosi kultúra szerkezetébe és működési logikájába illeszkedő elv mentén meghatározható közösség-definícióra támaszkodunk, úgy tekinthetjük az otthonzülők lazán szerveződő csoportját személyes hálózati közösségnek. Ez a „közösség” mindennapi értékválasztásaival formálja, alakítja a köréje csoportosuló, szervezeti szinten működő mozgalmi egységeket, amelyek aztán tételesen is megfogalmazzák a vallott értékeket. Ez egyfelől intézményesíti, másfelől differenciálja az elveket, miközben maga is a legitimitás forrásává válik.

Az otthonzülés mozgalom több olyan csoportosulás többé-kevésbé közös törekvését jelenti, amelyeket az otthonzülés, illetve Geréb Ágnes körül kialakult vérmes nézeteltérések és viták hívtak életre jóval a rendszerváltozás után. Ilyenek a *Társaság a várandósság és az anyaság megszenteléséért* (TAVAM), a *Szülők a Szabad Szülésért Társaság* (SZASZ), az *Orvosok a Szabad és Biztonságos Szülésért* (OSZABISZ), illetve egy olyan, spirituális-szakrális elvek alapján működő szervezet, amely egyházként is bejegyeztette magát. Ez a *Közösség a Születés Méltóságáért*, illetve a *Születés Egyháza*, ám e szervezet(ek)től az Alternatal Alapítvány 2008-ban saját honlapján alapelveik összeegyeztethetlensége miatt közleményben elhatárolta magát.<sup>368</sup>

Amint láthattuk tehát, az otthonzülés mozgalom nem pusztán a szülés-születés technokrata módja ellen lép fel, hanem általános társadalomkritikát is megfogalmaz a fennálló intézményrendszerrel kapcsolatban. Ez az intézményrendszer a modern társadalom azon típusát jelenti, ahol – Magyarországon legalábbis – a szocialista örökség még ma sem engedi kibontakozni a választás valós lehetőségeit, s nem alakult ki a bizalom az állam és az

<sup>367</sup> WELLMAN 1999b, 2001. Idézi VÁLYI 2004: 51

<sup>368</sup> „A félreértések tisztázása céljából ezennel közhirre tesszük, hogy sem az Alternatal Alapítványnak, sem pedig a Napvilág Születésháznak semmi köze a «Közösség a Születés Méltóságáért»-hoz, és soha nem is volt. Éppígy elhatárolódtunk mindig a Születés Egyházától is.” <http://www.szules.hu/index.php?id=1706&cid=30995> (Letöltés ideje: 2010. 01. 26.)

állampolgár között egyik irányban sem. Azt tapasztalhatjuk, hogy az otthonszülés mozgalma katalizátorként értelmezhető egy, a szülés és születés minőségét feszegető társadalmi és szakmai diskurzusban, amely azonban egyelőre a civil érdekeket és értékeket még másodrangú tételként kezeli.

### **3.2. Az otthonszülés, mint alternatív életforma**

Az otthonszülők részéről a fennálló hatalmi rend és a hatalom legitimitási módjának elutasítása egyfajta kivonulásban nyilvánul meg. A kivonulás jelenti a szülés intézményes kereteiből, ezáltal a hitelesnek elismert hatalmi erőviszonyok hálójából való kivonulást, amely az otthonszülők esetében – mivel az otthonszülést egy életmód-stratégia részeként definiáltuk –, az életvitel más területén is kivonulást jelent: a professzionális, hivatalosan támogatott gyógyítás kizárólagosságából, a többség számára elérhető, így a többség részéről elfogadott oktatási rendszerből, illetve a fogyasztói kultúra kényszerítő hatása alól. Mint láthattuk, az otthonszülők körében a környezettudatos magatartás és a gyereknevelés módja között szoros kapcsolat figyelhető meg. A környezetkímélő pelenkák használata, a bioélelmiszerek felé fordulás, a nevelő intézmények szelektálása és tudatos megválasztása, a gyermeknevelés bizonyos módszereinek illetve módjainak következetes és szintén tudatos követése mind az ember és a környezet harmonikus egymásrautaltságának és együttélésének kinyilvánított alapfelfogásán nyugszik.

A normaként elfogadott gondolkodásmód egy alternatív gondolkodásmódra való cserélése, a „másként” gondolkodás, a „másként” cselekvés bizonyos mértékig kivonja magát a hatalom fennhatósága alól, s pusztán a létezésével megkérdőjelezi a törvényt.<sup>369</sup> Az otthonszülés civil támogatottsága és a még igen szűk körű szakorvosi támogatottsága láthatóvá teszi a kivonulás tényét, még ha az okok immanens voltuknál fogva nem is tehetőek explicit módon nyilvánvalóvá. Ezalatt azt értem, hogy a kívülállók, s különösen a szülésorvosi szakma részére megfogalmazható érvek nem képesek kifejezni azt a belső motivációt, amely a nőket véglegesen eltávolítja a szülés technokrata felfogásától, még akkor sem, ha felajánlják cserébe a kórházi szülés humanisztikus módozatait. Ezért, noha a posztmodern szüléskultúra legkézzelfoghatóbb hozadéka a kórházi szülésvezetés humanizálódása, s vélhetően a legtöbb

---

<sup>369</sup> FOUCAULT 1996: 10-11



nő számára ez kielégíti az igényeket, mindig maradni fog egy mag, amely a szülést nem tudja elképzelni olyan hatalmi, személyi, tárgyi, eszmei viszonyok között, amelyek a mégoly humanisztikus intézményi szülemódokat jellemzik.

A többségi társadalom által preferált életmód egyes elemeinek kritikája, az elfordulás és a lázadás szervezett keretek között a társadalmi mozgalom kategóriájába sorolja a véleménynyilvánítást, ám ugyanezen életmód gyakorlati megvalósítása a mindennapokban, az egyéni haszon és értékteremtés reményében már az individuum szintjén történik. Itt érhető tetten az életmódot megmagyarázó életmód-stratégia, amely az otthonszülők esetében, noha gyakorta jól bevált recepteket idéz fel, ma alternatívnak titulálandó. Az „alternatív” jelzőt azon jellemzőknek köszönhetik, hogy lehetőség szerint mesterséges beavatkozások nélkül, háborítatlanul szeretnék rendszerint kettőnél több gyermeküket világra hozni, akiket sokáig szoptatnak, természetes anyagokkal ápolnak és táplálnak, és lehetőség szerint nem vetik alá magukat a fogyasztói társadalom kényszerítő erejének. Mivel azonban ezek az igények mozgalmi szinten jelennek meg a többségi társadalom értékrendjével szemben, új, „alternatív” piacot teremtenek a gazdaság szereplői számára.

A „hagyományos-” és „alternatív megoldás” kifejezések kétértelműségére jó példát szolgáltatnak az otthonszülők családtervezési módszerei. A fogyasztói társadalom sokféle megoldást „fogyaszt” a nem kívánt terhességek elkerülésére; olyan fogyóeszközöket, amelyek állandó utánpótlást igényelnek, környezetszennyezőek és az egészségre való hosszú távú hatásuk nem tisztázott. A tabletták, injekciók, gumióvszerek külső segítséggel kívánják a teherbeesést meggátolni, használatuk során biztos megoldásra törekednek, mintegy tárgyiasítva a felelősséget és a felelőst. Az a gondolkodási keret, amelyben az otthonszülés utat talál, többnyire más megoldási stratégiákat keres, mert olyan alapvetésekkel kell összhangban maradnia, mint az élet általános tisztelete, a gyermek áldásként, adományként való felfogása, az allopátiával szembeni bizalmatlanság és kétkedés, az egészséges életvitel, illetve a természettel való összhangba vetett bizalom. Noha e módszerek (a peteérés, vagyis a „biztonságos” és „nem biztonságos” napok és napszakok számon tartása, testhőmérséklet-figyelés, coitus interruptus, stb) közel sem nyújtanak olyan biztonságot, mint a mesterséges megoldások, alkalmazásuk évezredes múltra tekint vissza, tehát a tapasztalat felhalmozódása kétségtelen. Itt újra találkozik a hagyomány és a modern, a régi és az új, hiszen itt tapasztalati ismereteket egészít ki, magyaráz meg a modern biológiai tudomány, kiegészítve neurológiai ismeretekkel, amelyek ily módon teszik lehetővé a tudatos cselekvést.

Mint láthattuk, az otthonszülő családok többsége alternatív oktatási intézményekbe járattja gyermekeit, ami egy új mozgalmi piac kialakulását erősíti. Az otthonszülők és az

alternatív tanuláselmélet híveinek találkozása a gondolkodási síkok közös pontját jelenti, illetve olyan megerősítést és kölcsönös hatást, amihez a szülők a gyakorlatban kapnak segítséget (hiszen a gyerekek az óvodában, iskolában is olyan élelmiszert kapnak, ami saját szemszögükből megfelel az „egészséges” kritériumainak), az intézmények pedig „követőkre” lelnek (hiszen az óvodákba, iskolákba olyan családok íratják be gyermekeiket, akik osztják, vagy legalábbis pozitív hatásúnak tekintik az élelmezésről vallott – általában waldorfos – nézeteket). Az otthoni szülők számára a waldorf-pedagógia legjelentősebb hitvallása, hogy a gyermeket önállóságra kell nevelni, hogy felnőve önállóan és tudatosan legyen képes döntéseket hozni, amiért felelősséget is mer vállalni. Tudomásom szerint nem létezik olyan kutatás, amely mérné, hogy a gyakorlatban milyen hozadéka van az elméletnek, ám érthető, ha az otthoni szülők által legtöbbször hangoztatott érték kerül a figyelem középpontjába az oktatási intézmény kiválasztásánál is. Így különösen érdekes lesz az elkövetkezendő tíz-húsz évben szülővé váló „waldorfos” generáció viszonya az otthoni szüléshez, illetve a holisztikus szülésmodellhez, amely idővel talán nem kizárólag az otthoni szülés sajátja lesz.

Az otthoni szülés logikájának felrajzolásában fontos szerepet kell tulajdonítanunk annak a módnak is, ahogy az egyén megkísérli helyreállítani a test egyensúlyainak, illetve a test és a lélek egyensúlyának megbomlását, annak az elvnek, amely e módot intellektuálisan és tudományosan megmagyarázza, illetve annak a gyakorlatnak, ahogyan e módszert alkalmazza. Az allopatia megkérdőjelezése, illetve homeopata orvos választása gyakran a gyermekszületéshez kötődik, ami generációs és történeti okokkal is magyarázható: a fiatal felnőttek most először *kell* felelősségteljesen orvost választania, hiszen már nem csak a maga, hanem gyermeke egészsége is a tét, továbbá a rendszerváltás előtt Magyarországon alig lehetett a homeopátiáról hallani, hiszen tiltólistán volt. Láthattuk, hogy az otthoni szülő „felhasználó” a homeopátia preferálásában az orvostudomány egy alternatív irányzatát látja, nem pedig természetfeletti megoldásokat keres, mint ahogyan azt az otthoni szülőkkel kapcsolatos laikus véleményekben gyakorta hallani. Az otthoni szülők körében azért olyan egyöntetű a természetes módszerek, illetve a homeopátia preferálása az allopatia rovására, mert egész életvezetésük egy olyan emberképre épül, amelynek egészség- és betegségfelfogása részét képezi mind a holisztikus szülésmodell, mind a homeopatikus gyógyászat alapelveinek.

Ebbe az alternatív áramlatba tartozik sok szempontból az otthoni szülők vallásossága is, amelynek jellemzőit a vallásosság új formáiként is értelmezhetjük. Láthattuk, hogy az otthoni szülés a szülés öntörvényűségét hangsúlyozza, ám ez az öntörvényűség korántsem pusztán a szülésre korlátozódik. A lázadó hangvétel oka rendszerint nem maga a

konvencionalitás, hanem a korlátozás. A kritika alapja nem önmagában a megszokás, a hagyomány, hanem a berögződésekhez való ragaszkodás. Az öntörvényűség megjelenik a fogyasztói jog kiterjesztésében is az élet valamennyi területén, amely alól a vallásosság sem kivétel. A szociológiában a vallásosságra is kiterjesztett versenyelmélet szerint mindig ott találunk magasabb fokú vallásosságot, ahol létezik a szabad vallási piac, vagyis ahol lehetőség van arra, hogy többféle vallás éljen egymás mellett.<sup>370</sup> Ez a vallási piac ad lehetőséget arra, hogy az ember a kínálatból szegezzen, hogy a „maga módján” legyen vallásos<sup>371</sup>, ami a vallásosság új formáinak kialakulását vonta-vonja maga után. Ahogy Molnár Attila Károly írja, „ma már nem arról van szó, hogy az egyén szabadon választhat a versengő világnézetek között, hanem arról, hogy választania kell. Nem az intézmény, hanem az egyén lett a döntés alapja, és a hagyomány helyett egyre inkább a tapasztalat (a vallási élmény) vált az autentikusság forrásává. [...] A hagyományos intézmények, tekintélyek, társadalmi kapcsolatok alól felszabadult autentikus személyiség megtalálása iránti vágy vagy egy teljesen individualizált és privatizált valláshoz vezet, vagy gyakran egy radikális közösséghez való csatlakozáshoz, ahol az egyén a hagyományosnál jóval inkább alávetett a közösségnek.”<sup>372</sup> A szerző előbbire a New Age-t, utóbbira az új vallási mozgalmakat hozza példának. Ennek alapján az otthonzülők vallásossága – általában – a New Age jellemző motívumaival mutat párhuzamot, amelyben „mindenki a maga teológusa, maga válogatja ki, rakja össze a felkínált teológiákból a neki tetszőt”.<sup>373</sup>

Az „alternatív életmód” kategóriája tehát meglehetősen ambivalens, hiszen maga a kifejezés valamilyen újításra, a szokásostól való elfordulásra utal, ám esetünkben jól példázza a posztmodern világnézet azon aspektusát, amelyben a választás lehetősége alapértékként van jelen, ahol tehát az alternatív a választás lehetőségére, és az avval való élésre utal. A posztmodern gondolat alternatív életmód-stratégiái jórészt az industrializált, technokrata és túlbürokratizált életforma ellenében vetik fel a technológia okozta biológiai-fiziológiai-pszichológiai-kulturális sérülések csökkentését. A posztmodern bábaság, a holisztikus szülésmodell, az otthonzülést támogató emberkép mind ezen „alternatív” életformát testesítik meg, kézzel fogható ideológiát és gyakorlatot szolgáltatva az azt követőknek.

---

<sup>370</sup> HEGEDŰS 1998

<sup>371</sup> Az *Egyház és vallás a kibővült Európában* (C&R) 2006-os adatai szerint Magyarországon a megkérdezettek 21,2 %-a tartja magát vallásosnak az egyház tanítása szerint, 57,8 %-a pedig a „maga módján” (ROSTA 2008: 446) Hasonló arányokat tapasztaltak a kutatók a korábbi években is (A Tárki-Századvég Omnibusz 2000-es vizsgálta szerint a megkérdezettek 14,4 %-a vallásos az egyház tanítása szerint, 58,8 % a „maga módján”, Tomka Miklós egy 1991-es adata szerint ez az arány 16%: 52,8%). (ROSTA 2008: 446)

<sup>372</sup> MOLNÁR 1998: 18

<sup>373</sup> MOLNÁR 1998: 26

### 3.3. Az otthonszülés mint nemspecifikus társadalomkritika

A feminista társadalomkritika és történetírás arra a tapasztalatra hívja fel a figyelmet, amit a nemhez tartozás befolyásol, s amely ennél fogva a történetírás és a történelemértelmezés során már eleve determinált. A nemspecifikus (genderspecifikus) látásmód bevezetése szükségessé tette a biológiai és társadalmi nemi tapasztalat elválasztását, melynek során megszületett a *gender*, azaz a „társadalmi nem” kategóriája.

A társadalmi nem kutatása, vagyis a gender studies mondanivalója a valóság (így például a nemi szerepek) kulturális megkonstruálásáról szól, arról, hogy viselkedésünk, szereptanulásaink, érzékelésünk és értelmezéseink mind adott kulturális környezetben, ám csakis ott nyernek értelmet. Ez alól azonban az elméletek sem kivételek! A nyugatról importált liberális gondolkodásmódok csak megszorításokkal nyerhetnek teret és értelmet egy sajátos történeti-politikai múlttal rendelkező országban (nevezetesen hazánkban – vagy másutt), legalábbis a gyakorlatban való alkalmazásuk felveszi a befogadó kultúra rá jellemző attitűdjeit, amely már nem lehet ugyanaz, mint az az elv, amely forrásul szolgált. A feminizmus – és a hazánkban leginkább ismert radikális feminizmus különösen – olyan jóléti társadalmakban bontakozott ki, ahol az elnyomás vagy a hatalom kérdése egészen más jelentésekkel bír, mint egy szocialista országban, ahol a retorika szintjén az államosított feminizmus sokkal inkább biztosította a nők egyenjogait, mint a nyugati államokban, ám a hatalom valódi birtoklásában ez nem jelentkezett.

A hatalom birtoklása a szülés esetében a tudás hatalmát és birtoklását jelenti, azt a tudást, amely a szülésről szól. Ez az önnön farkába harapó kígyó éppen arra utal, hogy egy olyan tudást vesz át az orvostársadalom (férfitársadalom) a nőtől, amely természeténél fogva sajátja. A nő szülésről szóló természetes tudását a modern szüléskultúrában felülírja az orvos tanult tudása, és az ebből fakadó szerepkiosztás a nőt egyértelműen alárendelt helyzetbe utalja.<sup>374</sup> A hatalomról való elmélkedésében Foucault azt állítja, hogy a szexuális hatalom, sőt, általában a hatalom nem intézményként vagy struktúraként jelenik meg, nem is valamilyen általános uralmi rendszerként, hanem sokkal inkább *erőviszonyokat* ért alatta, az erőviszonyokkal való „játékot”, azon támpontokat, amelyeket ezek az erőviszonyok egymásban találnak, miközben folyamatos láncolatot vagy rendszert alkotnak, vagy épp ellenkezőleg, azokat az eltolódásokat és ellentmondásokat, amelyek elszigetelik őket egymástól. Másfelől hatalmon azokat a stratégiákat érti, amelyekben az erőviszonyok kifejtik

<sup>374</sup> Fontos hangsúlyozni – mint ahogyan ezt már több ízben meg is tettem –, hogy az általános kritikában a természetesen komplikációmentes természetes szülésekről van szó.

hatásukat, és amelyek aktuális formája az állami mechanizmusokban vagy a társadalmi hegemoniákban ölt testet.<sup>375</sup>

Következtetésképpen a hatalom befolyásolja az egyéni (nemi) viselkedést, mivel a gender, vagyis a társadalmi nem politikai és társadalmi ellenőrzés alatt áll. A gender studies is úgy tekint a maskulinitásra illetve a feminitásra, mint társadalmi és kulturális konstrukcióra, s ennek megfelelően vizsgálódásai középpontjában nem a biológiai, hanem a kulturális különbözőség áll. Ez a megközelítés egyfelől az 50-es években felbukkanó szociológiai elméletekre épít, másfelől olyan pszichoanalitikusokra, mint Jacques Lacan, Julia Kristeva, Luce Irigaray, továbbá feminista szerzők teóriáira, mint például Judith Butler elméletére, aki a társadalmi szerepeket „szokásként”, magát a nemi viselkedést pedig performance-ként írta le. Véleménye szerint a *gender* nem azt fejezi ki, ami az ember maga, hanem azt, amit tesz.<sup>376</sup> Ezzel tulajdonképpen John L. Austin beszédaktus-elméletére is utal, amely megkülönbözteti a „konstatív”, illetve a „performatív” beszédaktusokat, előbbi alatt értve azt, amikor leírunk egy jelenséget, második alatt pedig azt, amellyel létrehozunk valamit, amikor a kimondással egyszerre cselekszünk is. Ez utóbbi eset megnyilvánulásának tartja a társadalmi nem kategóriájának eseteit, amely tehát kulturálisan megkonstruált, ám amely maga is kulturális konstrukció tárgya.<sup>377</sup> Ebben a megközelítésben kell értelmeznünk a jelenkori feminizmus mondanivalóját is, amely kétségtelenül rányomta bélyegét az otthonszülés-mozgalom kifejezőmódjaira és nőközpontú elveire.

A feminizmus szele Magyarországot a szocialista éra idején érte el, amelynek lecsapódása akkor egy felülről irányított, elsősorban a nők munkához való jogáról szóló retorikát jelentett. Amikor 1989-ben összeomlott az „államosított feminizmus”, és a munkavállaló nők egyharmada kiszorult a munkaerőpiacról, a nők részvétele a döntéshozatalban európai szinten a legalacsonyabbak közé süllyedt.<sup>378</sup> A nőkről, a női problémákról szóló politikai, társadalmi diskurzus abban a mederben folyt tovább, amit az „államosított feminizmus” kijelölt, illetve azon retorikát alkalmazta, amit a korábbi történelmi események alakítottak ki. Ez a szocialista, paternalisztikus emancipációs politikai gyakorlat Pető Andrea szerint azt jelentette, hogy „a kevésbé fejlettnak tartott nőket neveléssel, oktatással kell felemelni a férfiak szintjére. [...] A baloldali politikai diskurzus – Európában egyedül – a «nők, a romák, a fogyatékkal élők» összekapcsolását választotta a társadalmi

---

<sup>375</sup> FOUCAULT 1996: 94

<sup>376</sup> BUTLER 2007: 9

<sup>377</sup> I.m.

<sup>378</sup> PETŐ 2006: 8-9

nemek egyenlőségéért folytatott küzdelem retorikájában”.<sup>379</sup> Ennek fényében érthető a női tudás megkérdőjelezése: egyfelől a professzionális szülészet női képviselőinek körében, amely egyrészt a női szülész-nőgyógyászok alacsony számában, másrészt a szülésznői szakma degradálásában jelentkezik, harmadrészt pedig a szülő nők szülésről való természetes tudásának elnyomásában és bagatellizálásában jelenik meg.

Szabó Máté szerint Magyarországot még nem érték el az új nőjogi ideológiák: „Az új *feminizmus* jelentkezéséről és jelenlétéről hazánkban igazán még elméleti síkon sem beszélhetünk, pedig a «szellemi muníció» nyilván ugyanúgy megtalálta az idevezető csatornákat, akár az ökológiai és a békemozgalom esetében. Az adaptáció hiányának feltehetőleg más okai vannak. A «nőkérdés» címén folyó viták nálunk még a «második nem» komplexumának és komplexusának keretében folynak (ki okozza a család felbomlását, ki hal meg előbb stb.), azaz távol állnak a feminizmusnak a sajátos női vonások és problémák létét kihangsúlyozó szemléletétől. A patriarchizmus és a szexizmus mintáit a magyar nők nem kérdőjelezzik meg igazán.”<sup>380</sup> Magam úgy vélem, az otthonszülés-mozgalom éppen ezt a szerepet vállalja fel, hiszen mondandójának központi motívuma az anyaság és a nőiség kapcsolatának kérdése, amely a nőt már nem mint a férfival egyenrangú munkavállalót, hanem mint cselekvő szubjektumot tárgyalja.

Az otthonszülés mozgalma tipikusan a feminista mozgalmak útját járja be. Noha a mozgalom maga nem nevezi törekvéseit feministának – s a probléma mélyére hatolva valóban nem is tekinthetjük *elsősorban* annak, – a közvélemény szemében mindenképpen feminista eszméket közvetít. Ennek megfelelően így is kezelik.<sup>381</sup>

Az otthonszülés-mozgalom Magyarországon azért is csak a rendszerváltozás után bontakozhatott ki, mert alapmondandója – az alternatív szülészet egészségügyi megfontolásain túl – a nő döntési szabadsága, illetve a nő ösztönszerű, ám tanulással megerősített tudásába vetett hit számonkérése. Ezek a gondolatok feminista értékeket közvetítenek, akárcsak a mozgalom kulcsfigurája, Geréb Ágnes fellépése is. Szülész-nőgyógyászként olyan alternatív javaslatokat tett az asszonyoknak szülésükre vonatkozóan, amelyek szükségszerűen kiemelték a szülő nőket a rájuk kiosztott alárendelt szerepkörből, hiszen egyfelől érvényre juthatott saját vágyuk, akaratuk, tudásuk, akár az orvos akaratával szemben is, másfelől szimbolikus úton is összeütközésbe kerültek az elvárt és a gyakorolt szerepviselkedések, például amikor a

<sup>379</sup> PETŐ 2006: 9

<sup>380</sup> SZABÓ <http://www.foek.hu/zsibongo/90elotti/cikk/szabo.htm>. (Letöltés ideje: 2010.01.07.) Továbbá a témáról BLASKÓ 2005, PONGRÁCZ 2005

<sup>381</sup> Az otthonszülés megítélése Magyarországon elsősorban előítéleteken, illetve a hiányos és szakszerűtlen információk félreértésén alapul.

doktornő orvosként a vajúdo nő szülési pozícióválasztásához alkalmazkodott. Ám női léte már önmagában üzenetértékű. Egy férfiszakmában szülész-nőgyógyászként fogalmazott meg olyan elveket és valósított meg olyan gyakorlatokat, amelyek ellentmondanak a hivatalos elméleteknek, s amelyek egyszersmind „lefokozták” és szülésznői státuszba helyezték. Ezt ő maga a bábaság eszméjének megfogalmazásával és annak megvalósításával, vagyis a szakma női értékeinek hangsúlyozásával hidalta át.

Azt a momentumot, ami miatt – az otthonszülésről szóló vitaműsorokban a sajtóban, az internetes fórumokon vagy akár a hétköznapi diskurzusban – az otthonszülés témáját gyakorta feminista témaként említik, a nemi szerepeket hangsúlyozó elvek jelentik. Az otthonszülés témája alapvetően női problémának tűnik, hisz a nők világképét, érzéseit, elképzeléseit tükrözi. Kutatói, szószólói többnyire nők, női tudásról és reprezentációról van szó. Akik azonban a szülés módjának kérdéseiben döntenek, többnyire férfiak. Ez az ellentmondás akár egyértelmű feminista témává is tehetné a problémát, ám véleményem szerint ha pusztán a férfi-ellenőrzés kritikájaként értelmezzük az otthonszülést, úgy csak a felszínt érintjük. Az otthonszülés a szülésről és a születésről szól, olyan kérdéseket feszeget, amelyek *általában* szólnak a születés minőségéről, illetve annak hosszú távú következményeiről. A tény, hogy a szülő nő a szülést női feladatként fogja fel, önmagában még nem elégséges ahhoz, hogy a témát kizárólag feminista elméletként definiáljuk. Egyfelől azért nem, mert a szülés kérdéskörének effajta dimenziója soha nem volt témája egyik feminista irányzatnak sem, másfelől azért sem, mert a szülés férfiak általi felügyelete az emberiség történelmének igen rövid szakaszát jellemzi, így itt nem annyira egy tradicionális szemlélet átalakításáról, hanem egy viszonylag újkeletű szemlélet ellen való lázadásról van szó. Ez persze nem jelenti azt, hogy a szülés felügyeletének modern szemlélete ne vált volna mára maga is hagyománnyá, s hogy az otthonszülés esetében ne bizonyos női jogok kivívása lenne a cél, ami szemben áll az előbbi hagyománnyal. Ebből a szemszögből tehát a téma feltétlenül feminista. Másfelől vizsgálva a kérdést azonban itt nem a nők magukért való joga forog kockán, hanem a társadalom reprodukciójának minősége, amely mint ilyen, már semmi esetre sem tekinthető nemspecifikus problémának. A megosztást csupán az élezi ki, hogy a szülés eseménye biológiai törvényszerűségek folytán a nők hatáskörébe tartozik, ám ennek kulturális – és politikai felügyelete – már társadalmi konstrukció.

A nő társadalmi szerepeivel kapcsolatosan az otthonszülő nők értékeinek központi kategóriáját az anyaság jelenti. A női lét központi eseményének tekintik a gyermekszülést, sőt, az anyává válást a nőiség kiteljesedésének tartják. Noha a kortárs feminizmus különböző irányzatai között sincs egyetértés a nőiség és a szülés, illetve az anyaság kapcsolatát illetően

(amennyiben egyáltalán foglalkoznak a kérdéssel), többnyire nem jutnak túl a biológiai szükségszerűség és a kulturális meghatározottság kapcsolatának megállapításánál.<sup>382</sup> Noha a feminizmus egyes irányzatai (például a republikánus feminizmus vagy a Janne Haaland Matlary nevével fémjelzett ún. új feminizmus<sup>383</sup>) éppen az anyaság értékeire hivatkozva tartanak igényt a férfiakkal egyenlő bánásmódra, vagyis az anyaság jelentőségét hangsúlyozó érvrendszer maga is feminista válasz, az otthonszülők esetében a mondandó túlmutat az anyaságon. A választás lehetőségének követelése, az anyai érzés és cselekvés pozitív hangsúlyozása, az ösztönszerű tudás felértékelése mind a *magzatról* szól. A magzat biztonságáról, zavartalan fejlődéséről, pszichológiai egyensúlyáról, vagyis a biológiai és társadalmi reprodukció egészséges és jövőorientált produktumáról. A hosszú távú és holisztikus gondolkodásmód, illetve a társadalmi felelősségvállalás olyan értékek, amelyek egyértelműen jellemzik az otthonszülők anyaságról szóló képzeteit. Ebben a megközelítésben az anyaságot sokkal inkább eszköznek tekintik egy magasabb rendű cél – a gyermekszülés – eléréséhez, mint végső célnak. Az anyaság kérdése ily módon a gyermekén keresztül tükröződik vissza, noha ez nyilvánvalóan nem pusztán az otthonszülők felfogásának sajátossága. Ugyanakkor rávilágít arra, hogy felfogásukban az anyaság értéke elsősorban nem az életadó *szerepben*, hanem az életadás *céljában* és *lehetséges módjában* van. S noha a gyermek maga is a női léthez kötött, társadalmi szempontból már korántsem értelmezhetjük a róla való gondolkodást és gondoskodást kizárólag női kiváltsággként. Mivel ez a szemlélet a hétköznapi reprezentációban nem köthető közvetlenül az otthonszüléshez, a laikus olvasatban az otthonszülés kimerül a radikális feminizmus értelmezésben.

Az otthonszülés tehát véleményem szerint pontosabban definiálható nemspecifikus (gender-specifikus) társadalomkritikaként, mint feminista szemléletként, noha maga a tény, hogy a kritika női tapasztalaton és női cselekvésen alapszik, indokoltá teszi a feminista kategória használatát is. Ugyan nyilvánvaló, hogy a szülés minőségéről való vizsgálódások és elméletek nem kizárólag a nők érdekeit védik, mégis egy, jórészt csak a nők által megtapasztalt és megismert jelenségről van szó. A várandósság, a szülés, a korai kötődés kialakulása, az újszülött ellátása a nők számára nem csak megoldandó feladat, hanem egy olyan belső történés, amely külön (ám nem különálló!) világot teremt, egy olyan mikrokozmoszt, amelynek kulcsa a megtapasztalás. Ez a megtapasztalás pedig nemspecifikus. Ennek kapcsán az a világlátás is, ami ehhez a tapasztalathoz kötődik. Az otthonszülést választók ezen tapasztalata – többnyire az életmód egyéb aspektusaival együtt értelmezve –

---

<sup>382</sup> PI. BADINTER 1999

<sup>383</sup> MATLARY 2002



szükségszerűen más, mint a másképpen szülők tapasztalata, következtetésképpen a világlátás is eltérő. Itt nem az általános világszemléletre gondolok, hanem arra a specifikus világlátásra, ami abból a mikrokozmoszból érzékelhető, amely az anya és az újszülött között kialakul.

A nemi szerepekkel kapcsolatban a modern társadalomban kérdéssé vált, hogy vajon a férfinak mint apának milyen szerepe van, pontosabban milyen szerepe legyen a gyermekszüléshez kapcsolódóan? A kórházi „apás szülés” a „szülés mint családi esemény” motívumot használja fel, ami, mint elv, nehezen egyeztethető össze a technokrata szüléskultúrával, ám az otthoni szülés esetében sem egyértelmű a jelentősége. Kutatásom tanúsága szerint nem állítható, hogy 1) a férfiak/apák részéről az otthoni szülés közel olyan arányú támogatottságot kap ma Magyarországon, mint a nők/anyák részéről, 2) hogy az otthon született gyermekek apái hasonlóan tájékozottak a szüléssel, illetve az otthoni szüléssel kapcsolatban, mint a nők, 3) hogy az otthoni szülés esetében az apák szerepe hangsúlyosabb, mint a kórházi szüléseknél. Nyilván természetes, hogy a szülés, mint női feladat több felkészülést és ismeretet vár el az anyától, mint az apától, de a kórházi gyakorlatban az apák bevonása a szülés folyamatába azt a hipotézist engedi felvetni, hogy azon családok esetében, ahol a szülés minőségi kérdései és a születés pszichológiai aspektusai nagyobb hangsúlyt kapnak, ott nagyobb hangsúlyt kap a szülés során az apák szerepe is.

Az egyik édesanya megjegyezte, hogy az apákra elsősorban a kórházi szüléseknél van szükség, ahol közvetítő szerepet játszhat az anya és a kórházi személyzet között, továbbá lelki támaszt jelent a nő számára egy idegen környezetben. A logika azonban csalfa. Az otthoni szülések nagy részénél ugyan a környezet valóban ismerős, barátságos, meleg, ha az ember a saját otthonában hozza világra gyermekét, ám a segítők éppoly idegenek, mint a kórház esetében. Hiszen a bábával (rendszerint Geréb Ágnessel) egy átlagos szülő nő nem találkozik többet, mint az orvosával, a dűlát pedig gyakran nem is ismerik a szülés előtt. Az ismerős arcra tehát otthon is szükség lehet. Erről Geréb Ágnes – tapasztalatai alapján – azt tartja, hogy ha képes helyt állni, a vajúadás ideje alatt gyakran egy vadidegen segítő jelenléte jelenti a valódi biztonságot, s nem véletlen, hogy a nők csak nagyon ritkán kérik meg édesanyjukat vagy testvérüket arra, hogy legyenek ott a szülésüknél.<sup>384</sup> Véleményem szerint a valódi különbség inkább a nemi összetételben keresendő. A kórházakban az idegen szakértő többségében a férfi orvos, otthon viszont az idegen is nő. A vajúadás és szülés igen intim folyamatában ennek jelentősége van.

---

<sup>384</sup> Elhangzott a tanfolyamot megelőző nyílt napon 2005. január 7-én.

Az otthonzülő nők anyasággal kapcsolatos attitűdje tehát korántsem illeszkedik a feminista főáramba, ám aláhúzza a társadalmi nem kutatásának azon alapvetését, miszerint a biológiai folyamatok kulturális gyakorlata társadalmilag meghatározott, s mint ilyen, egyik módja sem lehet az egyetlen helyes és követendő út. Az otthonzülők által hangoztatott választási szabadság (pontosabban a „szabad nő” kategória) arra a liberális felfogásra utal, amely elfogadja, hogy van, akinek a technokrata szülésvezetés jelenti a biztonságot - tehát a helyes utat -, van, akinek az otthonzülés elvei és gyakorlatai, és van, akinek ezek átmeneti megoldásai. Utóbbiak vannak a legnehezebb helyzetben, hiszen számukra nincs egyértelmű útmutatás, ideológia, követendő példa, csak szórványos lehetőségek és rész megoldások. Ők azok, akiknek a számát felbecsülni is lehetetlen, és ők azok, akik értik a holisztikus szüléskultúra mondanivalóját, de azzal azonosulni nem kívánnak vagy nem mernek, ám gondolkodásukban már tetten érhető a technokrácia uralmának megkérdőjelezése. Nem léteznek éles kategóriák, csoportok, az otthonzülők csoportja is meglehetősen heterogén és az azonosulás a holisztikus szemléletmóddal közel sem egyöntetű. Ugyanez a helyzet a szüléssegítésben részt vevő szakemberekkel is: nyilvánvaló, hogy a Szakmai Kollégium állásfoglalásai, az otthonzüléssel, illetve annak elméletével való kategorikus szembenállás nem minden szülésorvos, és különösképpen nem minden szülésznő véleményét tükrözi. Ez esetben az alternatív megoldásokhoz való közeledés dinamikus folyamatnak tekinthető, amely hol többet enged, hol kevesebbet, de úgy tűnik, az elfogadás felé tart.

Ugyanakkor tagadhatatlan, hogy az otthonzülés által gerjelt felzúdulás nemi alapokról is kiinduló hatalmi harc. Noha nyilvánvaló, hogy az elmúlt évtizedek megsokszorozták a nők lehetőségeit a jog, a művelődés, a gazdaság, vagy a szexualitás területén, s viszonylagos döntési szabadságot is kaptak, Ulrich Beck szerint „ezt a játékteret *társadalmilag semmi sem garantálja*. A kereső munka fejlődéstendenciái és a férfivilág rendi zártsága a politikában, a gazdaságban, stb. arra enged következtetni, hogy az eddigi viták még a harmónia megnyilvánulásai voltak, s a konfliktusok időszaka még előttünk áll.”<sup>385</sup>

### 3.4. Az otthonzülés esete mint társadalmi kórjelző tünet

---

<sup>385</sup> BECK 2003: 194. (Kiemelés az eredeti szövegben) Beck szerint a modernitásban jelenlévő rendi hierarchia nem történelmi maradvány, hanem az ipari társadalom terméke és alapja, amely belülről szabja meg a munka és a magánélet rendjét.

Az otthonszülés megítélésének és politikai támogatottságának viharai, változó intenzitása hasonló okok mentén halad nehézkesen, mint általában a nőkérdés egyéb szegmenseinek rendezése Magyarországon. Az otthonszülés legalizálására irányuló törekvések nem a döntéshozók által ismert, jól körülhatárolt, explicit módon kimondott értékek mentén szerveződnek, hanem személyes kapcsolatrendszer és személyes szimpátia alapján. A politikai szervezkedés, az otthonszülés legalizálásának próbálkozásai akkor vették a legnagyobb lendületet, amikor egy női miniszter, Horváth Ágnes állt az egészségügyi tárca élén (2006.04.06-2008.04.30.). Távozása után az otthonszülés ügye is hanyatlásnak indult, csak egy otthonszüléshez kapcsolt tragédia újította föl a próbálkozásokat. Amikor 1994-ben az Országgyűlés megszavazta a kért összeget az érdi szülésház építésére, szintén egy, az otthonszüléssel, illetve annak elveivel szimpatizáló képviselő segített az érdekvégyesítésben. A hosszú távú gondolkodás egy személyközi kapcsolatok uralta szervezeti kultúrában és állandóan változó politikai erőterben meglehetősen nehéz próbálkozás.

Ahogy a feminista szervezetek is rendre pénzügyi nehézségekkel küzdenek (mint a legtöbb civil szervezet Magyarországon), az otthonszülés támogatása is kizárólag magánúton történik. Az otthonszülés támogatói által felhozott érvek egyike rendre az otthonszülés alacsony költségére hivatkozik a kórházi szülésekkel összehasonlítva, erre a felvetésre azonban még soha nem reagált egyetlen felelős szerv sem. Az otthonszülést a társadalombiztosítás nem támogatja, ennek megfelelően a költségeket a családok állják. Ennek folyamánként az otthonszülés kísérését és a várandós nők felkészítését vállaló szakemberek, illetve az őket összefogó szervezet(ek) rendre anyagi nehézségekkel küzdenek (az első – és egyetlen – szülésháznak épült komplexum<sup>386</sup> is magánkezdeményezéséből és magánfelajánlásokból alakult). A támogatás (elvi és anyagi) hiánya feltétlenül összefügg a hatalmi struktúrában való periférikus helyzettel, ahol a központban elhelyezkedők hatalmi pozíciójukat is féltik az azon kívül esők befolyásának növekedése miatt. A befolyás növekedése itt elsősorban nem is a szakmai közeledésnek köszönhető, hanem azon civil reakcióknak, amelyek az otthonszülés kvázi tiltását követték, s amelyek ezen felbátorodva a nyilvánosság elé léptek.<sup>387</sup> Ezek az otthonszülés okán általános emberi szabadságjogok mellett álltak és állnak ki, ami azonnal kiszélesíti, és jóval tágabb körre vonatkoztatja a problémát.

<sup>386</sup> Az érdi szülésházról van szó, ami másfél évig működött, majd egy kész budapesti lakásba költözött – szintén felajánlásból.

<sup>387</sup> Az otthonszülőkből alakult Szülők a Szabad Szülésért társaság például 2007. novemberében az otthonszülést szabályozó tervezet számukra (és az otthonszülés számára) elfogadhatatlan pontjai miatt aláírásgyűjtésbe fogott, és számos neves közszereplő és egészségügyi szakember támogatásával petíciót fogalmaztak a szülési szabadság eszméjét megvédendő, amely sajtónyilvánosságot kapott, majd decemberben nyílt levelet adtak át a egészségügyért felelős minisztériumnak, amelyben a Szakmai Kollégium állításainak felülvizsgálatát kérték

A szülés kultúrájával foglalkozó kutatók gyakran mutatnak rá, hogy a modern társadalmakban a szülés feletti kontroll nem a nők, hanem a férfiak kezében van. Ám ez Magyarországon nem pusztán nemi megkülönböztetést jelent, hanem azt a társadalmi nemi szerepjátszást, ami posztoszocialista gondolkodásunkból következik. Vagyis a szülés technokratizálása nem a férfitársadalom terméke – hiszen például Oroszországban a szülészorvosok között több a nő, mint a férfi, a technokrácia pedig hasonlóképpen jele van, mint nálunk –, hanem a férfiuralom által meghatározott szervezeti kultúráé, vagyis azé a hatalmi rendszeré, amely a férfiak által képviselt értékeket a női értékek elé helyezi. Ez a hatalom a tudomány elsőbbségét hirdeti a természet és az ösztönök felett, olyan alá- és fölérendeltségi viszonyt állítva fel, amely nem engedi meg az egyenrangúságot, sem a komplementaritást, így lényegénél fogva elnyomó jellegű. Foucault a hatalom természetében mégsem az elnyomást emeli ki elsősorban, hanem felállít egy olyan elméletet, amelyben magát a hatalmat háborúként értelmezi: „a hatalom háború, más eszközökkel folytatott háború.”<sup>388</sup>

Az otthonaszülés körül folyó „háború” háttérét a természet kontra kultúra ellentét szolgáltatja, ahol a kultúra modern szülést meghatározó elmélete a tudományra és a technikára hivatkozik. Erre a megkülönböztetésre hívja fel a figyelmet Sherry B. Ortner is, noha ő a témát a női alávetettség problematikájának keretében tárgyalja, amit ő egyetemesnek tételez föl.<sup>389</sup> Ortner úgy találta, hogy a nők és férfiak kulturális megkülönböztetése, illetve a nők elnyomása abból az értelmezésből fakad, hogy a társadalmak többsége (Ortnernél valamennyi társadalom) a nőket a természettel, a férfiakat pedig a kultúrával azonosítja. S noha a nők maguk éppúgy részesei a kultúra megteremtésének és fenntartásának, mint a férfiak, a kulturális gondolkodás arra vezeti őket, hogy elfogadják a kultúra által rájuk osztott szerepet, amelyik a férfiaknál alacsonyabb rendűnek tételezi fel őket. S ha elfogadják ezt a státuszt, aszerint is viselkednek. Mindez éppen abból ered – állítja Ortner –, hogy a nők életadó képességét kulturális értelemben felülírja a férfiak transzcendenssel való kapcsolata, ami a teremtésen túl a fenntartásért felelős, vagyis a férfias cselekedetek transzcendentális

---

(<http://www.mr1-kossuth.hu/index.php/HIR/Itthon/Tuntetes-az-otthon-szules-ugyeben.html?mr=1>). A 2008. októberében Székely Tamás egészségügyi miniszternek benyújtott hasonló témájú levelet aláírta a Szülők a Szabad Szülésért Társaság, a Társaság az Anyaság és a Várandósság megszenteléséért (TAVAM), az Orvosok a Szabad és Biztonságos Szülésért (OSZABISZ), a Szövetség az Anya- és Bababarát Születésért (SZABSZ), illetve a Magyarországi Dúlák Egyesülete (MODULE) is.

<sup>388</sup> FOUCAULT 1999. A tanulmány Foucault egy 1976. január 7-i előadásának írott változata. Az eredeti mű: FOUCAULT (1994) *Dits et écrits I-IV*. Paris: Gallimard.

<sup>389</sup> ORTNER 2003: 195-212. Ortner elméletére azért nem az előző fejezetben utaltam, mert mondandóm szempontjából most éppen a *természet versus kultúra* problémája jelentős, amihez Ortner a nemi viselkedést kapcsolja.

(társadalmi, kulturális) természete nagyobb presztízzsel bír, mint a szülés természetes folyamata. A gyakorlatban mindez a rituális cselekedetekben válik nyilvánvalóvá, mert szerinte – Lévi-Strauss alapvetésére hivatkozva – a társadalmak a szimbólumok, illetve a rítusok használatával felülmúlják és ellenőrzik a természetet. „Tehát úgy látszik, a nőt teste arra ítéli, hogy egyszerűen az élet reprodukálja legyen. A férfiből ellenben hiányoznak a természetes alkotó funkciók, így alkotóképességét (vagy annak lehetőségét) a technológia és a szimbólumok segítségével mintegy külsőleg «mesterségesen» kell kifejezésre juttatnia. Ezzel cselekedeteiben viszonylag maradandó, örökkévaló és páratlan dolgokat hoz létre, míg a nő csak halandó emberi lényeket.”<sup>390</sup>

A modern szüléskultúrát jellemző természet kontra kultúra dichotómia, illetve az ebből következő technikai felsőbbrendűség problémája általában is megjelenik a modernitás – elsősorban szociológiai – kritikájában. A modernitás olvasatában a kultúra felülkerekedése a racionalizálódást, illetve a kulturális hagyományok egészének szekularizációját jelenti. Herbert Marcuse a weberi racionalizmus kritikájaként úgy véli, hogy „annak során, amit Max Weber «racionalizálódásnak» nevezett, nem a «racionalitás», hanem – a racionalitás nevében – a burkolt politikai uralom egy meghatározott formája érvényesül. Mivel az effajta racionalitás (tételezett célok és adott szituációk mellett) a stratégiák közötti választásra, a technológiák megfelelő alkalmazására és a rendszerek célszerű telepítésére terjed ki, az osztársadalmi összefüggést – melyben stratégiákat választunk, technológiákat alkalmazunk és rendszereket telepítünk – kivonja a reflexió és az ésszerű rekonstrukció alól.”<sup>391</sup> Marcuse véleménye szerint a technikában mindig az tükröződik, amit egy társadalom és az azt uraló érdekek az emberekkel és a dolgokkal tenni kívánnak, ennek folytán az uralom effajta célja mindig „materiális”, és ennyiben magához a technikai észhez tartozik.<sup>392</sup>

Az otthonaszülés körüli elméleti viták látszólag kizárólag egészségügyi-orvosi vonatkozású kérdéseket feszegetnek, amelyek a szülő nő és az újszülött biztonságáról szólnak. Emögött azonban nyilvánvaló az az érték- és érdekkonfliktus, amelyet a szülés feletti hatalom uralásának vágya implikál. A technokrata szüléskultúra önnön legitimitációját az intézményességre alapozza, amely azonban önmagában a demokrácia elvei szerint nem lehet elégséges. Jürgen Habermas az általánosítható érdekek elnyomásának modellje kapcsán vázolja fel azt a politikai magatartásformát, amely az érdekkonfliktusok fellépését követi.<sup>393</sup> Véleménye szerint „a cselekvő csak addig hagyatkozhat gond nélkül az intézményesített

<sup>390</sup> ORTNER 2003: 203

<sup>391</sup> MARCUSE 1965. Idézi HABERMAS 1994: 12

<sup>392</sup> I.m.: 13.

<sup>393</sup> HABERMAS 2001: 115-119

értékekre, amíg a legitim szükségletkielégítés esélyeinek normatívan megszabott elosztása a résztvevők valós konszenzusán nyugszik. Amint nézetkülönbségek alakulnak ki ezzel kapcsolatban, a mindenkor érvényes értelmezési rendszer kategóriáiban tudatosulhat az általánosítható érdekek repressziójának «igazságtalansága».<sup>394</sup> Az érdekkonfliktus tudatosodása pedig szerinte elegendő ok arra, hogy az értékorientált cselekvést érdekorientált cselekvés váltsa fel. „Érdeknek [pedig] azokat a szükségleteket nevezem, amelyek a legitimációmegvonás és az ennek nyomán fellépő konfliktustudat mértékében mintegy kioldódtak a közösen osztott (és a cselekvésnormákban kötelezővé tett), hagyományvédte kristályszerkezetekből, és szubjektivizálódtak.”<sup>395</sup>

Esetünkben a modern, industrializált kultúrákat jellemző technokrata szülésmodell immáron hagyományosan modern értékeket képvisel, amely intézményesülése folytán gyakorolja a hatalmat. A technokrata szülésmodellt képviselő modern orvostudomány általa előírt emberkép, magzatszfingon, nőkép, hatalomszfingon és az ehhez kapcsolódó és azt kiszolgáló szülészmód kötelező érvénye a szocializáción keresztül interiorizálódik. Ahogy azonban a politikai légkör változásainak nyomán felbukkan egy konkurens szülésmodell, amely eltérő emberképen, magzatszfingonon, nőképen és hatalomszfingonon nyugszik, az intézményességre hivatkozó legitimáció érvényét veszti, hiszen akarva-akaratlan a másik oldalon is megkezdődik az intézményesülés. Ez az értékkonfliktus logikusan vezet a hatalom birtokosainak ellenállásához, így az értékkonfliktus érdekkonfliktussá válik, és megkezdődik a foucault-i „háború”, amely a hatalom valódi természetének és megnyilvánulási formájának szükségszerű formája. A háború mindig szélsőséges kilengésekkel és vérveszteséggel jár, s ebben a háborúban Geréb Ágnes státuszának hivatalos meghatározása (független bába vagy „kuruzsló”) központi kategóriát jelent, hiszen személye – noha ez ellen ő mindig tiltakozik – Magyarországon egyet jelent az otthonszülés eszméjével. Vagyis, amennyiben orvosszakmai alapon elítélhető<sup>396</sup>, bábai hitelessége is szertefoszlik a laikus közvélemény szemében (noha jobbára nem tesznek különbséget a két szakmai szerepe között), s a hivatalos szülészmódok – ha csak időlegesen is – visszanyerik hatalmi pozíciójukat. Amennyiben azonban továbbra is a posztmodern bábaság szimbóluma marad, támogatói köre pedig szép lassan kibővül, úgy veszíti el kizárólagosságát a hatalom birtokosai által meghatározott szemlélet, ami Habermas

---

<sup>394</sup> HABERMAS 2001: 117

<sup>395</sup> U.o.

<sup>396</sup> Jelen pillanatban a bíróság első fokon orvosszakmai indokkal ítélte el, de még a jövő kérdése, hogy másodfokon, más bírónál milyen ítélet születik.

szavaival élve „szubjektivizálódik”. Ez pedig szükségesé tenné az alternatív látásmódok tudományos kritikáját, ami mindeközéig nem történt meg.<sup>397</sup>

A szülészorvosok számára az otthoni szülés legalizálására illetve szakszerű működtetésére való törekvés valóban fenyegetésnek fogható fel, amely munkájuk egy részének legitimitását fenyegeti. Noha az alternatív szülés-mozgalom nem győzi hangsúlyozni, hogy az orvosi tudás felbecsülhetetlen értékű, és szó sincs az orvosok feleslegessé válásáról, csupán arról, hogy tudásukat a valóságos szükségletek szerint használják fel, maga a tény, hogy felvillan a technokrata szemléletű orvosi segítség nélküli szülés legitim lehetősége, támadást jelent a hatalmi szerkezet *status quo*-jára. Ha igazolást nyerne, hogy kevesebb beavatkozással is képes lezajlani egy természetes, komplikációmentes szülés, az nyilvánvalóan csökkentené az orvosi beavatkozások számát, így az állami támogatás összegét is, ami a jelen egészségügyi szabályozás keretei között intézményi szinten is egzisztenciális fenyegetést jelentene az orvosok számára. Radikális vélemények szerint az otthoni szülés mindenki számára megnyugtató módon való rendezése azt fogja bizonyítani, hogy a természetes mederben folyó szülésekhez nincsen szükség az orvosi segítségre, az pedig a komplikációmentes szülés orvosi jelenlétének szükségességét kérdőjelezi meg mind elméleti, mind gyakorlati síkon.<sup>398</sup> Mivel a szaksegítség viszont mégsem nélkülözhető, felértékelődne a bábák munkája, ami máris jelentős eltolódást jelenthet a szülésben részt vevők nemi arányait tekintve. Ettől kezdve pedig más módon kellene legitimálni azt a gyakorlatot, hogy férfiak írják elő, hogyan kell a nőknek szülni.<sup>399</sup>

A fentiekhez két megjegyzés kívánkozik. Az egyik, hogy a szülésmódokhoz való szülészszakmai viszonyulás nyilvánvalóan korántsem olyan egységes, hogy azt egyetlen kategóriába (technokrata) besűrűthessük, ám a vitában citált és hivatkozási alapként elfogadott szemlélet (a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumé) már meglehetősen egységes képet mutat, amely feltétlenül technokrata értékeket képvisel. Mint ahogyan erre korábban már utaltam, a szülészorvosok közötti vita folyik az otthoni szülés és az alternatív szülésmódok elfogadásának és alkalmazásának lehetséges fokáról, ez azonban az otthoni szülésről szóló diskurzusban kevésbé jelentkezik.

---

<sup>397</sup> Lásd SZEBIK 2002 a,b

<sup>398</sup> pl. <http://www.szabadonszulni.hu/bemutatkozunk.php> (Letöltés ideje: 2010.03.17.)

<sup>399</sup> Gondoljunk itt a Szakmai Kollégium nemi arányaira (egyetlen női tagja sincs a kollégiumnak), a szülészeti és szülészeti-protokoll tankönyvek szerzőire (kizárólag férfiak), vagy a jelenlegi szülészorvosok nemi megoszlására (1255 férfi-108 nő /KSH 2008/). Ez utóbbi adathoz még egy adalék: a nők aránya a szakmában romlani látszik, mert a 108 aktív női szülész-nőgyógyász szakorvosból 67 ötven éven felüli, míg csupán 41-en fiatalabbak, mint 49 év.

A másik megjegyzés, vagy inkább kérdés nagy jelentőségű lehet: vajon miért fontos a szülés feletti hatalom birtoklása, különös tekintettel a hazai viszonyokra? Noha a válasz a korábbiakból már kirajzolódott, zárásképpen hasznosnak tartom ezeket összefoglalni. Véleményem szerint a hatalom három ok miatt tart igényt a szülés feletti bábáskodásra:

1. Az élet két végpontja olyan élet forduló, amelynek rítusai egy adott kultúra alapvető értékeit képesek összesűriteni; ezek az emberrel, mint kultúraalkotó lényel és a társadalom tagjával kapcsolatosak. Ezek az értékek határozzák meg a rítusban részt vevők státuszait, amelyek előírják szerepeiket. A rítusokban rögzített státuszok a szocializáció során előírt jogok és kötelezettségek nyomán formálódnak. Ennélfogva tehát a társadalom képes a születés (és a halál) rítusain keresztül meghatározni saját magát.
2. A szülésben részt vevők nemi hovatartozásuk kapcsán olyan viszonyrendszert építenek ki egymás között, amely egyfelől a már kiépült hatalmi struktúrákba ágyazódik bele, másfelől előírt szerepviselkedéseket rögzít. Ez meghatározza azokat a társadalmi nemi szerepelvárásokat, amelyek a mindennapi életben esetleg már veszítettek feszességükből.
3. Hazánk mai szervezeti struktúrája magán viseli a kollektív identitástudat elsőbbségének emlékét az egyéni vagy alternatív érdekek elismerése felett, ami nem azt jelenti, hogy a kollektív identitástudat esetleg ne egyéni érdekek mentén szerveződne, hanem azt, hogy a rajta kívül álló értékrend nem releváns a számára. A születés szimbolikusan fejezi ki mindazt az új lehetőséget, ami a múlt és a jövő között lehetséges. A szülés központi irányítása biztosítja a központi akarat megvalósulását, s azt reprezentálja, hogy a társadalom reprodukciójának folyamata csakis hatalmi ellenőrzésen keresztül mehet végbe. Ennek érdekében a hatalom birtokosai – a részükről megnyilvánuló megengedő attitűd mellett is – rendre olyan feltételeket szabnak, amelyek csakis rajta keresztül valósíthatóak meg, így az alternatív szemlélet értelmét és érvényét veszíti.<sup>400</sup>

---

<sup>400</sup> Lásd például az otthonszülés szabályozására tett kísérleteket.



## EPILOGUS

Disszertációmban azt kívántam felvázolni, hogy milyen társadalomtörténeti, társadalmi és kulturális kontextusban kap értelmet az a törekvés, amely a nők választási szabadságának elérését célozza abban a kérdésben, hogy hol és milyen körülmények között szülik meg gyermeküket, ami a gyermekszülésben való hatalmi erőviszonyokat alapjaiban kérdőjelezi meg. A betegség- és egészségfölfogás történeti változásainak, a testről és a lélekről kialakult képzeteknek, az orvoslás intézményesülésének, az egészségügyben végbemenő általános szemléletváltásnak, a szülés gyakorlati és megközelítési változásainak és az otthoni szülés általános jellemzőinek a tárgyalása után empirikus adataimmal igyekeztem megvilágítani, kitéríteni elméleti mondanómat. Ebben ötven otthon szülő édesanyával készített interjúmra támaszkodtam. Az interjúk során olyan kérésekkel bontottam ki a gondolkodásmód és az életmódstratégiák jellemzőit, amelyek nem csak közvetlenül az otthoni szülésre, hanem a világszemlélet és a mindennapi gyakorlati cselekvés különböző aspektusaira fókuszáltak. Vizsgálataimat a következőkben tudom összefoglalni:

1. Az otthoni szülést választók döntése csak részben alapszik a kórházi szülést irányító szemlélettel és gyakorlattal szembeni ambivalencián. Hasonló mértékben tulajdonítható a választás annak az alapvetésnek, hogy a szülés-születés természetes folyamatának csakis olyan környezet adhat helyet, ahol a nő szubjektív biztonságérzete a legnagyobb, s ez a természettel összhangot kereső általános beállítódás miatt (is) a saját otthont jelenti, de semmiféleképpen nem olyan helyszínt, ahol a nő elveszíti kontrollját az események felett.
2. Az otthoni szülés rendszerint része valamiféle alternatív életmód formálódásának, amely nem feltétlenül jelent elhatárolódást a modern életforma fogyasztói magatartásától, de az eszközhasználatban, az alapanyagválasztásban, az önrendelkezésben és a döntési hajlandóságban megmutatkozó magas fokú tudatosság már a posztmodern szemlélet felé mutat. Ezért – és nem feltétlenül az alternatív szülészet alapvetései miatt – az otthoni szülést a szülemódok posztmodern válfajának tekintem.
3. Empirikusan is bizonyítást nyert, hogy az otthoni szülők között túlreprezentált az értelmiség, aminek jelentőségét az információ használati módjában látom, továbbá a felsőbb társadalmi osztályok cselekvési stratégiáinak mintaértékében.
4. A nők ügyét felvállaló feminista irányzatok többségével ellentétben az otthoni szülést választó nők gondolkodása az anyaságról párhuzamba állítható a nőiségről való gondolkodással. A nőiség szülésben, anyaságban való kiteljesedése kapcsolatban áll a szülés

női tudásként való értelmezésével, amely szinte minden esetben kizárja a férfit, mint cselekvőt a szülésből.

5. Az általános vélekedéssel ellentétben a nők otthoni szülési választása elsősorban nem a nő szempontjain és érdekein nyugszik, hanem az újszülött érdekeit célozzák. Itt a nő ösztönszerű és tanult tudása alapján kérdőjelezi meg az újszülött fogadásával kapcsolatos kórházi rutin szükségszerűségét. A szülés természetes felfogása, amely károsnak tartja a rutinbeavatkozásokat (értsd „szükségtelen beavatkozásokat”), szintén az újszülött szempontjait tartja szem előtt. Ez pedig hosszú távon a társadalom életminőségével áll kapcsolatban.

6. Az otthoni szülésben részt vevő segítőkkel való kapcsolat alapja a szülés során felfokozott pszichés állapot, amely – a holisztikus szülésmodell elvei szerint – igyekszik mellőzni a paternalizmus minden formáját. Az anyák sokkal inkább szakmai (szülő nő - bába), mint emberi viszonyulásukban említették és méltányolták a segítő bábával való kapcsolatukat. A dűla, noha az otthon szült nők narratíváiban nem kap különösebben jelentős szerepet, természetes tagja a szülő női közösségnek.

7. Az otthon szülő nők jóval nagyobb eséllyel szoptatják hosszú időn keresztül gyermeküket, mint az országos átlag. Ez elsősorban a természetességgel való speciális kapcsolattal magyarázható, másfelől az anya-gyermek viszony kölcsönösségét hangsúlyozó szemléletnek.

8. Az otthon szülő nők magukat individuálisan nem tartják egy közösség tagjának, ám feltételezik, hogy más otthoni szülők tagjai az otthoni szülés okán összekovácsolódott közösségeknek. Ugyanakkor lelki közösséget éreznek azokkal, akik hasonlóképpen gondolkodnak a szülésről. Mindemellett a jelenlévő kölcsönös segítségnyújtás és a közösen megfogalmazott célok alapján merem az otthoni szülőket a wellmani „személyes hálózati közösségként” jellemezni.

9. Az otthoni szülők gyermeknevelési szándékai a „gyerekközpontúság” elveit visszahangozzák, amelynek szellemében kicsi a nem alternatív nevelési-oktatási intézményt választók aránya. Ez alapja a jövőképzés alternatív szemléletének, amely posztmodern paradigmákon nyugszik.

10. Az otthoni szülők egészség- és testképe erőteljesen hangsúlyozza a természetességet, mint értéket, ami elvben éles ellentétben áll a fogyasztói társadalom fogyasztáskultúrájával, ám szükségszerűen mégis annak részévé válik. Az alternatív szemléletű igények kielégítése egy más paradigmán nyugvó, de gazdasági viszonyok között érvényesülő kiszolgálópiacot hív életre (homeopata gyógyszerművek, -orvosok, biotermékek, mesterséges összetevőket

mellőző termékek, alternatív szemléletű szolgáltatások), amelyeknek az otthonszülő családok fogyasztóivá válnak.

11. Az otthonszülő nők transzcendenssel való kapcsolatára jellemző a vallási pluralizmus és a vallási privatizáció, amely intézményellenes attitűddel társul(hat). Mindemalatt nagy valószínűséggel jelen van az otthonszülő nők életében a transzcendens, ám az már előzetes szocializációjuk és egyéni tapasztalatuk függvénye, hogy ezt az erőt milyen formában képzelik el.

Az otthonszülés hazai sorsa (Geréb Ágnes perének kimenetele, az otthonszülés szabályozása, annak működtetése, de még a szülésznők szakmai kompetenciáinak rendezése is) nem lesz hatással az otthonszülést választók gondolkodásmódjára, legfeljebb a csoportidentitás felerősödésével önmagát gerjeszti. Az a szemléletmód, amelyben az alternatív szülészet és a háborítatlan szülés eszméje talajra talált, nem az otthonszülésből táplálkozik, csak megerősítést és fogalmi-cselekvési keretet kap általa. Célját, a technokrata szülésmodell abszolút tekintélyének megingatását, már elérte: megkezdődött a változás a szülészet tekintélyelvű szerkezetében. Mert az otthonszülést – legelsősorban – katalizátor-szerepe teszi osztársadalmi kérdéssé.

**FELHASZÁLT IRODALOM**

Ackermann-Liebrich, Ursula - Voegeli, Thomas - Gunter-Witt, Kathrin - Kunz, Isabelle - Zullig, Maja - Schindler, Christian - Maurer, Margit and the Zurich Study Team

1996 Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *British Medical Journal*, (313): 1313-1318

Anderson, Benedict

2006 *Elképzelt közösségek: gondolatok a nacionalizmus eredetéről és elterjedéséről*. Budapest: L'Harmattan - Atelier

Ainsworth, Mary Salter - Bowlby, John

1991 An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, (46) 333-341.

Armstrong, Penny C.N.M. - Feldman, Sheryl

1995 *A születés művészete. Szülés bölcsen, a természet rendje szerint, a tudomány támogatásával*. Alternatal

Badinter, Elisabeth

1999 *A szerető anya*. Debrecen: Csokonai

Balaskas, Janet - Gordon, Yehudi

1992 *Water Birth*. Thorsons

Barsky, Alan J.

1998 The Paradox of Health. *The New England Journal of Medicine*, 318: 414-418.

Bálint Mihály

1990 *Az orvos, a betegek és a betegség*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest

Bálint Sándor

1991 A természetes szülés hipotézise. *Lege Artis Medicinae*, 1(3): 174-179

Balsamo, Anne

1995 *Technologies of the Gendered Body: Reading Cyborg Women*. Duke University Press

Beck, Ulrich

2003 *A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba*. Budapest: Századvég

Benedek H. Erika

1998 *Út az életbe. Világképelemzés csángó és székely közösségek születéshez fűződő hagyományai alapján*. Kolozsvár: Stúdium Könyvkiadó

Blaskó Zsuzsa

- 2005 Dolgozzanak-e a nők? A magyar lakosság nemi szerepekkel kapcsolatos véleményének változásai, 1988, 1994, 2002. *Demográfia*, 2005(2-3): 259-287

Blasszauer Béla

- 1997 *A jó halál*. Budapest: Medicina

Blauvelt, Helen

- 1956 Neonate-Mother Relationship in Goat and Men. In: B. Schaffner (ed): *Group Processes*. New York: Josiah Macy, Jr. Foundation

Bloch, Maurice - Jonathan Parry

- 1982 *Death and the Regeneration of Life*. Cambridge University Press

Borsányi László

- 1988 A megfigyelési technikák az etnológiai terepmunkában. *Ethnographia*, 1988 (1): 53-82.

Bradley, Robert A.

- 1974 (1981) *Husband-Coached Childbirth*. New York: Harper and Row

Brehmer, Berndt

- 1976 Social Judgement Theory and the Analysis of Interpersonal Conflict. *Psychological Bulletin*, 83 (6): 985-1003

Bridges, Robert S.

- 1977 Parturition: its Role in the Long-Term Retention of Maternal Behavior in the Rat. *Physiological Behavior*, 18: 487-490.

Buda Béla

- 2003 *A lélek egészsége*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó

Buda László

- 2007 Alternatívák keresése az egészségügyben. Komplementer medicina. In: Kállai János -Varga József - Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Burnett, Claude A.

- 1980 Home Delivery and Neonatal Mortality in North Carolina. *Journal of the American Medical Association*, 244: 2741-2745.

Butler, Judith,

- 2007 *Problémás nem. Feminizmus és az identitás felforgatása*. Budapest: Balassi

Calnan, Michael - Williams, Simon

- 1992 Images of scientific medicine. *Sociology of Health and Illness*,

14(2): 233-254

Camann, William

- 2000 Doulas: Who Are They and How Might They Affect Obstetrical Anasthesia Practices? *American Society of Anesthesiologists Newsletter*, 10: 11-12  
([www.asahq.org/Newsletters/2000/10\\_00/camann.htm](http://www.asahq.org/Newsletters/2000/10_00/camann.htm).)

Cernock, Jennifer – Porter, Richard

- 1985 Recognition of Maternal Axillary Odors by Infants. *Child Development*, 56: 1593-1598

Craven, Christa

- 2005 Is Reproductive Healthcare Access a „Consumer Rights” Issue. *Anthropology News*, 2005(1): 16-19.

Creedy Debra K. – Shochnet, Ian M. – Horsfall, Jan

- 2000 Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27: 104-111

Czarnocka, Jo - Slade, Pauline

- 2000 Prevalence and Predictors of Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39: 35-51

Czenky Klára

- 1988 Szülési, szülés előkészítő alternatívák. In: Losonczy Ágnes (szerk): *Terhesség–Szülés–Születés. I.* Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet. pp. 73-101

Császi, Lajos

- 1990 Interpreting inequalities in the Hungarian Health System. *Social Science and Medicine*, (31): 275-284

Davies, J. - Hey, E. - Reid, W. - Young G. for the Home Birth Study Steering Group

- 1995 Prospective regional study of planned home births. *British Medical Journal*, 313:1302-1306

Davis-Floyd, Robbie

- 1987 Obstetric Training as a Rite of Passage. In: Robert Hahn (ed): *Obstetric in the United States. Woman, Physician, and Society*. Special Issue of the *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3): 288-318.

- 1992 (2003) *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press

- 1998 Types of Midwifery Training: An Anthropological Overview. In: Ian Tritten – Joel Southern (eds): *Getting an Education: Paths to Becoming a Midwife*. Eugene. Pp.: 119-133
- Davis-Floyd, Robbie - Davis, Elisabeth
- 1997 Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth. In.: Davis-Floyd, R. –Sargent, C.F. (eds): *Childbirth and Authoritative Knowledge. Crosscultural Perspectives*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press. pp. 315-349
- Davis-Floyd, Robbie - Dumit, Joseph (eds)
- 1998 *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*. New York: Routledge
- Davis-Floyd, Robbie - Franklin, Sarah
- 2005 *On Reproduction*. Sage Encyclopedia of Anthropology. Sage Publications
- Davis-Floyd, Robbie – Sargent, Carolin (eds)
- 1997 *Childbirth and Authoritative Knowledge. Crosscultural Perspectives*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Deáky Zita
- 1996 *A bába a magyarországi népi társadalomban. (18. század vége – 20. század közepe)*. Budapest: Centrál Európa Alapítvány
- Deáky Zita - Krász Lilla
- 2005 *Minden dolgok kezdete. A születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI-XX. század)*. Budapest: Századvég
- Depew, David - Peters John Durham
- 2001 Community and Communication: The Conceptual Background. In: Shepher, G.J.- Rothenbuhler, E.W. (eds): *Communication and Community*. London: Laurens Erlbaum Associates Publishers. pp. 3-21.
- Dick-Read, Grantly
- 1933 *Natural Childbirth*. London: Heinemann
- 1959 *Childbirth without Fear: The Principles and the Practic of Natural Childbirth*. New York: Harper and Row
- Douglas, Mary
- 2003 Férfi gyermekágy és menstruáció. In: *Rejtett jelentések*. Budapest: Osiris
- Eakins, Pamela (ed)
- 1986 *The American Way of Birth*. Temple University Press
- Ehrlich, Paul – Ehrlich, Anne – Holdren, John

- 1973 *Human Ecology: Problems and Solutions*. San Francisco: W. H. Freeman Co
- Farkas Éva
- 1999 *A születés újjászületése*. Budapest: Marfa-Mediterrán
- Farkas Péter
- 2001 *A humánökológia alapjai*. Budapest: Szent István Társulat
- Farkasné Szódy Judit - Velkei Éva
- 1999 *Születéskalauz*. MÉRCE Egyesület
- Farquhar, Dion
- 1996 *The Other Machine: Discourse and Reproductive Technologies*. New York: Routledge
- Ford, Christine - Iliffe, Steve - Franklin, Owen
- 1991 Outcome of Planned Birth in an Inner City Practice. *British Medical Journal*, 303(6816): 1517-1519.
- Foucault, Michael
- 1973 *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. London: Tavistock
- 1996 *A szexualitás története. A tudás akarása*. Budapest: Atlantisz
- 1999 *Nyelv a végtelenhez*. Debrecen: Latin Betűk
- Franklin, Sarah – Ragoné, Helena (eds)
- 1997 *Reproducing Reproduction: Kinship, Power, and Technological Innovation*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press
- Gabe, Jonathan – Kelleher, David – Williams, Gareth (eds)
- 1994 *Challenging medicine*. London: Routledge
- Garcia, F.- Miller H.B.- Huggins G.R. - Gordon T.A.
- 2001 Effect of Academic Affiliation and Obstetric Volume of Clinical Outcomes and Cost of Childbirth. *Obstetrics and Gynaecology*, 97(4): 567-576
- Gilliland, Amy
- 2002 Beyond holding hands: The modern role of the professional doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(6): 762-762
- Ginsburg, Faye – Rapp, Rayne (eds)
- 1995 *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Gilbert, Ruth – Tookey, Pat



- 1999 Perinatal Mortality and Morbidity among Babies Delivered in Water: surveillance Study and Postnatal Survey. *British Medical Journal*, 319: 483-487
- Gordon, Linda  
 1990 *Woman`s Body. Woman`s Right: Birth Control in America*. New York: Penguin Books
- Gordon, Thomas  
 1989 *A tanári hatékonyság fejlesztése. A T.E.T. módszer*. Budapest: Gondolat Kiadó  
 1990 *P.E.T. A szülői eredményesség tanulása*. Budapest: Gondolat Kiadó  
 1995 *Tanítsd gyermeked önfegyelemre! : a "kézi vezérlés" helyett - otthon és az iskolában*. [Budapest]: Studium Effektive  
 2006 *A gyereknevelés aranykönyve*. [Budapest]: Assertiv Kiadó
- Graham, Ian  
 1997 *Episiotomy: Challenging Obstetric Interventions*. Wiley-Blackwell
- Habermas, Jürgen  
 1994 *Válogatott tanulmányok*. Budapest: Atlantisz  
 2001 *A kommunikatív etika*. Budapest: Új Mandátum
- Hagymásy László  
 1994 *Családközpontú szülészet*. Nyíregyháza: Signatúra.
- Hanák Katalin (szerk.)  
 1991 *Terhesség-szülés-születés II*. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet
- Harlow, Harry – Harlow, M.K. – Hanson, E.W.  
 1963 *Maternal Behavior in Mammals*. In: Rheingold H.R. (ed): *Maternal Behavior in Mammals*. New York: John Wiley
- Hazell, Lester Dessez  
 1975 *A Study of 300 Elective Home Birth*. *Birth and the Family Journal*, 2(1): 11-18.
- Héritier, Françoise  
 1983 *A termékenység és a meddőség fogalma a tudomány előtti korszak ideológiai mezőjében*. In: Sullerot, E. (szerk): *A női nem – tények és kérdőjelek*. Budapest: Gondolat. pp. 407-421.
- Hidas György – Raffai Jenő – Vollner Judit  
 2002 *Lelki köldöksinór*. Budapest: Helikon
- Hodnett, Ellen

- 2001 Caregiver Support for Women during Childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library* (4), Oxford: Update Software (www.cochrane.org)
- Hollen, Cecilia van
- 2003 *Birth on the Threshold: Childbirth and Modernity in South India*. University of California Press
- Hunt, Nancy Rose
- 1999 *A colonial lexicon of birth ritual, medicalization and mobility in the Congo*. London: Duka University Press.
- Illich, Ivan
- 1975 *Limits to Medicine: The Expropriation of Health*. London: Calder and Boyars
- Insko, Chester - Schopler, John
- 1987 Categorization, Competition, and Collectivity. In: C. Hendrick (ed): *Group Processes* (Vol.8). New York: Sage Publication, pp.: 213-251
- Insko, C. - Schopler, J. - Kennedy, J.F. - Dahl, K.R. - Graetz, K.A. - Drigotas, S.M.
- 1992 Individual Group Discontinuity from the Differing Perspectives of Cambell's Realistic Group Conflict Theory and Tajfel und Turner's Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, (55): 272-291
- Jacobson, Bertil - Nyberg, Karin és munkatársaik
- 1987 Perinatal Origin of Adult Self Destructive Behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 364-371
- Jacobson, Bertil - Bygdeman, Marc
- 1998 Obstetric Care and Proneness of Offspring to Suicide as Adults: Case Control Study. *British Medical Journal*, 317: 1346-1349
- Johnson, Jessica - Odent, Michael
- 1994 *Mindannyian a víz gyermekei vagyunk*. Budapest: Biográf
- Jonge de A. - van der Goes, B. – Ravelli, A. - Amelink-Verburg, M. – Mol, B. – Nijhuis, J. – Gravenhorst J. – Buitendijk, S.
- 2009 Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529 688 Low-Risk Planned Home and Hospital Birth. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* (116): 1-8.
- Jordan, Brigitte
- 1983 *Birth in Four Culture*. Montreal-London: Eden Press
- Kabai Imre
- 1989 *A gyermekvállalás motívumai első gyermeküket váró családoknál*. Debrecen

Kapros Márta

- 1990 A születés és a kisgyermekkor szokásai. In: Hoppál M. (szerk): *Népszokás néphit - népi vallásosság*. Budapest: Akadémiai Kiadó pp.: 9-31.

Kay, Margarita

- 1982 *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: Davis Co.

Kertész Judit

- 1989 *A születés és a kisgyermekkor folklórja*. Debrecen

Kiersch, Johannes

- [2007] *Bevezetés és magyarázat Rudolf Steiner "Általános embertan"-ához*. [Budapest]: Genius Magyar Waldorf Szövetség

Kimball C.D - Chang C.M - Huang S.M - Houck J.S.

- 1987 Immunoreactive endorphin peptides and prolactin in umbilical vein and maternal blood. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 14: 104-105.

Kitzinger, Sheila

- 1978 *Women as Mothers: How They see Themselves in Different Cultures*. London: Fontana
- 1984 *The Experience of Childbirth*. London: Penguin Books
- 2000 *Rediscovering Birth*. London: Little Brown
- 2005 *The Politics of Birth*. Edinburgh: Elsevier
- 2006 *Birth Crisis*. Routledge
- 2008 *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal

Klassen, Pamela

- 2001 *Blessed Events: Home Birth and Religion in America*. Princeton: Princeton University Press.

Klaus, Marshall - Kennell, John - Klaus, Phyllis

- 1993 *Mothering the Mother*. New York: Addison-Wesley Publishing Company

Kóbor Zita

- 1992 A gyermekvárás és a születés hagyományai Imolán. In.: Ujváry Z. (szerk): *Tanulmányok Faggyas István tiszteletére*. Debrecen. pp.: 103-108.

Kókai Magdolna

- 2002 Adatok a Jászság születés körüli szokásaihoz és hiedelmeihez. In: Tolnay Gábor (szerk): *Ember és környezete*. Tudományos ülészak 1999. november 22-23-án Szolnokon. pp.: 89-97.

Koltay Erika

- 2002 A természetgyógyászat és a népi orvoslás kapcsolata. In: Barna Gábor-Kótyuk Erzsébet (szerk): *Test, lélek, természet. Tanulmányok a népi orvoslás emlékeiből*. Budapest-Szeged: Kairosz, Paulus Hungarus
- Kopp Mária - Kovács Mónika Erika
- 2006 *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis
- Kós Csaba
- 2008 Az egészséges életkezdet joga. *Magyar Nemzet*, 2008. június 16.  
illetve [http://www.szoptatasportal.hu/egeszseges\\_életkezdet\\_joga](http://www.szoptatasportal.hu/egeszseges_életkezdet_joga)
- Kölnei Livia
- 2008 Hasonlót hasonlóval. A homeopátia Magyarországon. *Lege Artis Medicinae*, 18(12): 900-902
- Laderman, Carol
- 1983 *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. University of California Press
- Lajtai László
- 2003 A minangkabau dukun. *Tabula*, 2003: 6(1): 117-134.
- Lamaze, Ferdinand
- 1956 *Painless Childbirth: The Lamaze Method*. New York: Pocket Books
- Lambek, Michael
- 2007 How do Women give Birth? In: Rita Astuti-Jonathan Parry-Charles Stafford (eds): *Questions of Anthropology*, Oxford, UK; N.Y: Berg
- Lázár Imre
- 2008 A természetgyógyászat helyzete Magyarországon a Hungarostudy 2002 felmérés fényében. In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008*. Budapest: Semmelweis Kiadó. pp. 406-411.
- Leboyer, Frederick
- 1975 *Birth without Violence*. New York: Alfred A. Knopf.
- 1994 *A gyöngéd születés*. Budapest: T-Twins.
- 2002 Szülés gyöngéden. Budapest: Cartaphilus
- Lenkei Gábor
- 2005 *Méltósággal megérkezni...*Budapest: Free Choice Books
- Lindenberg, Christoph
- 2004 *Waldorf-iskolák: szorongás nélkül tanulni, tudatosan cselekedni*. Budapest: Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.

Losonczi Ágnes

- 1986 *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben.* Budapest: Magvető
- 1991 Az új élet kihordása: szülés, születés. In: Hanák K. (szerk.): *Terhesség-szülés-születés II.* Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet. pp. 5-39.
- 1999 A legnagyobb életforduló: a gyermekvárás, szülés, születés a társadalomkutató szemével. In: *Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban:* kongresszusi tanulmánykötet. Budapest: Animula. pp.: 104-117.

Lupton, Deborah

- 1994 *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies.* London: Sage

Lynn, Thomas

- 2003 *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya.* California: University of California Press

MacCormack, Carol

- 1982 *Ethnography of Fertility and Birth.* U.S, London; New York: Academic Press Inc.

MacFarlane, Alison – McCandlish, Rona – Campbell, Rona

- 2000 There is no evidence that hospital is the safest place to give birth. *British Medical Journal*, 320: 798

Makara Péter

- 1994 Policy Implications of Differential Health Status in East and West Europe: the Case of Hungary. *Social Science and Medicine*, 39: 1295-1301

Marcuse, Herbert

- 1965 Industrialisierung und Kapitalismus im Werk Max Webers. In: *Kultur und Gesellschaft* Vol. 2. Frankfurt/M: Suhrkamp

Martin, Emily

- 1987 *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction.* Boston: Beacon Press

Maróti Orsolya

- 1999 „Szülés bölcsen, a természet rendje szerint”. *Otthon-születés Magyarországon.* Szakdolgozat. ELTE-BTK Kulturális Antropológia szak

Martini Jenő Dr.

- 2002 Otthonszülés a jog és a szakma tükrében. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 2002(4): 2.
- Marton István Dr - Dr Barakonyi Emese - Horváth István - Kékesy Zsuzsanna - Ritteródesz Erzsébet
- 1984 Együttszülés – férj a szülőszobában. Együttszülés során szerzett pszichoszociális és orvosi tapasztalatok. *Orvosi Hetilap*, 126(23): 1419-1421
- Matlary, Janne Haaland
- 2002 *A felvirágzás kora: jegyzetek egy új feminizmushoz*. Budapest: CRS-Balassi
- Mauss, Marcel
- 2000 *Szociológia és antropológia*. Budapest: Osiris
- Melzack, Ronald
- 1977 *A fájdalom rejtélye*. Budapest: Gondolat
- Meyer, Bruce - Arnold, Jane - Pascali-Bonaro, Debra
- 2000 Social Support by Doula during Labor and the Early Postpartum Period. *Hospital Physician*, (9): 57-65  
[http://www.turner-white.com/pdf/hp\\_sep01\\_doulas.pdf](http://www.turner-white.com/pdf/hp_sep01_doulas.pdf)
- Mezei Ottóné
- 1998 *Járjak-e a Waldorf –úton. Előadások Rudolf Steiner pedagógiájáról*. Budapest, magánkiadás
- Molnár Attila Károly
- 1998 Új vallási jelenségek. In: Lugosi Ágnes – Lugosi Győző (szerk): *Szekták, új vallási jelenségek*. Budapest: Pannonica
- Molnár C. Emma
- 1995 *Az anyaság pszichológiája*. Budapest: Medicina
- Molnár V. József
- 1991 *Az emberélet fordulói: születés, esküvő, halál a régi faluban*. Pécs: Melius
- Moss, Immanuela - Conner, Helen - Yee, William - Iorio, Paola - Scarpelli, Emile
- 1982 Human beta endorphin-like immunoreactivity in the perinatal/neonatal period. *Journal of Pediatrics*, 101(3): 443-446
- Murphy, Aikin, P. – Fullerton, Judith
- 1998 Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstetrics and Gynecology*, 92(3): 461-470.
- Neményi Mária
- 1998 „Két külön világ”. *Beszélő*. 1998(2): 53-64.

Odent, Michel

- 1984 *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books
- 1987 The Fetus Ejection Reflex. *Birth*, 14: 104-105.
- 1999 *The Scientification of Love*. Free Association Books
- 2003 *A szeretet tudományosítása*. Napvilág Születésház Bt.
- 2004 *Császármetszés*. Napvilág Születésház Bt,

O'Neil, John - Kaufert, Patricia A.

- 1990 *The Politics of Obstetric Care: The Inuit Experience*. Westview Press

Olsen, Ole

- 1997 Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*, 24(1): 14-16.

Ortner, Sherry B.

- 2003 Nő és férfi avagy természet és kultúra? In.: Biczó Gábor (szerk): *Antropológiai irányzatok a második világháború után*. Debrecen: Csokonai. pp.: 195-212

Papp Zoltán

- 1999 *Szülészet-Nőgyógyászati protokoll*. Budapest: Golden Book
- 1999 A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a „tervezett otthonszülés”-ről. In. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 62: 233.
- 2002 A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 2002. január 18-ai állásfoglalása a „tervezett otthonszülés”-ről. *Lege Artis Medicinae*, 2002 (12)3

Peterson, Karen J.

- 1984 Attending Birth at the Margins: the “Midwife Problem”. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(2): 37-41

Pető Andrea

- 2006 Bevezető. In: Pető Andrea (szerk): *A társadalmi nemek oktatása Magyarországon*. Budapest: Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium

Pierret, Janine

- 1995 The social meanings of health: Paris, the Essone, the Herault. In: Augé, M.-Herzlich, C. (eds): *The Meaning of Illness*. London: Harwood Academic Publishers. pp. 175-206.

Pikó Bettina

- 2002 *Egészségsszociológia*. Budapest: Új Mandátum
- 2005 *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai Kiadó

- 2006 *Orvosi szociológia*. Budapest: Medicina
- Pléh Csaba
- 1992 *Pszichológiatörténet*. Budapest: Gondolat
- Polner Zoltán
- 1995 Boldogasszony ágya. *Csongrád megyei könyvtári füzetek 22*, Szeged
- Pongrácz Tiborné
- 2005 Nemi szerepek társadalmi megítélése. Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat tapasztalatai. In: Nagy-Pongrácz-Tóth: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és a férfiak helyzetéről*. Budapest: TÁRKI – Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. pp. 73-85
- Potter, Joseph – Berquó, Elza – Perpétuo, Ignez – Leal, Ondina Fachel – Hopkins, Kristine – Souza, Marta Roverly - de Carvalho Formiga, Maria Célia
- 2001 Unwanted Caesarean Section among Public and Privat Patients in Brazil: Prospective Study. *British Medical Journal*, 323: 1155-1158.
- Raffai Jenő
- 2002 *Megfogantam, tehát vagyok. Párbeszéd a babával az anyaméhben*. Press Publica
- Raine, Adrian – Brennan, Patricia – Mednick, Sarnoff A.
- 1994 Birth Complications Combined with Early Maternal Rejection at Age 1 Year Predispose to Violent Crime at 18 Years. *Archives of General Psychiatry*, 51: 984-988
- Rich, Adrienne
- 1986 *Of Woman Born*. New York: W.W.Norton
- Rivkin-Fish, Michele
- 2004 “Change Yourself and the Whole World Will Become Kinder”: Russian Activists for Reproductive Helath and the Limit of Claims Making for Women. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(3): 281-304
- Roberts, Dorothy
- 1997 *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*. New York: Vintage Books
- Romalis, Shelly (ed)
- 1981 *Childbirth: Alternatives to Medical Control*. University of Texas Press
- Romney, Mona L.
- 1980 Pre-delivery shaving: an unjustified assault? *Journal of Obstetrics and*



*Gynaecology*, 1: 33-35.

Rosta Gergely

- 2008 Szekularizáció vagy privatizáció? A vallásosság változása Magyarországon a rendszerváltás utáni másfél évtizedben. In: Császár Melinda – Rosta Gergely: *Ami rejtve van s ami látható. Tanulmányok Gereben Ferenc 65. születésnapjára.* pp. 441-452.

Ruether, Rosemary Radford

- 1998 Ökofeminizmus. A nők elnyomásának és a természet leigázásának szimbolikus és társadalmi összefüggései. In: Bíró Judit (szerk): *Deviációk.* Budapest: Új Mandátum

Sági Matild

- 2002 Az orvosi hivatás. In: Szántó-Susánszky (szerk): *Orvosi szociológia.* Budapest: Semmelweis.

Sagov, E. Stanley – Richard I. Feinbloom – Peggy Spindel – Archie Brodsky

- 1992 *Otthonszülés. Az intézeten kívüli szülés gyakorlati kézikönyve.* Murus

Schiefenhövel, Wulf - Sich, Dorothea - Gottschalk-Batschkus, Christine E.

- 1995 *Gebären. Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung

Schimert Gusztáv

- 1930 *Allopathia – Homöopathia: Homöotherapia a modern tudományos kutatás megvilágításában.* Budapest: Novák

Scott, Kathrin - Berkowitz, Gale - Klaus, Marshall

- 1999 A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 180 (5): 1054-1059

Siegel, Harold I. – Greenwald, Gilbert S.

- 1978 Effect of Mother-Litter Separation on Later Maternal Responsiveness in the Hamster. *Physiological Behavior*, 21: 147-149.

Simkin, Penny – M.A.O'Hara

- 2002 Selected Non-Pharmacologic Methods for Relief of Labor Pain: A Systematic Review. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5)

Simon N.

- 1994 *Szüléssel kapcsolatos ismeretek magyar lányok körében óvodáskortól 16 éves korig.* Szakdolgozat. ELTE BTK Kísérleti Pszichológia Tanszék.

Smith, Eliot R. – Mackie, M. Diane

- 2004 *Szociálpszichológia*. Budapest: Osiris
- Starr, Paul
- 1982 *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books
- Stein, Martin T. - Kennell, John H. - Fulcher, Ann
- 2004 Benefits of a doula present at the birth of a child. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(5): 589-592
- Suhai-Hodász Gábor
- 2000 *Nemcsak gyermek születik... - a szülés körüli élmények összehasonlító vizsgálata*. Szakdolgozat. ELTE BTK Kísérleti Pszichológia Tanszék.
- Szántó Zsuzsa
- 1995 Orvostudomány és természetgyógyászat. *Végeken* 6(1): 17-21
- Szántó Zsuzsa-Susánszky Éva (szerk)
- 2002 *Orvosi szociológia*. Budapest: Semmelweis
- Szebik Imre
- 2002 a Megjegyzés a Magyar Orvosi Kamara Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumának 2002. január 18-i állásfoglalásához az otthonról szülésről.  
[www.babaszovetseg.hu/miniszterium5.htm](http://www.babaszovetseg.hu/miniszterium5.htm)
- 2002 b Ki marad a kamarában? Töprengés az otthonról szülésről. *Lege Artis Medicinae*. (12)3: 172-180.
- Sződy Judit
- 2001 Miért jó szoptatni? In: Farkasné Sződy Judit-Velkei Éva (szerk): *Születéskalauz – a magyarországi szülészeti intézmények szolgáltatásairól*. MÉRCE Egyesület
- Tew, Margery
- 1985 Place of Birth and Perinatal Mortality. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 35(277): 390-394
- 1986 Do obstetric intranatal interventions make birth safer? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93(7): 659-674.
- Tiba János
- 1986 A szülésre felkészítés történetéről és a hazai megvalósítás lehetőségeiről. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 1986(49): 131-132
- Tomka Miklós
- 1991 *Magyar katolicizmus*. [Budapest Országos Lelekipásztori Intézet (Budapest). Katolikus Társadalomtudományi Akadémia]

- 1992 Három vallásszociológiai kongresszus 1991 nyárutóján. Dublin-Torino-Moszkva. *Szociológiai Szemle* 1992(3): 139-144
- Tönnies, Ferdinand
- 1983 *Közösség és társadalom*. Budapest: Gondolat
- Törő Tímea
- 1999 Ad neki az erőt, ha kéri!... Mai otthoni szokások Magyarországon. *Tabula* 2(2): 65-86.
- Varga Katalin
- 1998 Szuggesztív hatások az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a perioperatív időszakra. *Psychiatria Hungarica*, 13(5): 529-540
- Varga Katalin - Suhai-Hodász Gábor
- 2002 *Szülés és születés: lélektanon innen és túl*. Budapest: Pólya
- Vályi Gábor
- 2004 Közösségek hálózati kommunikációja. *Szociológiai Szemle*, 2004(4): 47-70
- Várhegyi György
- 1992 Magániskolák. *Educatio*, 1992(2): 228-239
- Várkonyi Zsuzsa, F.
- 1990 Normális szülés. *Valóság*, 1990(3): 82-98
- Velkei Éva
- 2005 *Hol jó szülni? - Születéskalauz 2005*. Budapest: Sanoma - Kismama Kiadó
- Vidák Tünde
- 2001 A születés. In: Pócs Éva: *Két csiki falu néphite a századvégen*. Budapest: Osiris/Európai Folklór Intézet. pp.: 81-136
- Vinkovics Judit
- 1995 Szülés-születés. In: Birtalan Ágnes (szerk): *Őseink nyomában Belső-Ázsiában*. MF Könyvek 2. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. pp.: 141-170
- Vries, de Raymond
- 2005 *A Pleasing Birth: Midwifery and Maternity Care in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Wellman, Barry
- 1999 a The Network Community. In: Wellman, B. (ed): *Networks in the Global Village*. Boulder: Westview Press
- 1999 b From Little Boxes to Loosely Bounded Networks: The Privatization and Domestication of Community. In: Abu-Lughod, J.(ed): *Sociology of the*

*Twenty-First Century: Continuities and Cutting Edges*. Chicago: University of the Chicago Press

2003 *The Persistence and Transformation of Community: From Neighbourhood Groups to Social Networks*. Report to the Low Commission of Canada

Wellman, Barry - Frank, Kenneth

2001 Network Capital in a Multi-Level World. In: Lin. N.-Burt, R.-Cook, K.(eds): *Social Capital: Theory and Research*. Chicago: Aldine De Gruyter

Wiegers, Therese A. - Keirse, Marc J.N.C. - Zee, Jouke van der - Berghs, G.A.H.

2004 Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *British Medical Journal*, 313: 1309-1313

Wiegers, Therese A. - Zee, Jouke van der – Kerssens, Jan J. - Keirse, Marc J.N.C.

1998 Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 46(11): 1505-1511

Winberg, Jan – Porter, Richard.H.

1998 Olfaction and Human Neonatal Behaviour: Clinical Implications. *Acta Paediatrica*, 87: 6-10

Woliver, Laura R.

2002 *The Political Geography of Pregnancy*. University of Illinois Press

Zakariás Erzsébet

1994 A születés körüli néphagyományok Erdővidéken. In: Kós Károly ifj.(szerk): *Népismereti dolgozatok*. Bukarest: Kriterion. pp.: 266-280.

KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2004.

KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008.

### **Internetes hivatkozások**

Department of Health

2005. NHS Maternity Statistics, England 2003-04.

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/70/61/04107061.pdf> 09.6.04

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet

- 2007 Az otthonzülés gyakorlata néhány európai országban.  
*[www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/otthonzules.doc](http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/otthonzules.doc)*
- Hegedűs Rita
- 1998 A vallásosság kérdése Magyarországon nemzetközi és magyar kutatások eredményeinek tükrében. *<http://www.socio.mta.hu/mszt/19981/hegedus.htm>*
- Lantos Tamás
- 1989 Alternatív életmódcsoportok Magyarországon.  
*[http://www.adata.hu/Kozossegi\\_Adattar/Lemezuar.nsf/nyomtat/C7BFAC8EF14C36348525663E0052AB75?OpenDocument](http://www.adata.hu/Kozossegi_Adattar/Lemezuar.nsf/nyomtat/C7BFAC8EF14C36348525663E0052AB75?OpenDocument)*
- Odent, Michel
- 2009 The Masculinisation of the Birth Environment.  
*<http://www.wombecology.com/masculinisation.html>*
- Szabó Máté
- é.n. Alternatív társadalmi mozgalmak és reform Magyarországon  
*<http://www.foek.hu/zsibongo/90elotti/cikk/szabo.htm>*. (Letöltés ideje: 2010. 01.07.)
- Szandtnerné Kisdaróczy Orsolya
- 2001 Családközpontú szülészet. Szakdolgozat.  
*<http://www.babanet.hu/publ/orsi/eredmenyek.htm>*
- Szebik Imre
- 2002 a Megjegyzés a Magyar Orvosi Kamara Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumának 2002. január 18-i állásfoglalásához az otthonzülésről.  
*[www.babaszovetseg.hu/miniszterium5.htm](http://www.babaszovetseg.hu/miniszterium5.htm)*
- Tiba János
- 2004 Alternatív szülés, otthonzülés, reformszülés. Mi a hagyományos?  
*<http://www.szuleteshete.hu/cikk.php?id=97&cid=45428>*
- World Health Organization Documents
- 1996 Care in normal birth: report of a technical working group.  
*[http://www.who.int/reproductive/health/publications/MSM\\_96\\_24/MSM\\_96\\_24\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive/health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html)*
- <http://www.ebf.hu/letoltes/csaszarmetszes2006.pdf>*. Letöltés ideje: 2009. 03. 10.

<http://www.etszk.u->

[szeged.hu/hallgatoknak/Boda%20M/V%C3%A9d%C5%91n%C5%91%20IV.%C3%A9vf/Sz%C5%B1r%C5%91vizsg%C3%A1llatok,%20anyagcsere%20betegs%C3%A9gek.ppt](http://www.etszk.u-szeged.hu/hallgatoknak/Boda%20M/V%C3%A9d%C5%91n%C5%91%20IV.%C3%A9vf/Sz%C5%B1r%C5%91vizsg%C3%A1llatok,%20anyagcsere%20betegs%C3%A9gek.ppt)

Letöltés

ideje: 2009.03.10

## FÜGGELÉK

### I. A félig strukturált interjú kérdései

Név

**Személyes adatok**

**Az interjú ideje, helye**

**Rólam**

1. Milyen okok miatt döntött az otthonszülés mellett?
2. Ön szerint miért szülnek ma nők otthon Magyarországon?
3. Ki támogatta és ki ellenezte döntését? Miért? Férje, szülei, barátai milyen álláspontot képviseltek/képviselnek?
4. Honnan tudott az otthonszülés lehetőségéről? Kinek/kiknek a véleményére, tanácsára támaszkodott?
5. Mit jelent az Ön számára a gyermekvárás állapota?
6. Mit jelent az Ön számára maga a szülés, illetve az (újbóli) anyává válás, ennek megtapasztalása?
7. Van-e várandósságnak/szülésnek különleges jelentősége női mivoltában?
8. Geréb Ágnes személye, személyisége befolyásolta-e döntését?
9. Választott-e dülát, kit, miért őt, és végül ő volt-e jelen a szülésnél? Mit jelentett ez az Ön számára?
10. Milyen kapcsolata (volt) – ha volt - a bábájával/dúlájával/orvosával/védőnőjével a várandósság alatt?
11. Olvasott-e a várandósság alatt könyveket, cikkeket a szülésről-születésről? Melyeket?
12. Milyen egyéb módon készült fel a szülésre, a baba fogadására?
13. Ismert-e már korábbról olyan nőket, akik otthon szültek? Milyen természetű volt a kapcsolatuk?
14. Jelent-e az Ön számára valamilyen közösséget azon családok ismerete/csoportja, akik szintén otthon születték meg gyermeküket? Alapja-e ez a közös vonás (akár tudati szinten) közösségek kialakulásának? Jár-e ilyen közösségekbe?
15. Hányadik gyermekét várja/szülte legutóbb? Idősebb gyermekei hol és hogyan születtek? Hány évesek?
16. Vett részt ultrahangos vagy egyéb vizsgálaton? Hol?
17. Nincsenek-e/nem voltak-e félelmei a szüléssel kapcsolatban?
18. Mit gondol azokról a véleményekről, miszerint az otthonszülés kockázatos, és azok, akik otthon szülnek, felelőtlenek?
19. Elmesélné-e otthoni szülése történetét?
20. Hogyan írná le a szülési fájdalmat? Hogyan tudta kezelni? (Ha már megszületett kisbabája)
21. Hogyan élte meg lelkileg szülését/várandósságát?
22. Hogyan fogadta/hogyan fogja fogadni kisbabáját?
23. Mennyibe került a szülése?
24. Gyermekeit mennyi ideig szoptatta/szeretné szoptatni? Miért?
25. Milyen “családtervezési” módszereket használtak/használnak?
26. Milyen főbb gyermeknevelési elveket vall?
27. Milyen pelenkát használ? Miért?
28. Milyen babaápolási termékeket használ?
29. Milyen módszerekkel gyógyítja (kívánja gyógyítani) gyermekét?
30. Szedett-e a várandósság alatt valamilyen vitaminkészítményt vagy egyéb szert? Milyet? Ha nem, miért nem?
31. Mi a véleménye az abortuszról?
32. Beadatta/beadátja-e gyermekének a kötelező védőoltásokat? Ha igen, miért, ha nem, miért nem?
33. Hajlandó-e bölcsődébe adni gyermekét (ha a szükség úgy hozza)? Miért igen, miért nem?
34. Milyen óvodába, iskolába járattja/szeretné járattatni gyermekét?
35. Vásárol-e mega-áruházakban? Ha igen, miért, ha nem, miért nem?
36. Vegetáriánus-e? Miért?

37. Milyen gyakran látogatja meg a szules.hu honlapot? Miért? Foglalkoztatja-e továbbra is a szülés témája? Ez miben nyilvánul meg?
38. Mi a hobbija? Mit jelent a kikapcsolódás az Ön és családja számára?
39. Hány éves?
40. Mi az Ön foglalkozása?
41. Mi a legmagasabb végzettsége?
42. Mi a férje/párja foglalkozása?
43. Mi a férje/párja legmagasabb iskolai végzettsége?
44. Házas? Mi a véleménye a házasságról?
45. Vallásosnak tartja magát? Hogyan jellemezné saját vallásosságát?
46. Milyen vallású?
47. Jelent/jelentett-e az Ön számára a várandósság, illetve a szülés valamifajta vallási/spirituális élményt? Ha igen, miféle?
48. Összességében, visszatekintve mit adott Önnek az, hogy otthon szült?
49. Ha a kórházban megadnák a nőknek a kellő szabadságot, a babát pedig a gyengéd szülés elvei szerint fogadnák, szülne kórházban? Ha nem, miért nem?



## II. Diskurzus az otthonról internetes fórumokon

### Példatár

#### disk.1.

„Nekem nincs közöm a szülészeti szakmához, de eü főiskolai hallgatóként jártam a Baross utcai női klinikán gyakorlatra, igaz még az átalakítás előtt. Nagyon balkáni volt, egy hatalmas hodály, néhány paraván de egyébként gruppenszülésnek mondanám, annyira egymás szájában voltak. Mondták, megyünk szülést nézni. Gondoltam majd megbeszéljük az anyukával, szólnak neki mittudomén erre beküldtek 24-űnket és ott szült egy nő és azóta is szégyellem magam, hogy milyen lehetett a nyomorultnak, hogy épp koncentrálnia kell élete nagy eseményére és bevonul kéttucat vadidegen ember és elkezd bámolni..... naná, hogy nem úgy tolt ahogy kellett volna. Tudom, hogy tanulnia kell a hallgatóknak, de akkor ezt előre meg kéne beszélni a beteggel, nem? Mégse állatkórházról van szó...”

„Nem kell kórházfóbiásnak lenni, hogy ezt furcsálja az ember. Nekem azt mondta szülésznő, hogyha felébresztik és behívják a doktor urat, akkor szükség van a burokrepesztésre meg az oxitocinra, hogy gyorsabban menjen és ne jöjjön hiába.”

#### disk.2.

„Lehet, hogy nem jár terhesgondozásra. De babamoz - cca. 15e -, az kell a családi albumba.”

„Egyébként érdekelne az otthonról internetes fórumokon véleménye arról, hogy legyen-e kötelező a biztonsági öv és a biztonsági gyermekülés az autóban.”

#### disk.3.

„Én meg egyáltalán nem értem meg, hogy kőbe vésett szabályok miatt nincs KEDVE (lol) kórházba menni, és ezzel esetlegesen kockáztatja a születendő gyermeke életét (is). Igazából ezt fel nem foghatom.”

„És soha, de soha nem fogom megérteni azokat a nőket, akik a saját jóérzésük, kényelmük, vagy egyéb, általam beláthatatlan spirituális, vagy divat-okokból otthon szülik meg a gyerekeiket. Ahol nincs meg a komplikációk esetén szükséges felszereltség.”

"Tényleg nem értem ezt a fújást a kórházi szülésre, mi abban a rossz? Miért akarnak annyira otthon szülni a nők? Nem féltik a babájukat?"

„Én sem értem azokat a nőket, akik a kórházi szülést választják, vállalva ezzel a sok felesleges beavatkozást, sürgétést stb. De! Elfogadom. Ez az ő döntésük. Ők ott érzik magukat biztonságban. Mert számukra a műszer adja a biztonságot.”

#### disk.4.

„Kedves otthonról internetes fórumokon: Lassan egy éve szültem, megyei kórházban, fogadott orvossal, (bár ne tettem volna)Az említésre sem méltatom, hogy le voltam "szarva" óránként rám nézett a doki, és belém nyomta az oxitocint, és elment, kézzel tágitott, (a fájdalomtól már bögttem, de nem érdekelt, (minden OSZ-ellenzőnek ilyen dokit kívánok) majd kinyomták a gyereket belőlem, "nem tudja a kismama kinyomni" (gátvédelem sehol) majd a gátmetszésnél eret vágott, (megfelel egy 3 szintű repedésnek) de ez sem érdekelt, FERTŐZÉST!!! kaptam, és még 1 hónap múlva is FEKÜDNÖM kellett. (Na ennyit a TISZTASÁGRÓL!!!) 3x varrtak, mert kilökte a fertőzött rész a varrást, jércetójás méretű lyuk van a vágás helyén, (pont a combom tövében) most várok korrekciós műtétre, mert a házaseletem nincsen. Kedves Ellenzők!!! Járjatok így!!! Minden ellentőnek ezt kívánom teljes szívemből! Gratulálok nektek, ilyen vakok vagytok! Járjatok így, vagy a párotok!!! Tisztelettel: Akit érdekel a teljes sztori: [http://www.nlcafe.hu/index.php?id=1057&fid=441&topicid=211099&bw=1&step=0&page=4#1293546879-80.-as\\_hsz](http://www.nlcafe.hu/index.php?id=1057&fid=441&topicid=211099&bw=1&step=0&page=4#1293546879-80.-as_hsz).”

#### disk. 5

„amikor nem en irányítok, az egy felelmetes, kiszolgáltatott állapot. van, akinek ilyenkor az orvosára van szuksege a korhazban, van, akinek a ferjere otthon. legyen meg az eselye annak, hogy szabadon valaszthasson minden asszony, hogy eldonthesse, hogy SZAMARA mi a jo. engem a frasz kerulgetne, ha otthon kene szulnom, de empatikus vagyok, es el tudom kezvelni, hogy masnak ez az idealis.”

#### disk.6.

„Ach, ach, ismét a gaz pénzleső orvosok. Szerencsére az otthonzülésekben közreműködő emberek ingyen kapják az ételt, az italt, a benzint és az áramot. Így hát nekik nincs semmiféle anyagi érdekük az egész "természetes terhesség-otthonzülés" motívum köré kiépült iparág fenntartásában”

„A dülák számlanélküli szolgáltatásairól és a Geréb fële adomány trükkökről már sokan szóltak, olvass vissza.”  
 „Aha. Ezek szerint az otthonzülésben közreműködők mind jótékonykodó vidám hobbisták? :-)”

**disk.7.**

„Ma már van lehetőség választani, utána járni a dolgoknak. Ha én el tudtam menni megnézni, hogy hol fogok szülni, a kérdéseimet fel mertem tenni az orvosnak és kimerítő választ kaptam, ezt más is meg tudja tenni - ha akarja.”

**disk.8.**

„Valóban nem tisztem mérlegelni. Azt már megtették azon egészségügyi szakmai grémiumok - tehát nem a gépíró, tanár, joghallgató etc., tehát nem ezen a téren szakképzettséget szerzett kismama -, amelyek létrehozták a kórházak szülészeti osztályait, illetve mindmáig azt tartják a legbiztonságosabb megoldásnak a szülés idejére.”

**disk.9.**

„Azoknak a grémiuma, akik a monopolhelyzetüket féltik, akik anyagilag rosszul járnának ezzel. Ezért, és az egyéb ismereteim alapján, egyszerűen nem fogadom el hiteles szakmai mérlegelésnek. És vagyunk még elég sokan így ezzel, így aztán adminisztratív és jogi eszközökkel akarják a monopolhelyzetüket bebetonozni.”

**disk.10.**

„Még annyit, hogy ugye az otthonzülők is kivétel nélkül egészségügyisek ugye? Egy se "szakmaidegen", hiszen véleményed szerint ők teljesen jól meg tudják ítélni már a szülés kezdetén, hogy az otthoni kanapé biztonságosabb.”

„Összességében határozottan állítom, hogy egy átlagos otthonzülő tájékozottabb, sőt felelősségteljesebb, mint egy átlagos kórházban szülő.” Erre talán nem is kellene írni semmit, de ha már. Tehát szerinted felelősségteljesebb az, aki a kórháznál nagyobb kockázatot vállal be a szülésnél? Nem tudom milyen agymosáson mentek ki keresztül, de ez már durva.”

**disk.11.**

„te komolyan gondolod, hogy aki elvégezte a szülésznőképzést, az azonos tudásszintet képvisel az orvossal? Komolyan gondolod, hogy überelheted az egészségügyi főiskola 8 félévével (4 év) az orvoscépzés 12 (6 év) félévét plusz a szakképzés 5 évét? Valahogy az Egészségtudományi Kar nem azonos az Általános Orvostudománnyal. De úgy látom, te szívesen összemosisod a kettőt.”

**disk.12.**

„Nem arról van szó, hogy van, aki nem a maximális biztonságot akarja - magának is, meg a gyerekének is-, hanem arról, hogy van, aki máshol érzi ezt a biztonságot. És az, ha a szülő nő nem érzi magát biztonságban, fizikai értelemben is kockázati tényezőt jelenthet. Ezért aki rosszul van a kórháztól, annak nagy eséllyel tényleg veszélyesebb ott szülnie. Épp az játszik a gyereke életével, aki ezt megtiltaná neki.”

**disk.13.**

„a hiányzó adatokat a kórházak gyűjthetnék, de nem teszik. A kórházi szülésznő-egészségügyi szakemberek kezében a bizonyítás lehetősége, de nem teszik. Semmiféle kimagyarázkodási próbálkozás nem elfogadható. Az egyetlen korrekt válasz a hiányzó adatokkal való előrukkolás, ez pedig az otthonzülés "konkurenciájának" feladata. Amíg ezt meg nem teszik, részükről minden érvelési próbálkozás a kockázatviszonyokról hiteltelen mellébeszélés.”

**disk.14.**

„Tényleg az a fontos, hogy néhány piszlicsáré kényelmetlenséget el akar kerülni a kismama? Tényleg eléggé sokat nyom a mérleg serpenyőjében az újszülöttel ellentétben az, hogy ha elfelejt időben gyantázni otthon, akkor elő merik venni a kórházban a borotvát? Agyam elhagyom...”

**disk.15.**

„De ha első körben elutasítja a kórházat, és az otthoni vagy szülőházi szülést választja, akkor az esetleges problémáját is oldják meg ott. Ha baja lesz neki vagy a gyerekeknek, és mégis szeretné igénybe venni a hivatalos egészségügyi ellátást, akkor szépen fizesse meg az ellátás teljes összegét. Az én adómból ugyanis ne költsenek egy fillért se azokra, akik saját elhatározásból vállalnak kockázatot. Akkor vállalják be ezt is.”

**disk.16.**

„A kórházakat arra tarja a társadalom, hogy a bajban, betegségben segítsenek, de akkor nagyon. Megelőzésre vannak a szűrővizsgálatok, a terhesgondozás stb., a komoly gyógyító beavatkozásokra meg a kórházak. Nem lenne szabad a sima (természetes) szülést és az orvosi beavatkozást igénylőt "kapcsolt árúként" kezelni.”  
 „alapvetően az életünket sem korházban eljük. akkor megyünk oda, ha baj van, ez teljesen normális dolog.”

**disk.17.**

„A kórházak szülészeti osztályai nem azért alakultak ki, mert szakmailag olyan baromi jó volt az otthon szülés. Oka volt annak, hogy létrejöttek. De természetesen ez elsikkad egy olyan világban, ahol a reklámok is azt sugallják, hogy a kedves hölgynek, anyának, papának, babának JÁR minden, amit megkíván. Innentől az válik elsődlegessé, hogy az egóm mit akar, és nem az, hogy reálisan mi a maximum ez esetben tényleg életbe vágó alkalomkor.”  
 „A terhesgondozás kiváltható magzati kommunikációs tanfolyammal, meg várandós vizitornával, nem tudtad? Árban biztosan.... :-)”

„Annyira nem féltik, hogy a saját kórházfóbiájuk illetve kényelmük, divatmániájuk elé helyezték.”  
 „Kitűnően összefoglaltad a lényegét. Sőt még büszkéek is erre, és gond nélkül pocskondiázzák az orvosokat, a komplett magyar egészségügyet. Aztán ha gond van, akkor az elsők között szaladnak.”

„Amúgy olvasgatva különböző fórumokat, oldalakat, kialakult bennem egy kép az otthoni szülés párti kismamákról ( tisztelet a kivételnek ). Többüknek az a legnagyobb problémája, hogy a kórházban nem bánnak velük királykisasszonyokat megillető módon, bizony nagyon sokan túlzott szerepet szeretnének maguknak. Az hogy valaki szülő szeretne lenni, az nagy felelősséggel jár, ami már a szülés előtt kezdődik. Az a tény, hogy valaki a gyermeke biztonságánál többre tartja azt, hogy szülés után Ágikával teázgasson, bennem egyéb kérdéseket is felvet a továbbiakkal kapcsolatban. Kórházban nyilván nem lehet a csúnya, rossz doktorbáccsival teázgatni, de nem is hiszem, hogy ez lenne az ő dolguk.”

**disk.18.**

„De veszel hordozókendőt, eljárás kismama-reikire, miféére. Ott meg csengetsz, mint a katonatiszt. Szerinted mennyire válik el ez a kis kör egymástól?”  
 „Természetesen van szépen felépített marketing-rendszere az otthoni szüléses-"természetes" társaságnak is, a kórházban történt szülések demonizálásától kezdve egészen a szülés utáni felszerelések (hordozókendő-biotáplálék-babavíz stb.) kereskedelméig.”

**disk.19.**

„Ha Ágika annyira jó szakember lenne, akkor nem alagsori lakásokban kockáztatná csecsemők életét... Az eltolt esetekkel kapcsolatban pedig egy kicsit nézelődjél, jelenleg is bírósági tárgyalás folyik kedvenc boszorkányod ellen, remélhetőleg végre pozitív eredménnyel.”  
 „Én alapvetően nyitott vagyok mindenre, de arra nem, hogy valaki lényegében törvénytelenül működve kockára teszi mások életét, aztán még kedélyesen mosolyog. Azt meg végképp nem értem, hogy fiatal lányok hogyan képesek hagyni, hogy egy idegen, priuszos sarlatán rábeszélje őket a kockázatra...”

**disk.20.**

„Elhivatott, elszánt, öntörvényű, lázadó, szakmája fekete báránya. Sok jelző illik rá, de az anyagi biztosan nem. Amikor jó 25 éve elkezdte az apukákat illegálisan beengedni a klinikára apás szüléshez, akkor sem a pénzért csinálta, nem volt para-boríték, meg hasonló.”  
 „Geréb Ágira gondolsz? Nekem, (és szerintem mindenki másnak is aki valóban ismeri Öt) egészen más a véleményem. A legcsodálatosabb ember, akit eddigi életem során volt szerencsém személyesen megismerni.

Legszívesebben aláírásgyűjtésbe kezdenék a szentté avatásáért. Már csak az ő meghurcoltatásából is látszik, mennyire el vagyunk még maradva a fejlett nyugattól. Nem elsősorban gazdaságilag, hanem tudatilag, toleranciailag. :-))”

**disk.21.**

„Én csak azt nem értem, ha Ágika olyan jó és tehetséges szakember, akkor a kiváló képességeit miért nem kórházi vagy egyéb orvosi háttérű keretekben végzi. Végzettsége szülész-nőgyógyász orvos. Minden lehetősége meg lett volna arra, hogy kialakítson, megalapozzon egy alternatív szülészeti centrumot, akár mozgalmat is, ahol hasonlóan az otthonszüléshez, ember-és babaközelivé varázsolhatta volna a szülést, magához gyűjtve a hasonlóan gondolkodó szüléseket, mint ahogy már a 80-as években a volt Tétényi úti kórházban (ma Szent Imre kórház) is elindultak alternatív kezdeményezések, pl. ma már külön szobát is lehet kapni káddal és egyebekkel. De ha valakinek az a megrögzött mániája, hogy a szülés, a születés az otthonra való, akkor hiába. Pedig ez a régmúlt, azért szültek régen otthon az anyák, mert nem volt elég kórház, nem volt elég orvos, nem volt még ilyen irányú szakképzés. Egy elavult hagyományt számoltak fel azzal, hogy a szülést a kórházba beillesztették, mind ezzel sokkal biztonságosabbá téve.”

**disk.22.**

„Nem tudom, hogy te Mukormos Frici vagy Nagypofaju Nori vagy-e, de nem is érdekel. Azt biztos, hogy nem vagy se szülész-nőgyógyász, se ba'ba. Valamint nem olvastal egyetlen tanulmányt, könyvet, érdemleges honlapot, magyarul SEMMIT sem az osz-rol, megis fontosnak tartod, hogy belebeszélj ebbe a topikba, meghossza magas lorol es bantoan, pedig semmi kozod hossza. Mit akarsz ezzel kompenzalni? Ezen elgondolkodtal mar?”

„Baj, hogy nem a nőorvosi szakirány vonzott? Még mindig nem kockáztatom mások egészségét (életét) azzal, hogy jóval többnek képezem a tudásomat a valósnál, és dülának becézve magamat születeket próbálok levezetni,  
"közreműködésnek" becézve.  
Nekem nincs mit kompenzálnom. Neked? Nem volt elég a pontszám az ÁOK-ra?”

**disk.23.**

„Én továbbra se értem az otthonszüléssel kapcsolatban, hogy miért nem lehet a kórházakban kialakítani otthonos, szállodaszerű, nem orvosi berendezésű szobákat, ahol szülésszűvel nyugodtan szülogethetnének, aztán ha valami gond van fogják a ksimamát és 2 perc alatt áttolják egy mütöbe.”

**disk.24.**

„en hordokendot hasznalok, nem hiszek a homeopatiaban, de kotelezo targyam, nem szoptattam 3 éves korig, de tőrekedtem rá, és hat loval sem lehetne arra kényszeríteni, hogy otthon szüljek. ugyanakkor érdekel, hogy mások miért akarnak. mindenkivel lehet tanulni. ha osszeraknank az otthonszulesek tapasztalatait a nogyogyaszok tapasztalataival, jo dolgokat lehetne csinálni.”

**disk.25.**

„jőmagam ide szeretnék/szerettem volna tartozni, és kizárólag a joghézagot következményektől való felelem tartott vissza attól, hogy megtegyem!  
Egy kisváros történetében egy otthonszülés és annak a költött története egészen az iskolázásáig elérné a gyereket..... És akkor a védőnői és orvosi kedélyborzolóást ne is nézzük.”

**disk.26**

„Konkrétan nekünk két gyerekünk született otthon, továbbá személyes, napi szintű kapcsolatban vagyok még legalább 30 otthon született gyerekkel és a szüleikkel. És biztosan tudom, hogy egyikükön se vasaltak be semmit. Olyanról viszont tudok, aki évek alatt, kis részletekben, részben természetben (kajában) támogatta a Születésházat, amíg úgy érezte, letörlesztette, amivel tartozik. Nem azért, mert "bevasalták" rajta, hanem mert a lelkiismerete ezt diktálta. Miért vagy ennyire ellenséges, nemmondod? Lehet, hogy rosszakat hallottál róluk, de hát ha ezt a topicot tényleg végigolvastad, akkor jókat is kellett hallanod róluk, és nem is csak tőlem. Miért van a szemedben több hite a szidalmaknak, mint a dicséretnek?”

### III. A magyarországi otthon születő nők társadalmi jellemzői

Otthon történt élveszületések gyermekszám és iskolai végzettség szerint, 2008.

Terület	Iskolai végzettség	Gyerekszám							
		1	2	3	4	5	6	7	Összesen
Budapest	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett				1		1		2
	Középiskolai érettségi	2	3	1	2				8
	Főiskolai oklevél	5	4	6		1			16
	Egyetemi diploma	4	13	6	1				24
	Összesen	11	20	13	4	1	1		50
Pest megye	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			1	2				3
	1975 utáni szakiskolai oklevél		1						1
	Középiskolai érettségi	1	1	2	1	1			6
	Főiskolai oklevél	2	3	1	1	2			9
	Egyetemi diploma	1	1	5	2	1			10
Közép-Dunántúl	Ismeretlen	1							1
	Összesen	5	6	9	6	4			30
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett	1	1						2
	Középiskolai érettségi		2						2
	Főiskolai oklevél	1	2						3
Nyugat-Dunántúl	Egyetemi diploma		2	1					3
	Összesen	2	7	1					10
	1975 utáni szakiskolai oklevél					1			1
	Középiskolai érettségi	2	1	1					4
	Főiskolai oklevél		1						1
Dél-Dunántúl	Egyetemi diploma		2		1				3
	Összesen	2	4	1	1	1			9
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			2					2
	Középiskolai érettségi	2	2						4
	Főiskolai oklevél	1	3	2					6
Észak-Magyarország	Egyetemi diploma	1	1	2					4
	Összesen	4	6	6					16
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett		1	1	1		2		5
	1960 utáni szakmunkás bizonyítvány				1				1
	Középiskolai érettségi	1							1
Észak-Alföld	Összesen	1	1	1	2		2		7
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett		1	1					2
	1960 utáni szakmunkás bizonyítvány		1						1
	Középiskolai érettségi		2						2
	Főiskolai oklevél	1							1
Dél-Alföld	Egyetemi diploma	1							1
	Összesen	2	4	1					7
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			1	1				2
	1960 utáni szakmunkás bizonyítvány		1	1		1			3
	Középiskolai érettségi		1	1				1	3
Egyéb	Főiskolai oklevél	1	1		1				3
	Egyetemi diploma	1	1			1			3
	Összesen	2	4	3	2	2		1	14
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			1					1
	Egyetemi diploma				1				1
Összesen	Összesen	29	52	36	16	8	3	1	145

**Otthon történt élveszületések családi állapot és gyermekszám szerint, 2008.**

Terület	Gyerekszám	Családi állapot			
		Hajadon	Házás	Elvált	Összesen
Budapest	1	5	6	-	11
	2	4	15	1	20
	3	2	9	2	13
	4	2	2	-	4
	5	-	1	-	1
	6	-	1	-	1
	Összesen	13	34	3	50
Pest megye	1	4	1	-	5
	2	1	5	-	6
	3	-	9	-	9
	4	1	4	1	6
	5	-	4	-	4
	Összesen	6	23	1	30
Közép-Dunántúl	1	1	1	-	2
	2	2	5	-	7
	3	-	1	-	1
	Összesen	3	7	-	10
Nyugat-Dunántúl	1	-	2	-	2
	2	-	4	-	4
	3	1	-	-	1
	4	1	-	-	1
	5	-	-	1	1
	Összesen	2	6	1	9
Dél-Dunántúl	1	3	1	-	4
	2	2	4	-	6
	3	2	3	1	6
	Összesen	7	8	1	16
Észak-Magyarország	1	-	1	-	1
	2	-	1	-	1
	3	1	-	-	1
	4	-	2	-	2
	6	-	2	-	2
	Összesen	1	6	-	7
Észak-Alföld	1	1	-	1	2
	2	2	2	-	4
	3	-	-	1	1
	Összesen	3	2	2	7
Dél-Alföld	1	-	2	-	2
	2	2	2	-	4
	3	1	2	-	3
	4	-	2	-	2
	5	-	2	-	2
	7	-	1	-	1
	Összesen	3	11	-	14
egyéb	3	1	-	-	1
	4	-	1	-	1
	Összesen	1	1	-	2
<b>Összesen</b>		<b>39</b>	<b>98</b>	<b>8</b>	<b>145</b>

**Otthon történt élveszületések gyermekszám és iskolai végzettség szerint, 2008.**

Terület	Iskolai végzettség	Gyerekszám							
		1	2	3	4	5	6	7	Összesen
Budapest	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett				1		1		2
	Középiskolai érettségi	2	3	1	2				8
	Főiskolai oklevél	5	4	6		1			16
	Egyetemi diploma	4	13	6	1				24
	Összesen	11	20	13	4	1	1		50
Pest megye	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			1	2				3
	1975 utáni szakiskolai oklevél		1						1
	Középiskolai érettségi	1	1	2	1	1			6
	Főiskolai oklevél	2	3	1	1	2			9
	Egyetemi diploma	1	1	5	2	1			10
	Ismeretlen	1							1
Közép-Dunántúl	Összesen	5	6	9	6	4			30
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett	1	1						2
	Középiskolai érettségi		2						2
	Főiskolai oklevél	1	2						3
	Egyetemi diploma		2	1					3
Nyugat-Dunántúl	Összesen	2	7	1					10
	1975 utáni szakiskolai oklevél					1			1
	Középiskolai érettségi	2	1	1					4
	Főiskolai oklevél		1						1
	Egyetemi diploma		2		1				3
Dél-Dunántúl	Összesen	2	4	1	1	1			9
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			2					2
	Középiskolai érettségi	2	2						4
	Főiskolai oklevél	1	3	2					6
	Egyetemi diploma	1	1	2					4
Észak-Magyarország	Összesen	4	6	6					16
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett		1	1	1		2		5
	1960 utáni szakmunkás bizonyítvány				1				1
	Középiskolai érettségi	1							1
	Összesen	1	1	1	2		2		7
Észak-Alföld	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett		1	1					2
	1960 utáni szakmunkás bizonyítvány		1	1		1			3
	Középiskolai érettségi		1	1				1	3
	Főiskolai oklevél	1	1		1				3
	Egyetemi diploma	1	1			1			3
Dél-Alföld	Összesen	2	4	3	2	2		1	14
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			1					1
	1960 utáni szakmunkás bizonyítvány			1	1				2
	Középiskolai érettségi		1	1				1	3
	Főiskolai oklevél	1	1		1				3
Egyéb	Egyetemi diploma	1	1			1			3
	Összesen	2	4	3	2	2		1	14
	8 osztályt, vagy annál kevesebbet végzett			1					1
Összesen	Egyetemi diploma				1				1
	Összesen			1	1				2
	<b>Összesen</b>	<b>29</b>	<b>52</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>145</b>

#### IV. Az otthonzülőkre vonatkozó társadalmi jellemzők saját gyűjtésem alapján összesített táblái

##### A meginterjúvott otthonzülő nők születési ideje

Születési év	Fő
1963	1
1964	2
...	
1967	1
1968	3
1969	3
1970	3
1971	4
1972	4
1973	5
1974	5
1975	6
1976	3
1977	2
1978	2
1979	0
1980	2
1981	1
1982	2
1983	1
<b>összesen</b>	<b>50 fő</b>

##### Az anyáknak az interjú idején aktuális életkora 2005-2010 között

Aktuális életkor	Fő	Képzelt nevek (álnevek)
23	2	Dorka, Júlia
24	3	Adrienn, Erzsi, Réka
25	1	Gizi
26	3	Cili, Kati, Barbi
27	0	
28	2	Boróka, Fanni
29	3	Hédi, Sára, Panni
30	5	Márta, Eszter, Anna, Luca, Bogi
31	4	Orsi, Nóra, Betti, Lili
32	4	Anikó, Vivien, Jutka, Zselyke
33	6	Sarolta, Judit, Ági, Hanga, Zsuzsa, Csenge
34	2	Edit, Helga
35	1	Margit
36	5	Liza, Vera, Adél, Karola, Kitty
37	4	Aliz, Lujza, Éva, Timi
38	2	Bori, Annamari
...		
43	2	Noémi, Petra
44	1	Andrea
<b>Összesen</b>	<b>50</b>	



### A meginterjúvolt otthonlülő nők legmagasabb iskolai végzettsége

	<b>Fő</b>	<b>Százalékos adat</b>
Egyetem, főiskola	35	70 %
Érettségi	15 (Ebből 10 fő felsőoktatási intézményben tanul)	30 % (az összes 20 százaléka felsőoktatási intézményben tanul)
<b>összesen</b>	<b>50 fő</b>	<b>100 %</b>

### A meginterjúvolt otthonlülő nők megoszlása családi állapot és gyerekszám szerint

Gyerek- szám	Hajadon/élettársi kapcsolatban él		Házias		Elvált		összesen	
	<i>Fő</i>	<i>Százalék</i>	<i>Fő</i>	<i>Százalék</i>	<i>Fő</i>	<i>Százalék</i>	<i>Fő</i>	<i>Százalék</i>
1	5	10 %	4	8 %			<b>9</b>	<b>18 %</b>
2	2	4 %	16	32 %	1	2 %	<b>19</b>	<b>38 %</b>
3			15	30 %			<b>15</b>	<b>30 %</b>
4			5	10 %			<b>5</b>	<b>10 %</b>
5			1	2 %			<b>1</b>	<b>2 %</b>
6			1	2 %			<b>1</b>	<b>2 %</b>
<b>összesen</b>	<b>7</b>	<b>14 %</b>	<b>42</b>	<b>84 %</b>	<b>1</b>	<b>2 %</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

## V. Az otthon szült nők által hivatkozott várandósságról, szülésről és babaápolásról szóló irodalom, illetve azok említéseinek arányai

A tételek (könyvek) az említésekre vonatkoznak. Nem tükrözik az otthonszülők várandóssággal, szüléssel kapcsolatos olvasottságának teljes dimenzióját, hanem azt, ami számukra említésre méltó, fontos, ami hagyott annyi nyomot emlékeikben, hogy olvasottságukra kérdezve eszükbe jusson. A táblázatból tehát az otthonszülő nők számára *fontos* könyvek kerültek felsorolásra (fontosnak tartottam minden könyvet, amit maguktól említettek). Nem szerepelnek a felsorolásban az idegen nyelvű cikkek, tanulmányok, mert azok szerzőire, címeire igen hiányosan emlékeztek, illetve a magyar nyelvű terhes- és kismama magazinok. Itt kivételként csak a Kismama című havilapot említem, amelyet 56 százalék a kezébe vett a babavárás alatt.

Könyv	A könyv témája	Említések száma	Említések aránya	Megjegyzés
Sagov et al: Otthonszülés. Az intézetén kívüli szülés gyakorlati kézikönyve. Murus, 1992	Orvosok, bábák által írt egészségügyi kézikönyv az otthonszülésről.	38	76 %	A könyvet mindenki megkapja, aki a felkészítő tanfolyamra jár, noha már nem tartják elég korszerűnek.
J. Johnon - M. Odent: Mindannyian a víz gyermekei vagyunk. Bp: Biográf, 1994.	Odent elmélete az ember víz iránti vonzódásáról, illetve a víz és az oxitocin kapcsolatáról.	29	58 %	
M. Odent: A szeretet tudományosítása. Bp: Napvilág Születésház, 2003	Odent elméletei az oxitocin szerepéről.	17	34 %	
M. Odent: Császármetszés. Bp: Alternatal, 2004	A császármetszés lehetőségeiről és ellentmondásairól.	10	20 %	
F. Leboyer: Gyöngéd szülés. Bp, T-Twins 1994	Az újszülött fogadásának holisztikus felfogása.	36	72 %	
Armstrong P.-S. Feldman: A szülés művészete. Alternatal, 1995	A háborítatlan szülés egy bába olvasatában.	34	68 %	
Varga – Suhai-Hodász: Szülés és születés. Lélektanon innen és túl. Bp, Pólya 2002	A szülés és születés pszichológiai perspektívái, különös tekintettel a perinatális pszichológiára.	11	22 %	

Ingeborg Stadelmann: A bába válaszol. Bp, Cartaphylus 2003	Bábaszemléletű terhesgondozás és csecsemőápolás, gyógynövényterápia.	43	86 %	
A Napvilág Születésház dolgozói: Inda. Szüléskísérők naplójából. Bp, Napvilág Születésház	Szülésélmények naplószerű feldolgozása a segítők szemszögéből.	14	28 %	
Hidas Gy. – Raffai J. – Vollner J.: Lelki köldökzsinór. Bp, Helikon 2002	Az anya-magzat kapcsolatanalízis elmélete.	26	52 %	
Raffai J.: Megfogantam, tehát vagyok. Press Publica 2002	Az anya-magzat kapcsolatanalízis elmélete.	12	24 %	
Lampé L.- Papp Z.: Szüléset és nőgyógyászat I-III. Bp, Semmelweis Kiadó, 1992	A magyar szülészorvosok és szülésznők szülészeti tankönyve. A technokrata szülésmodell szakkönyve.	5	10 %	Csak olyan anyák említették, akik egészségügyi végzettséggel rendelkeztek, hozzátéve, hogy „elavult”
Simkin: The Birth Partner. Harvard Common Press 2001	Elméleti és gyakorlati útmutató a szülést támogató partner részére.	4	8 %	Csak angolul olvasható
I.M. Gaskin: Útmutató szüléshez. Jaffa Kiadó 2009	A szülésre való készülődés önfejlesztő kézikönyve.	2	4 %	Mivel Gaskin magyarul sokáig nem volt olvasható, viszont ő az alternatív szülészet ápolóinak egyik legismertebb bábája, többen (10 %) eredetiben olvasták (Guide to Childbirth. Bantam, 2003). 2010-ben Útmutató szoptatáshoz c. könyve jelent meg (Jaffa Kiadó)
P. England - R. Horowitz: Birthing from Within. Partera Press 1998	A szülészmódok alternatíváinak áttekintése gyakorlatokkal, javaslatokkal.	6	12 %	Csak angolul olvasható.
I.M. Gaskin: Spiritual Midwifery. Book Publishing Company 2002	A háborítatlan szülés elvei és gyakorlata, a bába saját eredményeinek bemutatása, illetve tudományos kutatások ismertetése.	7	14 %	Az első kiadás 1975-ben látott napvilágot, tehát a mű az otthoni szülés egyik legrégebbi alapkönyve.

## VI. A waldorf-pedagógia

Az irányzat a filozófus Rudolf Steiner (1861-1925) munkáin alapszik, aki az 1919-ben megalapított első iskolájában szakított a konvencionális megoldásokkal mind a tanítás szerkezete, mind a tananyag tekintetében. Az oktatásban legfőbb kimondott célja a személyiség kibontakoztatása volt, ami az otthonszülők gyermeknevelési stratégiáiban is jellemző motívum (lásd „A tudás helyei” című fejezetet). A nevelésben három területet különböztetett meg, melynek alapján három csoportba sorolhatóak az oktatott tárgyak és cselekvéstípusok: a művészeti foglalkozásokba, a kézi- és kézműves munkák csoportjába (kötés, horgolás, hímzés, varrás, szövés, fa- és fémmunka, kertművelés, stb.), illetve az elméleti csoportba, ami a tananyag elsajátítását jelenti. A művészeti tárgyak között szerepel a Steiner által kifejlesztett euritmia is, amely egy olyan mozdulatművészeti ágat jelent, amely később a színpadi művészetben is megjelent. Bár Steiner jól ismerte a keleti vallásfilozófiát, saját elméletét inkább a nyugati gondolkodásmintákra alapozta, s noha világfelfogásának alapkövét jelenti a reinkarnáció és a karma tana, mondandója inkább ezen elméletek nyugati válfajait bővíti. A Waldorf iskolák módszertana Steiner antropozófiájára épül, de kerüli az elméletieskedést, és - elvben - a világnézeti behatárolódást. Ugyanakkor – akárcsak az antropológiában a kulturális relativizmus – magában hordozza bizonyos világszemlélet felértékelését, még ha ez az öntörvényűség és a szabadság fogalmaival is írható le. A Waldorf iskoláknak „hozzá kell segíteniük növendékeiket, hogy képesek legyenek szabadon, átfogóan szemlélni a világot, előre megadott klisék és gondolkodási minták nélkül, amint az egyéni érzékelés számára kínálkozik”.<sup>401</sup> A steineri gondolkodást magyarázó Johannes Kiersch ugyanakkor a filozófus tanának éppen azon jellemzőit hangsúlyozza, ami „lehetővé teszi, hogy tanárok és diákok örömmel és odaadással fogadják el és ápolják népi hovatartozásuk sajátosságait, hagyományait és érzéseit anélkül, hogy ebből eredendően hatalomra vagy uralomra tartanának igényt más népek vagy népcsoportok, vagy a saját országban élő kisebbségek felett. Ennek az eszmének a fényében az állam pusztán jogi ügy az egyes embernek, aki nem engedi magát megszervezni semmilyen kollektív vagy akár mitikus népfogalom nevében. Az ember elfogulatlanul és szívből szeretheti hazáját, otthonát, éppen azért, mert felismerte, hogy szellemiségének semmi köze vérhez és talajhoz, hatalmi igényhez és idegengyűlölethez.”<sup>402</sup> Ez a szellem, az emberi szellem Steiner filozófiájának egyik központi eleme: szerinte az ember a kozmosz tükörképe, és előre meghatározott fejlődési

<sup>401</sup> KIERSCH 2007: 19

<sup>402</sup> Im.: 21

lépcsőfokokon keresztül a szellemi lét irányába halad. Ezen út során lehetősége van az „érzékek feletti világba” belépni, amennyiben fejlődése magasabb fokára jut. „A Waldorf-óvodákban és -iskolákban tevékenyen ápolják annak a kultúrának az évet - a természeti változások szerint is - szakaszoló rituális, kultikus ünnepeit, melynek közegében az óvoda, iskola gyökeret eresztett. Ezzel is összekapcsolják a Waldorf-pedagógia antropológiája szerint transzcendens eredetű gyermeki individualitást az őt körülvevő világ kozmikus eredetű ritmusával. A Waldorf-pedagógia feladatának tartja, hogy az emberben élő szellemit a világban élő szellemihez elvezesse, a felnövekvő embert hatékonyra tegye evilági környezetében, miközben ápolja transzcendens eredetéhez fűződő kapcsolatát.”- írja Vekerdy Tamás, a waldorf-pedagógia egyik legjelentősebb hazai szószólója.<sup>403</sup> A waldorf-pedagógia lényegét a sashalmi Rákosmenti Waldorf Általános Iskola és Alapfokú Művészetoktatási Intézmény honlapján Vekerdy egy Steiner idézettel foglalja össze: „Nem az a feladatunk, hogy a felnövekvő generációnak meggyőződéseket közvetítsünk. Hozzá kell segítenünk, hogy a saját ítélő erejét, a saját felfogóképességét használja. Tanuljon meg a saját szemével nézni a világban. [...] A mi vélekedéseink és meggyőződéseink csak a mi számunkra érvényesek. Az ifjúság elé tárjuk őket, hogy azt mondjuk: így látjuk mi a világot. Nézzétek meg most már ti is, milyennek mutatja magát nektek. Képességeket ébresszünk fel, és ne meggyőződéseket közvetítsünk. Ne a mi igazságainkban higgyen az ifjúság, hanem a mi személyiségünkben. Azt vegyék észre a felnövekvők, hogy mi keresők vagyunk. És őket is a keresők útjára kell vezetnünk.”<sup>404</sup> Az otthonszülőket ugyanezzel a „kereső”, „útkereső” jelzővel illette Geréb Ágnes.

A Waldorf-pedagógia nagy hangsúlyt helyez az ökológiai nevelésre, vagyis a mélyebb természetismeretre, természettiszteletre és -védelemre, ehhez kapcsolódóan pedig a növénytermesztés és az állattenyésztés biológiai gazdálkodásban való preferálására. Ehhez kapcsolódóan a Waldorf iskolák élelmezése is eltér az állami iskolákétól. Az étrendben jellemzően túlhangsúlyozottak a gabonafélék, amelyek lehetőleg biogazdálkodásból származnak, s a kenyeret – pedagógiai okokból – gyakran maguk a gyerekek sütik. A hangsúly a vegyszermentes táplálkozáson van, illetve azon, hogy az élelmiszerek fajtája is az évszakok változásaihoz igazodjon, vagyis például mindig az adott évszakban természetes módon megtermelhető zöldségek és gyümölcsök kerüljenek az asztalra. A waldorf-pedagógia szerint télen több köles, gyökérféle, nyáron több rozs és búza, illetve gyümölcs segíti a

<sup>403</sup> <http://www.waldorfsuli.hu/vekerdytamás/waldorfpedagogia>. (Letöltés ideje: 2009.10.18.)

<sup>404</sup> <http://www.waldorfsuli.hu/vekerdytamás/waldorfpedagogia>. (Letöltés ideje: 2009.10.18.)

szervezet természetes működését.<sup>405</sup> Ha nincs mód friss termékeket fogyasztani, inkább a hőtartósítást részesítik előnyben a fagyasztással szemben. Az élelmiszerválasztás efféle tudatos megválasztásának oka az antropozófia azon eszméjéből ered, hogy az egyén ily módon is képes a természettel azonosulni, azzal eggyé válni, hiszen a gyermek – ha öntudatlanul is -, de megéli, átéli az év körforgását, ami saját magát is áthatja. Ez a ciklikusság a lét ciklikusságának és körforgásának modellje, amely a waldorf-pedagógia szerint észrevétlenül hatja át a gyermeki gondolkodásmódot, amely segít majd befogadni az egyéni lélek beolvadásának antropozófiai gondolatát a kozmikus lélekbe.

Maga az antropozófia, bár a waldorf-pedagógia belőle ered és rá támaszkodik, igen kevésbé ismert a laikus érdeklődők körében, legyen az akár „waldorfos szülő”, sokszor „waldorfos tanár”, vagy bármely közember. Jószerevével behatárolni sem tudjuk, hogy mivel van dolgunk, inkább csak az ebből az ismeretlen eszmerendszerből táplálkozó nevelési stratégiákat ismerhetjük meg, ennek láthatjuk kézzel fogható nyomait. Christoph Lindenberg német filozófus, pedagógus még a 70-es években kísérletet tett a waldorf-pedagógiát több vonatkozásában is – elsősorban a német - közvélemény számára megmagyarázni, amely írás „Waldorf iskolák: szorongás nélkül tanulni, tudatosan cselekedni” címmel 2004-ben jelent meg magyarul a Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht. kiadásában. Lindenberg is azt tapasztalta, hogy a „waldorfosok” között is igen kevesen ismerik az antropozófiát, ellenben igen sok tévhit kering róla. Véleménye szerint az antropozófiát nem tekinthetjük a szó megszokott értelmében „világnézetnek”, hiszen az antropozófia nem dogmák és kinyilatkoztatások összessége, hanem elsősorban „a megismerés egyik módszere; a dolgok, kapcsolatok és emberek felfogásának egyik módja”.<sup>406</sup> Megkérdőjelezi az objektivitásba vetett hitet azon oknál fogva, mivel az objektív megismerés az ember által művelt kísérletek és mérések eredményeinek összessége, ahol a megismerő maga az ember, nem pedig a módszer (a fogalomalkotás, a kérdésfeltevés, a kísérletek kijelölése és értékelése). Abban a pillanatban pedig, amint az ember szociális vagy lelki kapcsolatait akarjuk megvizsgálni, már csak nehézkesen alkalmazhatóak az objektív mérési eszközök. Rudolf Steiner célja tehát az volt, hogy a megismerésben az ember tudatosítsa saját részvételét – akárcsak a szülés holisztikus megközelítésmódjában. A gondolkodás fejlesztésére Steiner olyan gyakorlatokat javasol, amelyek lehetővé teszik, hogy ne az előre kódolt sztereotípiák, az aktuális problémák vagy a felhalmozott tudás alapján érzékeljük külső és belső tapasztalatainkat, hanem a magától kialakuló érzelmi benyomások válhassanak

<sup>405</sup> MEZEI 1998: 17

<sup>406</sup> LINDENBERG 2004: 206-207

érzékeléssé. Így tehát az antropozófus emberkép egy önmaga kitágításáért küzdő tudat alapján kibontakozó, önmagát állandóan iskolázó, önmagáért felelősséget vállalni tudó ember képe, amely ebben az értelmében feltétlenül párhuzamba állítható a holisztikus szülésmodell emberképével annak ellenére, hogy utóbbi szakirodalmában soha egyetlen egy utalást sem találtam az antropozófiára. Noha ma már evidensnek tűnik Steiner alábbi mondata - amelyet valamennyi interjúalanyom maga is megfogalmazott -, saját korában még értetlenül fogadták: „A gyermeket tiszteletben kell fogadni, szeretetben kell nevelni és szabadságban kell elbocsátani.”

Az antropozófia, illetve a waldorf-pedagógia kritikája elsősorban a keresztény szellemiségű reakciókban jelenik meg. Ez a kritika, illetve a gyermek egészséges lelki fejlődését féltő alapállás rendszerint nem magát a waldorf-pedagógiát célozza, hanem az e pedagógiát átható antropozófus Krisztus-képet, amelynek értelmezése alapvető ellentétet jelent a kereszténység, illetve a magát gyakran kereszténynek valló waldorf-pedagógia között. „De mi is az az antropozófia, amely olyan sokféle arcot mutat? Az okkultizmus egyik válfaja, a megismerés egyik útja, amit az én szabadságának és a tudattágításnak a révén akar elérni. A cél ugyanaz, mint más okkult rendszereknél: az embernek meg kell teremtenie önmagában a feltételeket ahhoz, hogy az érzékfölötti szellemvilág beáramolhassék. Krisztus nevét is használja (innen ered a Krisztus-impulzus), aki antropozófiai értelmezés szerint a Logosz, az Ige, a hat Elohim összessége, akik a nappal egyesültek. Tehát Ő egy Napból való szellem, aki a vallástörténet során már korábban is felhasznált más alakokat, mint burkot, hogy impulzusokat, ösztönzéseket adjon az emberiségnek. (Pl. Vishva-karman, Ahura-Mazda stb.) Krisztusnak Jézusban való megtestesülése pedig mindennek a sok megtestesülésnek a tetőpontja és lezárása, és ezen keresztül árad be az emberiségbe a továbbfejlődés döntő impulzusa. A bibliai kijelentés szerint pedig Jézus Krisztus az egyetlen igaz, élő, személyes Isten fia, az Atyához vezető egyetlen és igaz út. Nem egy impulzus az önmegváltásra, a továbblépésre az evolúciós lépcsőkön és a jó cselekedetek felhalmozására, hanem Ő **MAGA A KEGYELMES MEGVÁLTÓ!**<sup>407</sup> Nem impulzusa, hanem beteljesítője a megváltásnak, megtestesülésével és halálával szabad utat nyitott az Atyához.”<sup>408</sup> - írja Kelemenné Hajnal Csilla egy internetes portálon, összegezve azon aggodalom lényegét, amelyet keresztény gondolkodók Rudolf Steiner tanításaival szemben megfogalmaznak. Az efféle kritikákra adott „waldorfos” reakciók azonban rendre arról szólnak, hogy hit kérdésében a Waldorf-iskolák nem nyilatkoznak, nem térítenek, hanem éppen azt tartják feladatuknak, hogy a gyerekek saját

<sup>407</sup> Kiemelés az eredeti szövegben

<sup>408</sup> <http://www.karizmatikus.hu/gordon.htm>. (Letöltés ideje: 2009.10.19.)

hagyományaikon keresztül legyenek képesek hitüket – általában a kereszténységet – megélni. „Nem gondolom, hogy démonikus az, ha a pedagógusok igyekeznek tanítványaikban ébren tartani azt a csodálatot, amely kisgyermekként mindenkiben megvan a körülöttünk lévő világ és a fölötte álló teremtő hatalom felé; ezt azután ki-ki a családjá és saját meggyőződése szerint élheti meg és viheti tovább olyan irányba, amerre neki tetszik. Ez az út természetesen a legtöbb esetben a kereszténység, hiszen ünnepeink is keresztény ünnepek, keresztény módon ünnepeljük őket. A Waldorf-iskola azonban nem jelöl ki utat senki előtt, hanem a világra való nyitottságra nevel. A megismerésre és a szabad gondolkodásra, hogy ne nevezzünk semmit démonikusnak, amíg meg nem ismerjük. Arra nevel, hogy szabadon kételkedjünk, ami elengedhetetlen ahhoz, hogy aztán hitünk sajátunkká és meggyőződésünké váljon, és ne másoktól átvett, magunkban feldolgozatlan sablon legyen.”<sup>409</sup> – írja egy volt waldorfos diák egy másik internetes portálon egy evangélikus lelkészasszony cikkére reagálva. Mivel azonban az eszmecserék soha nem mélyülnek el annyira, hogy pontosan definiálható legyen, hogy a waldorf-pedagógia hívei számára mit jelent a kereszténység, a vita meddő marad.

---

<sup>409</sup> <http://www.lutheran.hu/z/ujzagok/evelet/archivum/2004/40/092>. (Letöltés ideje: 2009.10.19.)



## VII. A homeopátia rövid története és elmélete

Hazánkban az 1800-as évek első felében, néhány évvel a homeopátia elveit a gyakorlatba is átültető német orvos, Samuel Hahnemann 1810-es alapkönyve, az *Organon der rationellen Heilkunde*<sup>410</sup> kiadása után kezdtek praktizálni homeopátiával gyógyító orvosok (pl. Almási Balogh Pál, Széchenyi és Kossuth orvosa)<sup>411</sup>. A szakmai és politikai csatározások közepette hol támogatták, hol tiltották a professzionális homeopatikus gyógyítást. Végül 1865-ben alakult meg a Magyar Hasonszenvi Orvosegylet a Tudományos Akadémia egyik termében, majd 1866-ban megnyílt az első „hasonszenvi” kórház Pesten, a Bethesda, amelyet a pesti német református gyülekezet tartott fenn. 1871-ben megalakult a pesti orvosi egyetemen az első, majd 1873-ban a második homeopátiás tanszék. Az egyik - Hausmann Ferenc vezetésével - tudományos kutatásokra szakosodott, ám Hausmann halála után, 1876-ban megszűnt. A másikkal, amelyet Bakody Tivadar vezetett, a homeopátiás terápia gyakorlata volt a profilja. A tanszék egészen 1906-ig képezte a magyar homeopátiás orvosokat, bár kevés hallgatójuk volt, részben a hivatalos orvostársadalom rosszallásától tartva, részben érdektelenség miatt. A homeopátia iránti érdeklődés Magyarországon - csakúgy, mint szerte a világon - az 1920-as években ébredt fel újra. A magyar homeopáták elsősorban német szaklapokban publikáltak, de megjelent néhány magyar nyelvű kiadvány is<sup>412</sup>. A két világháború között a budapesti egyetemen homeopátiás tanszék működött, illetve három homeopátiás gyógyszertár állt a betegek rendelkezésére. 1935-ben Budapesten tartották a 10. nemzetközi homeopátiás kongresszust. A II. világháború alatt és után a homeopata orvosok többsége külföldre távozott, s az 1949. évi államosítás során a magyar gyógyszerválaszték radikális csökkentése a homeopátiát sem kímélte, a homeopátiás terápia gyakorlását pedig törvényrendelettel betiltották, mivel a módszert kapitalista csökevénynek titulálták. Csak a rendszerváltás után, 1990-ben oldotta fel a rendeletet az Egészségügyi Tudományos Tanács. 1991-ben megalakult a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület, mely 1993-ban felvételt nyert a Nemzetközi Homeopátiás Orvosi Ligába. Ugyane évben elindították a három éves homeopátiás orvosképző programot. Az Egyesület állatorvosi szekciója 1996-ban indította az állatorvosok posztgraduális homeopátiás képzését a budapesti Állatorvostudományi Egyetemen. 1998-ban alakult meg az Egyesület fogorvosi szekciója.

<sup>410</sup> „Az ésszerű gyógytudomány organona”

<sup>411</sup> A homeopátia történetének és hatásmechanizmusának ismertetéséhez elsősorban a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület honlapjára ([www.homeopata.hu](http://www.homeopata.hu)), illetve Kölnei Lívia Hasonlót hasonlólal című, a *Lege Artis Medicinae*-ben 2008-ban megjelent cikkére (KÖLNEI 2008: 900-902) támaszkodtam.

<sup>412</sup> Pl. SCHIMERT 1930

2000-ben 36 ország részvételével Magyarországon, a Magyar Tudományos Akadémián tartotta LV. kongresszusát a Nemzetközi Homeopátiás Orvosi Liga.

Maga Hahnemann, a homeopátia atyja soha nem állította, hogy új dolgot fedezett fel, hiszen Hippokratész vagy Paracelsus is ismerte a gyógyászatban a hasonlósági elvet, ám ő volt az, aki ezen ismereteket felelevenítette, módszertanilag feldolgozta és átültette a gyakorlatba. Amikor a malária kutatása közben a kininnel kísérletezett, megfigyelte, hogy ha nagy adagot vesz be a szerből, akkor ugyanazok a tünetek jelennek meg rajta, mintha váltólázban szenvedne. Innen ered hasonlósági törvénye: *similia similibus curantur*, vagyis a hasonló hasonlót gyógyít. Ezzel párhuzamosan azt is megtapasztalta, hogy paradox módon minél kisebb a hatóanyag a gyógyszerben, annál erőteljesebb a hatása. Ezért sokszorosan hígította és rázással, ütögetéssel dinamizálta (ahogy ő nevezte, potenciálta) növényi, állati, illetve kisebb részben ásványi eredetű gyógyszereit. A homeopátiás gyógyszert tehát potenciálással állítják elő. A művelet során egymás utáni hígításokat készítenek mindig egyforma arányban, s eközben minden egyes hígítási lépést meghatározott számú erőteljes rázás, azaz dinamizálás követ. Az akadémikus orvostudomány kuruzslónak tartotta Hahnemannt és követőit, mert előbbi a galénoszi elv szerint a betegség ellenszerét keresi, ami összeegyeztethetetlen a homeopátia alapelveivel. A potenciálást szemfényvesztésnek, a végtelenül kis adagokat pedig hatástalannak tartották, mint ahogy azt ma is sok orvostól hallani, s csupán a placebo-hatásnak tulajdonítanak valódi jelentőséget. A mágiával való összehasonlítás kézenfekvő: a homeopátia hasonlósági törvénye (a hasonló hasonlót gyógyít) a felületes szemlélő számára könnyen párhuzamba állítható a szimpatetikus mágiával, ahol „a hasonló hasonlót hoz létre, a rész egyenértékű az egészszel, az ellentétes az ellentétesre hat”<sup>413</sup>, ahol mindkét eljárás célja a manipuláció.

Az orvoslás mai paradigmaváltásában feltétlenül szerepe van a homeopátiának, amely a diagnózis felállításakor és a kezelési mód megállapításakor nagy hangsúlyt helyez az anamnézisre, vagyis figyelembe veszi a beteg múltját, öröklött betegségeit, szokásait, életkörülményeit, érzéseit, tüneteit, majd a hagyományos diagnosztikai módszerekkel is megvizsgálja, vagyis holisztikusan, a beteg embert testi-lelki-szociális valóságában ragadja meg. A homeopata orvos az így nyert betegségképet összeveti a gyógyszerképpel, vagyis azokkal a tünetekkel, amelyeket a gyógyszer kiindulási anyagának szedése egy egészséges embernél okoz, hogy megtalálja az adott emberre leginkább jellemző homeopátiás szert. A gyógyszer így egy „műbetegséget” produkál a szervezetben, mert a nagy hígítás miatt csak a

---

<sup>413</sup> MAUSS 2000: 140

betegség információját szolgáltatja ki, a gyógyulási folyamat pedig tulajdonképpen az erre adott válaszreakció. Regulációs jellegét tehát az adja, hogy a homeopatikumok által a szervezettel közölt információ hatására a szervezetben meglévő - csak valamilyen okból gátolt - öngyógyító mechanizmusok működésbe lépnek. A homeopátia alapelvei szerint nem a betegséget, a tünetet kell kezelni, hanem a beteget, így nem tekinti megoldásnak a tüneti kezeléseket, sőt, a tünetek elnyomását a további diagnosztizálás és a teljes gyógyuláshoz vezető út megtalálásának megnehezítése miatt károsnak tartja.

Bár a megfigyelésre tudományos magyarázatot nem tudok adni, feltűnő, hogy a homeopátiás orvosok között túlreprezentáltak a nők<sup>414</sup>. Érdekes volna megvizsgálni, hogy a homeopátiát alkalmazók nemi tekintetben vajon hogyan oszlanak meg. A felvetés tökéletesen hipotetikus, de feltételezésem szerint a nem klinikai praxisban működő, az egyénekkal ismétlődő és személyes kapcsolatban lévő orvosok (házi orvosok, járóbeteg szakrendelések orvosai) nagyobb eséllyel tapasztalhatják meg a holisztikus szemlélet előnyeit, s mivel az orvosi szakma e szegmensében nagy arányban vannak jelen nők<sup>415</sup>, közülük kerülnek ki azok az orvosok, akik elégtelennek tartják a hivatalos gyógyászat elveit és módszereit. Továbbá mivel az orvosi elitbe való tartozás a nők számára ma is nehezen elérhető (szociális okok, nemi előítélet), a más utat keresők, az új ismeretekre fogékony lázadók is azok közül kerülnek ki, akiket kevésbé köt a szakmai hierarchia és protokoll. Azt azonban kutatási adatok is alátámasztják, hogy az alternatív gyógyászat művelői és igénybe vevői között általában is túlreprezentáltak a nők.<sup>416</sup>

---

<sup>414</sup> A Magyar Homeopata Orvosi Egyesület honlapján felsorolt orvosok nemi megoszlása például a következő: a Budapesten felsorolt 46 homeopata orvosból 40 nő, a vidéki 54 közül 44. [www.homeopata.hu/orvoslista.php](http://www.homeopata.hu/orvoslista.php)

<sup>415</sup> A KSH adatai szerint 2008-ban 1009 házi orvostan szakképesítésű férfi és 1064 női orvos dolgozik Magyarországon. A járóbeteg szakrendelések orvosai nincsenek nem szerint csoportosítva. (KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2008)

<sup>416</sup> SZÁNTÓ 1995: 19, BUDA 2007: 95, LÁZÁR 2008: 409

## VIII. Az otthonszülők megelőzéssel, illetve gyógyítási módokkal kapcsolatos választásai

(A választás az említésekre – értsd az önálló említésekre – vonatkozik)

Választási egységek	Említések száma	Említések arányai
Természetes gyógymódok preferálása	41	82 %
Természetes, kiegyensúlyozott életmód, mint a betegségmegelőzés módszere	35 (Ebből egészséges, „tudatos” táplálkozás : 29, rendszeres testmozgás: 16, a testi-lelki egyensúly fenntartása: 14)	70 % (Ebből egészséges, „tudatos” táplálkozás: 82,85 %, rendszeres testmozgás: 45,7 %, a testi-lelki egyensúly fenntartása: 40 %)
Népi eredetű gyógymódok alkalmazása (gyógynövényterápia, természetes eredetű anyagok gyógyító célú felhasználása)	46	92 %
Homeopátia	38	76 %
Antibiotikumot „ha csak lehet, nem ad”	36	72 %
Antibiotikum konzekvens elutasítása	8	16 %
Allopátia merev elutasítása	7	14 %
Antropozófiái orvoslás	3	6 %
Védőoltás elutasítása	6	12 %
A gyógyszerhasználat minden formájának (homeopatikus is) elutasítása	5	10 %

## MELLÉKLETEK

## 1. Élveszületési lap

Az adatszolgáltatás a statisztikáról szóló 1993. évi XLVI. törvény 10. §-a alapján kötelező!

<b>KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL</b> <b>ÉLVESZÜLETÉSI LAP</b>		Anyakönyvi azonosító (születés helye): <input type="text"/>	
		Kihelyezett anyakönyv jelzése: <input type="checkbox"/>	
		A születési anyakönyvi bejegyzés folyószáma, éve: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>A GYERMEK</b>			
01.	Születési helye:	_____ község, város _____ kerület <input type="text"/>	
02.	Születési ideje:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap <input type="text"/> <input type="text"/> óra <input type="text"/> <input type="text"/> perc	
03.	Neme:	1 – fiú, 2 – leány <input type="checkbox"/>	
04.	Állampolgársága:	HUN – magyar, XXX – ismeretlen <input type="text"/>	
05.	Születési neve:	_____	
	1. Születési családi neve:	_____	
	2. Születési utóneve(i):	_____	
06.	Az anya születési családi és utóneve(i):	_____	
	Az anya házassági családi és utóneve(i):	_____	
07.	Az anya családi állapota:	hajadon (1) – házas (2) – özvegy (3) – elvált (4) – házassága megszűnt (5) <input type="checkbox"/>	
08.	A szülők házasságkötésének időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
<b>A SZÜLŐK EGYÉB ADATAI</b>		<b>AZ APA</b>	<b>AZ ANYA</b>
09.	Születésének időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap
10.	Lakóhelye: község, város	_____	_____
	megye, kerület	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
11.	Tartózkodási helye: község, város	_____	_____
	megye, kerület	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
12.	Állampolgársága:	magyar – nem magyar, mégpedig: _____ <input type="text"/>	magyar – nem magyar, mégpedig: _____ <input type="text"/>
13.	Iskolai végzettsége:	egy osztályt sem végzett <input type="checkbox"/>	egy osztályt sem végzett <input type="checkbox"/>
	a) Az elvégzett legmagasabb osztályok iskolatípusonként:		
	általános (elemi) iskola	osztályok száma: <input type="text"/>	osztályok száma: <input type="text"/>
	polgári iskola	osztályok száma: <input type="text"/>	osztályok száma: <input type="text"/>
	szakmunkásképző iskola	osztályok száma: <input type="text"/>	osztályok száma: <input type="text"/>
	szakiskola	osztályok száma: <input type="text"/>	osztályok száma: <input type="text"/>
	középiskola	osztályok száma: <input type="text"/>	osztályok száma: <input type="text"/>
	főiskola, egyetem	évfolyamok száma: <input type="text"/>	évfolyamok száma: <input type="text"/>
	b) Az általános iskola 8. osztályánál magasabb szintű végzettségei közül a legmagasabb befejezett iskolai végzettség megnevezése:	nappali tagozaton szerzett: 1960 utáni szakmunkás bizonyítvány (1) – 1975 utáni szakiskolai oklevél (2) – középiskolai érettségi, képesítő (3) – főiskolai oklevél (4) – egyetemi oklevél (diploma) (5) <input type="checkbox"/>	nappali tagozaton szerzett: 1960 utáni szakmunkás bizonyítvány (1) – 1975 utáni szakiskolai oklevél (2) – középiskolai érettségi, képesítő (3) – főiskolai oklevél (4) – egyetemi oklevél (diploma) (5) <input type="checkbox"/>

A SZÜLŐK EGYÉB ADATAI		AZ APA ADATAI	AZ ANYA ADATAI
14.	Gazdasági aktivitása: (Eltartottak esetén a 15–16. kérdések az eltartóra vonatkoznak.)	aktív kereső (01) – foglalkoztatott nyugdíjas, járadékos (02) – foglalkoztatott gyermekgondozás (-nevelés) címén ellátásban részesülő (03) – nem dolgozó idény- és alkalmi munkás (04) – munkanélküli (05) – <i>inaktív kereső, mégpedig:</i> nem foglalkoztatott nyugdíjas, járadékos (06) – nem foglalkoztatott gyermekgondozás (-nevelés) címén ellátásban részesülő (07) – egyéb inaktív kereső (08) – <i>eltartott, mégpedig:</i> nappali tagozatos tanuló (09) – háztartásbeli (10) – egyéb eltartott (11) <input type="checkbox"/>	aktív kereső (01) – foglalkoztatott nyugdíjas, járadékos (02) – foglalkoztatott gyermekgondozás (-nevelés) címén ellátásban részesülő (03) – nem dolgozó idény- és alkalmi munkás (04) – munkanélküli (05) – <i>inaktív kereső, mégpedig:</i> nem foglalkoztatott nyugdíjas, járadékos (06) – nem foglalkoztatott gyermekgondozás (-nevelés) címén ellátásban részesülő (07) – egyéb inaktív kereső (08) – <i>eltartott, mégpedig:</i> nappali tagozatos tanuló (09) – háztartásbeli (10) – egyéb eltartott (11) <input type="checkbox"/>
15.	Foglalkozása, munkaköre:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.	Foglalkozási viszonya:	köztisztviselő, közalkalmazott (1) – egyéb alkalmazott (2) – egyéni vállalkozó alkalmazott nélkül (3) – egyéni vállalkozó alkalmazottal (4) – társas vállalkozás dolgozó tagja (5) – szövetkezeti tag (6) – segítő családtag (7) <input type="checkbox"/>	köztisztviselő, közalkalmazott (1) – egyéb alkalmazott (2) – egyéni vállalkozó alkalmazott nélkül (3) – egyéni vállalkozó alkalmazottal (4) – társas vállalkozás dolgozó tagja (5) – szövetkezeti tag (6) – segítő családtag (7) <input type="checkbox"/>
<b>AZ ANYÁRA ÉS AZ ÚJSZÜLÖTTRE VONATKOZÓ ADATOK</b>			
17.	Többes szülés esetén: a) hányas szülés: b) hányadik szülött:	a) kettős (2) – hármás (3) – négyes (4) – ötös (5) <input type="checkbox"/> b) első (1) – második (2) – harmadik (3) – negyedik (4) – ötödik (5) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18.	A gyermek hányadik terhességből származik	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.	Az anyának hány gyermeke született élve (a jelenlegit is beleértve):	a) élete folyamán: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) jelenlegi házasságából: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ebből él: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ebből él: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20.	Az anya jelenlegi terhességét megelőző:	a) élveszülésének ideje: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hó <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nap	b) késői magzati halálzásának ideje: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hó <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nap
21.	Egyéb szülészeti események száma:	a) késői magzati halálzás: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c) korai és középidős magzati halálzás: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b) terhességmegszakítás: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d) méhen kívüli terhesség: <input type="checkbox"/>
22.	a) Hol történt a szülés: b) A szülésnél ki segédkezett:	a) intézetben (1) – lakásban (2) – egyéb helyen (3) <input type="checkbox"/> b) orvos és szülésznő (1) – csak orvos (2) – csak szülésznő (3) – sem orvos sem szülésznő (4) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.	A terhesség időtartama:	<input type="text"/> hét	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24.	A gyermek súlya, hossza és 5 perces Apgár-értéke:	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramm    b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm    c) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 perces Apgár-érték	
25.	Ha van a gyermeknek fejlődési rendellenessége, annak megnevezése:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A kiállítás kelte: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

az anyakönyvvezető aláírása

P.H.

a kiállító személy aláírása

## 2. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalásai

1999

### A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalása

a "TERVEZETT OTTHONSZÜLÉS"-sel kapcsolatban, 1999. február 26.

Mindezeket figyelembe véve a Szakmai Kollégium véleménye szerint az a szülész szakorvos, aki "tervezett otthonaszülés"-t vállal, vagy bármilyen egészségügyi dolgozó (védőnő, stb.), aki erre biztat, nem pedig ellen agitál, vét hivatásának esküje és a fennálló szakmai irányelvek és protokollok ellen.

A Szakmai Kollégium szakmai okok miatt eddig is mindent megtett ezen új "társadalmi" kezdeményezéssel szemben, mivel ezen gyakorlat veszélyezteti a szülők és magzataik/újszülötteik életét. Tekintve, hogy ezen gyakorlat terjedésével párhuzamosan az utóbbi időben az életveszélyes állapotba sodort szülők és a nem megfelelően ellátott újszülöttek száma hazánkban növekedett, a Szakmai Kollégium kötelességének tartja állásfoglalását ismételten megfogalmazni és nyilvánosságra hozni.

Tudni kell, hogy nem létezik olyan módszer, amellyel teljes biztonsággal meg lehetne előre mondani individuálisan, hogy a terhesség, illetve a szülés során előfordul-e szövődmény vagy sem. Ha előfordul, az gyakran egyik pillanatról a másikra történik, amikor azonnali, minden késedelem nélküli beavatkozásra van szükség teljes személyi-tárgyi-intézményi (konzíliumi) háttérrel, és ilyen esetekben az anya és/vagy magzat életét csak a sürgős intézetbe szállítás mentheti meg. Még a szövődménymentes szülés ellátása sem egyszemélyes munka az esetek döntő többségében.

Az intézeti szülések általánossá tétele a fejlett országokban évtizedekkel ezelőtt hazánkban is látványosan csökkentette az anyai halálozást és az újszülöttkori megbetegedések számát. A fejletlen országokban, ahol a szülések nem kórházban történnek, ma is megdöbbentően magas az anyai és a magzati mortalitás.

Az otthoni szülések visszaállítása Magyarországon a technikai felkészültség, a kórházi sűrűség, a lakásviszonyok, a hiányos infrastruktúra miatt nem javasolható és bevezetése még jelentős többletráfordítások esetén is veszélyeztetné a szülések biztonságát és kockáztatná az édesanyák és újszülöttjeik egészségét és életét.

Az új egészségügyi törvény több helyen is ellene van a "tervezett otthonaszülés"-nek. "A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság többek között az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével valósítja meg." A 15. paragrafus (1). bekezdése szerint "a beteget megilleti az önrendelkezési jog, amely kizárólag a törvényben meghatározott esetekre és módon korlátozható." Mivel a szülés, bár természetes biológiai folyamat, bizonyos kockázattal jár, és ezért egyes esetekben szakszerű orvosi segítséget igényel mind a szülő nő, mind a születendő magzat életének és testi egészségének védelme érdekében, a szülő nő önrendelkezési joga nem veszélyeztetheti a

magzat élethez és testi épséghez való jogát. Ugyanis a szülő nőnek az a magatartása, hogy a kórházi tartózkodást elutasítja, megnehezíti a szükséges orvosi beavatkozások időbeni elvégzését.

Az 5. paragrafus (2). bekezdése, valamint a (3). bekezdés d) pontja szerint "a beteg kötelessége tartózkodni minden olyan magatartástól és tevékenységtől, amely a társadalmilag elfogadható kockázati szinten felül, köztudottan mások egészségét veszélyezteti". Ezek szerint a terhes sem erkölcsi sem jogi alapon nem teheti meg, hogy a szülészeti intézménybe történő jelentkezés helyett veszélyeztesse magzata/újszülöttje egészségét azzal, hogy otthonában kíván szülni. A 12. paragrafus (1). és (4). bekezdése szerint "a betegnek jogában áll az intézmény elhagyása, amennyiben azzal mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti", továbbá a 17. paragrafus (2). bekezdésének a) pontja szerint "a beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyeztetheti", végül a 20. paragrafus (6). bekezdése szerint "a beteg/terhes nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást abban az esetben, ha képes a magzat kihordására".

Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a hazai szülészet szemléletmódja megváltozott, a kórházi osztályok évek óta hirdetik a családközpontú szülészeti gyakorlatot, amely alkalmazza többek között az individuális anyaság és családdá alakulás folyamatának felkészítését, tréningjét, az együttszülést, a különböző szülési módokat, a közös gyermekágyas ellátást, a szoptatási folyamat elősegítését. Mindezek szolgálják a szülőnő elképzelésének figyelembe vételét, biztosítva azonban szükség esetén az azonnali kórházi háttérrel. Magyarországon jelenleg lehetőség van arra, hogy a nő a szabad orvosválasztás jogával élve olyan intézményben szüljön, ahol nem "beteg"-ként kezelik és kívánságait, elképzeléseit, elvárásait meghallgatják és teljesítik.

Mindezeket figyelembe véve a Szakmai Kollégium véleménye szerint az a szülész szakorvos, aki "tervezett otthonaszülés"-t vállal, vagy bármilyen egészségügyi dolgozó (védőnő, stb.), aki erre biztat, nem pedig ellen agitál, vét hivatásának esküje és a fennálló szakmai irányelvek és protokollok ellen.

A fentiek alapján kérjük a Magyar Orvosi Kamarát, hogy dr. Geréb Ágnes, akinek figyelmét a fentiekre több fórumon ismételt felhívtuk és azt nem fogadta el, és aki ellen engedély nélkül végzett tervezett otthonaszülések során elkövetett többrendbeli anyai és újszülött veszélyeztetés miatt számos eljárás és kivizsgálás van folyamatban, korlátozza szakmai tevékenységét, akár zárja ki tagjainak a sorából.

Dr. Papp Zoltán

egyetemi tanár, igazgató a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke

forrás: Magyar Nőorvosok Lapja 62 (3) 1999.



2002.

### **A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 2002. január 18-i állásfoglalása az otthonról születésről**

Az Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztálya felkérésére az otthonról születésről a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium az alábbi állásfoglalást hozta.

Az otthonról születés szó nem takar egységes fogalmat. Különbséget kell tenni a viharos gyorsasággal zajló, mentő hívására és kórházba szállításra már nem alkalmas, nem intézeti (pl. otthoni) szülés, melynek során az elsősegély nyújtása minden orvos és szülésznő kötelessége, és a "tervezett", tehát előre elhatározott "otthonról születés" között. A "tervezett otthonról születés" napjainkban szerte a világon egyike a sokat vitatott alternatív szülési módoknak, melynek megértéséhez rövid történeti visszapillantás kívánkozik.

A szülésnél az orvosi segítségnyújtás megjelenése a XIII. századra tehető, a magzat darabolása céljából, az anya életének megmentése reményében. A fogó első használata az 1600-as években történt a magzat természetes úton való világra hozatalának elősegítésére. Ez jelentette a szülés "medikalizációjának" a kezdetét (1). Egyre több szülő nő került kórházba, az 1800-as években azonban a gyermekágyi láz következtében a kórházi szülés jóval veszélyesebb volt, mint az otthonról születés. Semmelweis halála után, az 1800-as évek végén vált világossá felfedezésének lényege: a kézmosás bevezetésével az anyai halálozás 18-20%-ról 1%-ra csökkent (2-3).

A XIX. és XX. század fordulóján a szülő nők nem több, mint 5%-át vitték kórházba. 1900 és 1970 között az arány megfordult, és 1970-ben világszerte a fejlett országokban a szülések 99%-a kórházban zajlott. Jelenleg pl. az USA-ban évente mindösszesen 26 ezer szülés zajlik otthon; ez a szüléseknek csak 0,6 %-a (4). (Megjegyzendő, hogy ebben az alacsony számban benne vannak a "tervezett"-en kívül a "nem tervezett" otthonról születések is!).

Az orvostudomány fejlődésével rohamosan csökkenthetővé vált a magas anyai és magzati halálozás, és az 1940-es évektől nyilvánvalóvá lett, hogy a terhesgondozás és a kórházi szülés általánosságát a megszerzésével az anyák és gyermekeik százazrei menthetőek meg. Ezért az 1950-es évektől hazánkban is megszervezték a kórházak szülészeti osztályait, aminek eredményeképpen mind a mai napig a szülések 99%-a Magyarországon is kórházban történik. Ennek köszönhetően mind az anyai, mind a magzati halálozás hazánkban is látványosan csökkent, (5), ezért érthető, hogy a magyar szülészek szerint is az intézeti szülések a biztonságosak.

Az Amerikai Egyesült Államok Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiuma ellene van a "tervezett otthonról születés"-nek. Első állásfoglalásukat 1975-ben hozták, melyet 1999-ben megerősítettek. Ezek szerint: "a szülő nők és magzataik/újszülötteik egészsége csak kórházi feltételek esetén biztosítható. Jóllehet a szülő nők több-kevesebb biztonsággal "magas kockázatú" és "alacsony kockázatú" csoportba sorolhatók, de az előre nem jelezhető szövődmények az "alacsony kockázatú" csoportban is bármikor felléphetnek, és ezek azonnali kórházi ellátást igényelnek. Szakmai és jogi értelemben a terhesség csak retrospektíve csoportosítható meggyőzően

"alacsony" vagy "magas" kockázatú csoportba. Minden szülés magában hordozza az életveszélyes szövődmény lehetőségét." (6).

Egy tanulmány szerint az alacsony kockázatúnak ítélt "tervezett otthonaszülés"-bebocsátott szülő női csoport 8%-át kellett vészhelyzetben (magzati asphyxia, köldökzsinór-előreesés, anyai hypertonia, lepényleválás és placenta praevia) kórházba szállítani. A nem kórházban vajúdók közel 20%-át szállították szülés alatt kórházba, náluk 10%-ban végeztek császármetszést (7). A fokozott kórházi kivizsgálás és odafigyelés miatt napjainkban a magas kockázatú terhesek csoportjában a váratlan szövődmények száma kevesebb, mint az alacsony kockázatú csoportban, a szülészeti szövődmények többsége a közvélemény által "alacsony kockázatú"-nak tartott csoportban fordul elő. Régi tapasztalat, hogy az eclampsia, a postpartum vérzés és az fertőző jelek nélkül, váratlanul lép fel (8).

A nők az elmúlt évtizedekben jogosan indítottak harcot a szülőszobák paternalisztikus és instrumentált világa ellen, az emberi, a természetes és a nem kiszolgáltatott szülési körülményeket keresve. Ezt az igényt a szülészek világszerte, így hazánkban is felismerték és bevezették a családközpontú szülészeti gyakorlatot, az együttszülést, a szülő nőnek a szüléshez és a szülésznőhöz való alárendeltségi viszonyából a szülő nő és társa főszereplővé tételét, az újszülöttel való közös gyermekágyi elhelyezést, stb. A magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium szerint a biztonságot nyújtó kórházak szülőszobáiban kell megteremteni az otthoni környezetet és a családi együttlét hangulatát, megszüntetve a szülő nők kiszolgáltatottságát. Hazánk legtöbb klinikáján és kórházában ezen igényeknek megfelelően megtörtént a szülőszobák átalakítása.

A tervezett otthonaszülésnek Hollandiában vannak hagyományai, de számuk ott is fokozatosan csökkent az elmúlt évtizedekben. 1970 előtt a szülések 50%-a zajlott le otthon Hollandiában, majd az arány 1993-ra fokozatosan 32%-ra csökken (9, 10, 11). A sűrűn lakott Hollandiában a kórházi létesítmények általában mindenütt elérhetőek 15 percen belül, míg Észak-Amerika és Ausztrália távoli területein a szállítás lényegesen hosszabb időt vehet igénybe. Így a biztonságos infrastruktúra is előfeltétel. Ausztráliában a tervezett otthonaszülések esetén 1985 és 1990 között az intrapartum magzati elhalás háromszor gyakoribb volt, mint a kórházakban (12).

A tervezett otthonaszülést illetően felmerül a kérdés, hogy van-e joga az anyának elutasítani a kórházi szülést. Hazánkban a személyhez fűződő jogokat az egészségügyi törvény is védi. A jogok azonban csak társadalmi rendeltetésükkel összhangban gyakorolhatók. Az ember szabadságjoga csak addig terjed, amíg mások jogait, jogos érdekeit nem sérti. Ezeknek megfelelően az önrendelkezési jogot egyes esetekre nézve a törvény korlátozhatja és korlátozza is, mely esetek körében külön-külön értékelendő az anyának a magzata és önmaga feletti rendelkezési joga.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban Eü. tv.) 17. § (2) bekezdés a) pontja a következőket mondja ki: "A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások - ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is - egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti."

A terhesség egy élettani jelenség ugyan, de magában hordozza a legsúlyosabb szövődmények, akár az élet elvesztésének a kockázatát is. Jelenleg a Földön a WHO adatai szerint évente 600.000 nő hal meg terhességgel-szüléssel kapcsolatos okok miatt, ami több nő életét követeli, mint a méhnyakrák. Következésképpen a terhesség egy olyan biológiai folyamat, amelynek még "normális" esetben is számos kórélettani sajátossága van. Amikor a terhesség során az anyai szervezetben kialakuló sokrétű változásokra gondolunk, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy a határ az egészség ("normál") illetve a betegség között elmosódik terhesség alatt. Ezért az olyan kis állapotromlás, amely nem terhes állapotban még alig járna következménnyel, terhesség alatt már olyan pathológiás állapotok előfutára lehet, amelyek súlyosan veszélyeztetik az anya, vagy a magzat, vagy mindkettő életét.

Köztudott, hogy az élet legveszélyesebb szakasza a perinatális időszak. Ugyanakkor nem vitás, hogy a szülések egy része akár otthon, spontán, akár orvosi beavatkozás nélkül is minden anyai és/vagy magzati probléma nélkül egészséges újszülött világrajövetelével érhet véget. Ezt a lefolyást, eredményt azonban előre megjósolni, garantálni egyetlen szülés esetében sem lehet. Nem létezik olyan módszer, amellyel teljes bizonyossággal, személyre szabottan, előre meg lehetne jósolni, hogy a terhesség, illetve a szülés során előfordul-e szövődmény vagy sem. Ha előfordul, az gyakran egyik pillanatról a másikra történik, amikor azonnali, minden késedelem nélküli beavatkozásra van szükség teljes személyi-tárgyi- intézményi (konzíliumi) háttérrel, és ilyen esetekben az anya és/vagy magzat életét csak sürgős intézeti ellátás mentheti meg. Még a szövődménymentes szülés ellátása sem egyszemélyes munka az esetek döntő többségében.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása (13) szerint "az otthoni szülések visszaállítása Magyarországon a technikai felkészültség, a kórházi sűrűség, a lakásviszonyok, a hiányos infrastruktúra mellett nem javasolható, és bevezetése még jelentős többlettráfordítások esetén is veszélyeztetné a szülések biztonságát, és kockáztatná az édesanyák és újszülötteik egészségét, életét." A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium megítélése szerint az otthoni szülés súlyos magzati kockázatot, veszélyhelyzetet jelenthet, ezért az Eü.tv. már idézett 17 § (2) bekezdés a) pontjának összevetésével ismételt kimondható, hogy a terhes nőt az intézeti helyett az otthoni szülés választásában magzati érdekből nem illeti meg az önrendelkezési jog, így a kórházi szülészeti ellátás visszautasításának joga sem! Természetesen az otthoni szülés veszélyeztetheti az anya életét is. Még intézetben sem sikerült a szülés körüli anyai halálozást nullára csökkenteni. Az orvos erre való tekintettel sem állapodhat meg a tervezett otthoni szülésben előre a terhességgel. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalását támogató írás Iffy László professzor, az USA-ban élő szülész-nőgyógyász tollából az Orvosi Hetilapban jelent meg, amely jól rávilágít az amerikai nők jogaiért harcoló mozgalmak "beindulásának" majd az otthoni szülési divat "lecsengésének" az okaira (14).

Az Eü. tv. 20. § (6) bekezdése szerint a beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós, és előre láthatóan képes a gyermek kihordására. Az előzőekkel összevetve ez azt jelenti, hogy az ilyen eset kivétel még azon lehetőségek alól is, amikor a beteget ilyen beavatkozásokkal kapcsolatban törvényi kivételként megilletné az ellátás visszautasításának joga. Együttes feltételként tehát - a 117/1998. (VI.16.) kormányrendeletben foglaltaknak megfelelő formai és tartalmi követelmények mellett -

viSSzautasíthatja az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást akkor, ha olyan súlyos betegségben szenved, amely gyógyíthatatlan, és megfelelő ellátás mellett is rövid időn belül halálhoz vezet, ha azonban egyúttal terhes, és még képes a gyermek kihordására, még ilyen esetben sem teheti ezt meg (15).

A hazai szülészetnek a születéskörüli halálozás, illetve károsodások csökkentésében elért óriási eredményei az intézeti szülésekhez, az ott folytatott intenzív észleléshez, a megelőző szemlélethez, a szülész orvosok lelkiismeretes, a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel végzett eljárásaihoz, a szakmai szabályok szigorú betartásához, a szakfelügyelet jó működéséhez kötődtek és kötődnek. Ehhez maximálisan hozzátartozik a várandósok együttműködése.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium összefoglaló véleménye a "tervezett otthoni szülés" kérdéséről a következő:

1. A hazai Szakmai Kollégium állásfoglalása azonos a legtöbb nemzetközi szülészeti és nőgyógyászati szakmai grémium - beleértve az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumot is - véleményével, miszerint a "tervezett otthoni szülés" olyan veszélyeket rejt magában, amelyeket nem ellensúlyoznak előnyei, nevezetesen az otthoni környezet emberi és érzelmi befolyása az anyaság és a korai anya-gyermek kötődés kialakulására.
2. A klinikai/kórházi háttér biztosítja a szülés kiszámíthatatlan veszélyeinek és szövődményeinek elhárítását és korai gyors kezelését. Ugyanakkor a szakmai biztonság mellett megfelelő körülmények kialakításával hazánkban is egyre több helyen szülhetnek egy-ágyas fürdőszobás szülőszobákban az édesanyák, kihasználva a családközpontú szülészeti gyakorlat minden előnyét, beleértve az egyúttszülést, a korai bőrkontaktust, az anya és újszülött együttmaradását. Jelenleg lehetőség van arra, hogy a szülő nő a szabad orvosválasztás jogával élve olyan intézményben szüljön, ahol nem betegként kezelik és kívánságait, elképzeléseit, elvárásait meghallgatják, és ha lehet, teljesítik. Ugyanakkor szülés után a néhány napos klinikai/kórházi bentfekvés lehetőséget ad az újszülöttápolás, a szoptatás, az emlődápolás megtanítására, valamint a korai adaptációs zavarok felismerésére és elhárítására. (Ezzel teljes összhangban van az Amerikai Egyesült Államokban a legutóbbi években bevezetett gyakorlat, miszerint a régebben meghatározott 24 órás szülés utáni kórházi tartózkodás helyett a biztosító már csak azt a szülést finanszírozza, ahol az újszülött és az anya legalább 72 óráig a kórházban marad.)
3. Jóllehet a szülések egy része orvosi beavatkozás nélkül is lezajlik, a szövődménymentes vajúdas és szülés definíciója csak retrospektív lehet, mert a legtöbb szövődmény váratlanul és kiszámíthatatlanul lép fel, ezért sem jogi, sem szakmai szempontból nem határozható meg előre 100%-os bizonyossággal a terhesek azon csoportja, akik esetében szövődménymentes vajúdas és szülés várható. A szülészet egy "sürgősségi" felkészültséget igénylő orvosi szakma, ezért a szülő nők számára állandóan készenléti szolgálatnak kell rendelkezésre állnia (16).
4. Amennyiben az egészségügyi kormányzat úgy dönt, hogy a "tervezett otthoni szülés"-t hitelesíti annak ellenére, hogy a legtöbb fejlett országban a szülések 100%-a kórházakban történik, sőt az Egyesült Királyságban és Hollandiában, ahol hagyományai vannak az otthoni szülésnek, ezek száma az utóbbi években egyre csökken, úgy a döntést a Szakmai Kollégium - bár nem ért vele egyet - tudomásul veszi, és továbbra is mindent megtesz annak érdekében, hogy az eddigi gyakorlatnak megfelelően a klinikák/kórházak fogadni tudják a tervezett otthoni szülés kapcsán bajba jutottakat. Felhívja ugyanakkor a figyelmet arra, hogy a váratlan szülészeti vagy neonatológiai szövődmény esetén kihívott mentővel történő kórházba szállítás idővesztést jelenthet a kórházi szülés kapcsán fellépő szövődmény ellátásának azonnali lehetőségével szemben, ami mind az anyai, mind a magzati/újszülötti halálesetek számának növekedését fogja eredményezni. Lényeges hangsúlyozni, hogy a kórházba érkezés után nem az otthoni szülésnél segédkező szülész, hanem a kórházi orvosok szakmai kompetenciájába tartozik a beteg ellátása!
5. A tervezett otthoni szüléshez az ismert beleegyező nyilatkozat módosított változata szükséges, amely tartalmazza azt az egyértelmű kitétel, hogy a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium ezt a szülési formát nem javasolja.

6. A várandós otthonában rendelkezésre kell állni azoknak a tárgyi feltételeknek, amelyeket az ÁNTSZ a szakorvosi rendelőkkel szemben jelenleg is megkíván. Az anyakönyvezés egyértelmű szabályszerűségének biztosítására állami jelenlét (pl. területi védőnő) megszervezése lenne szükséges.
7. Jelenleg az idevonatkozó [33/1992. (XII.23.) NM] rendelet értelmében a "gondozást végző orvos által elrendelendő" többek között a terminus közeli magzat felügyelete. Ezt az "otthonszülést" választók többsége nem veszi igénybe, ezzel is növelve a magzati perinatális halálozás esélyét. A gondozó orvos pedig ennek elmulasztása esetén szakmai szabályt szeg!
8. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium az Egészségügyi Törvény idevonatkozó megállapításait úgy értelmezi, hogy egy várandós a klinikai/kórházi szülés lehetőségének elutasításával nem veszélyeztetheti magzata/újszülöttje egészségét/életét, ezért a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium megítélése szerint alkotmánybírói értelmezésre vagy törvénymódosításra van szükség a "tervezett otthonszülés" minisztériumi hitelesítéséhez.
9. A születéskörüli halálozás további csökkentése érdekében hazánkban nem az otthonszülés bevezetésével, hanem a kórházi/klinikai szülésszobák korszerűsítésével, családi hangulatúvá fejlesztésével, az in utero szállítás gyakorlatának általánossá tételével, a neonatológiai és az intenzív újszülöttellátás feltételeinek javításával, összetársadalmi szinten pedig a koraszülésért felelős nem orvosi okok csökkentésének lehetőségével, illetve megszüntetésével kellene foglalkozni.

#### Hivatkozások

1. Loudon I: Review essay: The making of man-midwifery. Bull.Hist.Med. 1996; 70, 507.
2. Cater KC, Carter BC: Childbed fever: a scientific biography of Ignaz Semmelweis. Westport, CT: Greenwood Press, 1994: 54.
3. Loudon I: The tragedy of childbed fever. Oxford University Press, 2000.
4. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SI, Mathews TJ: Report of final natality statistics. Mon Vital Stat Rep. 1998; 46, 225:1-99.
5. Egyed J: Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet statisztikái (1970-1999).
6. Statement of Home Delivery. Statement of Policy issued by the Executive Board of the American Board of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC: American Board of Obstetricians and Gynecologists. March 1999.
7. Garite TJ, Snell BJ, Walker DL, Darrow VC: Development and experience of a University-based, freestanding birthing center. Obstet Gynecol 1995; 86: 411-416.
8. Hall MB, Chung PK, MacGillivray I: Is routine antenatal care worth while? Lancet 1980; 2: 78-80.
9. Van Alten D, Eskes M, Treffers PE: Midwifery in the Netherlands; the Wormerveer study: selection, mode of delivery, perinatal mortality, and infant morbidity. Br J Obstet Gynaecol. 1989; 96: 656-662.
10. Anderson RE, Murphy PA: Outcomes of 11.778 planned home births attended by certified nurse-midwives: a retrospective, descriptive study. J Nurse Midwifery. 1995; 40: 483-492.
11. DeReu PAQM, Nijhuis JG, Oosterbaan HP, Eskes TKAB: Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. Eur J Obstet Gynecol Repr Biol 2000; 88: 65-69.
12. Bastian H, Keirso MJ, Lancaster PA: Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. Brit Med J 1998; 317: 384-388.
13. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a "tervezett otthonszülés"-sel kapcsolatban. Magyar Nőorv. L. 1999; 62: 233.
14. Iffy L: Levél a kórházon kívüli szülés kérdéséhez. Orv. Hetilap 1999; 140: 2485.
15. Martini J. Otthonszülés a jog és a szakma tükrében. Nőgyógy. Szül. Továbbképző Szemle 2002. 4: 2. Szám.
16. Papp Z. (szerk): Sürgősségi ellátás a szüléset-nőgyógyászatban. Medicina,

Budapest,

2001.

Tisztelettel:

Dr. Papp Zoltán

egyetemi tanár, igazgató;

a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke

2007

### **A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalása az otthon szülésről**

Magyarországon az otthon szülések kockáztatják az édesanyák és újszülöttek egészségét, életét.

A közelmúltban az otthon szülés során lezajló tragikus esemény miatt a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium kötelességének érzi, hogy az otthon szüléssel kapcsolatban, ismét hangot adjon véleményének.

A Kollégium 1999-ben és 2002-ban már foglalkozott az "otthon szülés" kérdéskörével. Mind két alkalommal elutasította az otthon szülés gondolatát és gyakorlatát. Tette ezt azért, mert ennek egyetlen és megcáfolhatatlan magyarázata az, hogy "otthon" nem teremthetők meg a biztonságos szülésvezetés azon szakmai feltételei, amelyek a kórházak szülészeti osztályán rendelkezésre állnak.

A terhesség és a szülés egy élettani folyamat ugyan, de bármennyire is hihetetlen magában hordozza a legsúlyosabb szövődményeket, akár az élet elvesztésének a kockázatát is. Köztudott, hogy az élet legveszélyesebb szakasza a születés körüli időszak. Nem vitatható azonban, hogy a szülések egy része akár otthon, spontán, akár orvosi beavatkozás nélkül is, minden anyai és/vagy magzati probléma nélkül egészséges újszülött világra jövetelével érhet véget. Ezt a zavartalan lefolyást, eredményt azonban előre garantálni egyetlen szülés esetében sem lehet. Nem létezik olyan módszer, amellyel teljes bizonyossággal előre meg lehetne jósolni, hogy a szülés során előfordul-e szövődmény vagy sem. Ha előfordul, az gyakran egyik pillanatról a másikra történik, amikor azonnali beavatkozásra van szükség, teljes személyi-, tárgyi-, intézményi háttérrel. Ilyen esetekben az anya és/vagy a magzat életét a sürgős intézeti ellátás mentheti csak meg.

Magyarországon az otthon szülések kockáztatják az édesanyák és újszülöttek egészségét, életét. A technikai felkészültség, a kórház sűrűség, a lakás viszonyok, a hiányos infrastruktúra, a mentőszolgálat nehéz helyzete miatt az otthon szülés nem megoldott - Ezért aki orvosi esküt tett, sohasem érthet egyet olyan megoldással, amely bármilyen mértékben is növeli az anyai és a magzat veszteségét, vagy a maradandó anyai és magzati károsodást.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium megítélése szerint tehát az otthon szülés súlyos magzati kockázatot, vészhelyzetet jelenthet. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény kimondja: "A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás, intézkedés elmaradása mások - ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is - egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti".

Napjainkban, amikor a kórházi osztályok működésének engedélyezése is szigorú minimum feltételekhez kötött, megengedhetetlennek tartjuk, hogy az emberi szabadságjogokra, az alternatív módszereke választási szabadságára hivatkozva bárki is szembeforduljon a szakmai ésszerűség és a biztonság elsődleges követelményeivel.

A szülészet történetében hatalmas vívmány volt, amikor az otthon szülés helyett a szülőotthonokban, később pedig az azonnali műtéti beavatkozás lehetőségét biztosító kórházi szülészeti osztályokon történő szülés vált általánossá. Ma ennél is előrébb tartunk. A koraszülések és speciális, vagy súlyos magzati vagy anyai betegségek

esetén a progresszív ellátás keretében kiemelt feltételekkel bíró szülészeti osztályokra kell irányítani a szülés előtt álló asszonyokat.

A Kollégium messzemenően egyetért az asszonyok önrendelkezési jogával, azonban ez addig terjedhet csak, amíg a magzat életének kockázata nem fokozódik. Véleménye szerint a szakmai biztonság mellett megfelelő körülmények kialakításával a családközpontú szülészeti gyakorlat még nagyobb mértékű elterjesztésével, a biztonságot nyújtó kórházak szülőszobáin, szülészeti osztályain kellene megteremteni a családi együttlét hangulatát és biztosítani azokat a feltételeket, ahol az édesanya szinte otthon érezheti magát. A szülészeti intézetek már eddig is igyekeztek a szakmai biztonság mellett a családközpontú szülészeti gyakorlatot alkalmazni (együttszülés, anya és az újszülött együtt maradása, több helyen rendelkezésre áll 1-2 ágyas szülőszoba fürdőszobával, stb).

Az elmúlt években az otthon szülés feltételei mit sem változtak, a médiumok azonban egyre gyakrabban foglalkoznak ezzel a kérdéssel, egyre bátrabban propagálják az otthon szülést. Ennek során egyre több bíráló érkezik a szülészeti-nőgyógyászati szakmát és a Szakmai Kollégiumot, e kérelmek meg nem értett elutasító álláspontja miatt. Tekintettel arra, hogy a Szakmai Kollégiumra egyre nagyobb nyomás nehezedett, ezért 2006. szeptember 28-ai ülésén a Kollégium ismét napirendre tűzte az otthon szülés kérdését. A probléma áttekintésére ad hoc bizottság alakult, melynek feladata a legapróbb részletekig kidolgozni a feltételeket, többek között azt is, kik azok, akik egyáltalán levezethetik a szülést, milyen vizsgákat kell letenni, stb. Többek között azért is napirendre került, mivel eddig teljesen szabályozatlanul, a terhes édesanyák állapotától teljesen függetlenül, az édesanyákat és magzatait veszélyeztető, rizikótényezőket figyelembe nem vevő (ikerterhesség, medencevégű fekvés, koraszülés, stb.) gyakorlat terjedt el hazánkban, mely teljesen ellentmond a józanésznek és az állandóan példaként emlegetett Hollandiában uralkodó elvnek.

Sértőnek és közveszélyesnek tartjuk, hogy a Szakmai Kollégium érvekkel alátámasztott elutasító álláspontját, az otthon szülés vezetéséhez semmiféle engedéllyel nem rendelkezők és egyes médiumok megkérdőjelezzik, gúnyos megjegyzésekkel illetik. Ezzel meggyengítik a korszerű kórházi orvoslás iránti bizalmat, főként pedig félrevezetik a szülés előtt álló édesanyákat, házaspárokat.

Végül a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium messzemenően visszautasítja dr. Geréb Ágnesnek a televízió nyilvánossága előtt tett nyilatkozatát, miszerint az általa vezetett szülésben meghalt magzat "a kórházban is meghalt volna". Köztudott, hogy ilyen esetekben a kórházban ismerik a megfelelő műfogásokat, amivel az elakadt váll esetében az újszülöttet károsodás mentesen világra lehet segíteni, elvégzik a gátmetszést, vagy ha kell megfelelő időben a császármetszést.

**Prof. Dr. Szabó István**  
**Szülészeti és Nőgyógyászati**  
**Szakmai Kollégium Elnöke**

2008**A Szülész Nőgyógyász szakmai Kollégium álláspontja az otthonról**

(2008.nov)

**1. A magzat érdeke a legfontosabb.**

A szülészetben még mindig az anya élete és egészsége az elsődleges szempont, ami természetesen nem jelenti, hogy a magzat érdeke „másodlagos” lenne. Egyértelmű követelmény az, hogy az otthonról ne lehessen kevésbé biztonságos, mint a kórházi szülés. Ez a követelés azt feltételezi, hogy a kórházi szülés az etalon, hogy a kórházi szülés a legbiztonságosabb. Bár ez a tény minden szakmai szervezet számára evidencia, nem az a hazai otthonról

„lobby”

számára.

Hazai adatok nincsenek, mert többszöri ígélet ellenére a hazai tervezett otthonról (továbbiakban: otthonról) vállaló szakemberek nem küldenek adatokat. Az ismerté vált tragikus esetek relatíve nagy száma azonban azt sejteti, hogy a jelenlegi, illegalitásban működő, otthonról mortalitási rátája magas, az azonos kórházi értéknél magasabb, de semmiképpen sem alacsonyabb, azaz a nemzetközi értékek körül járhat, ami a külföldi szakmai szervezetek szerint mindenhol magasabb, vagy azonos az azonosan válogatott kórházi esetek hasonló

statisztikai

adataival.

Könnyen belátható, hogy ez törvényszerű. Azonosan, un. low risk betegként, válogatott esetek között is van, mintegy 10% olyan eset, mely miatt az otthonra tervezett születeket kórházba kell szállítani. Természetesen közel ennyi van az ilyen betegek kórházi születei között is. Nyilvánvaló, hogy a kórházban ezek az esetek lényegesen gyorsabban jutnak szaksegítséghez, ha kell műtőhöz, mint a kórháztól bármilyen távolságra és közlekedési eszközt igénylő esetek. Az időkülönbség pedig egyértelműen az otthon megindult születek esetében kedvezőtlenebb

kimenetelt

vetít

előre.

Mindezek alapján, hasonlóan a külföldi szakmai szervezetkehez a magyar Szülészeti és nőgyógyászati Szakmai Kollégium sem támogatja az otthonról, azaz az intézeten kívüli szülésnek azon formáját, ami a jól szervezett szülőszoba-műtő egységektől jelentős távolságban zajlik. Más a helyzet azokkal, a külföldön „birth centernek” nevezett szülészeti egységekkel, amelyek közvetlenül a szülészeti osztályok mellett, azzal együttműködve tevékenykednek, mert ezek esetében a megfelelő szakmai válogatás után elvileg sem lehet lényeges különbséget találni.

Társadalmi nyomást sem érzünk. A sajtó túlzottan felnagyítja az otthonról igényt, ami az eddig ott tevékenykedők szerint is jelenleg 100-150 eset évente, ami a közel 100 000-es hazai szülésszámnak elenyésző része, és e tevékenység legálissá válása után sem várható ennek a számnak 1000 fölé emelkedése, azaz a szülészeti tevékenység 1%-t sem alkotja. Mindazonáltal a demokratikus elveknek, az önrendelkezés elvének figyelembe vételével, nemzetközi tapasztalatok alapján a Szakmai Kollégium részt kíván venni a legálissá tétel folyamatában, és az anyák és magzatok biztonsága érdekében a rendelkezések szakmai részének kidolgozásában, mint eddig is, alapvető szerepet kíván játszani.

**2. Legyen legális lehetőség Magyarországon az otthonról választására.**

Fentiek alapján úgy gondoljuk, hogy legyen legális lehetőség Magyarországon az otthonról választására. Úgy véljük, hogy a legálissá, és ellenőrzötté válás mindenképpen az anyák és újszülötteik biztonságát szolgálja, mert



a legalitás a szakmai és statisztikai kontrollt is jelentik. Úgy véljük, hogy a legálissá válás megszünteti a jelenlegi jogi helyzetet és azonos jogi feltételek jelent az országban minden szülő nő és a szülésénél dolgozó szakember számára.

### **3. Az otthoni szülés feltételrendszere széleskörű szakmai, társadalmi egyeztetésen alapuljon.**

A Szakmai Kollégium egyetért azzal, hogy az otthoni szülés feltételrendszere széleskörű társadalmi egyeztetésen alapuljon, de a szakmai feltételek kidolgozását a nemzetközi és hazai viszonyok és tapasztalatok alapján nem bízná, társadalmi szervezetre. Szakmai kérdésekben véleményünk szerint csak szorosan vett szakmai szervezetek jogosak dönteni, legyen ez a Szakmai Kollégium, vagy a szakma bizalmát élvező ad hoc bizottság. Elsősorban az otthoni szülésre „alkalmas” terhesek kiválasztásának szempontjait és a sürgősséget-kórházi ellátást igénylő szakmai szempontokat kívánjuk meghatározni. A korábbi rendelettervezethez csatolt javaslatokat, melyek már „társadalmi vitában” alakultak ki fenntarthatónak gondoljuk.

Nem kívánunk beleszólni abba, hogy az otthoni szülés során az ott tevékenykedők milyen elvek és gyakorlat alapján dolgoznak, ezt mindenki tegye a saját legjobb belátása szerint. A tevékenységet az eredmények minősítsék és az esetleges hibákért, éppúgy mint eddig is független jogászok vonják felelőségre a felelősöket.

### **4. Az otthoni szülés intézetén kívüli szülés. „Szülőotthon” létrehozása nem támogatandó.**

A Szakmai Kollégium, mint ezt az 1. pontban kifejtettük nem támogatja a tervezett otthoni szülést, inkább az ún. birt center-ek intézményesítését. Ezek nem tekinthetők a korábbi szülőotthonok utódainak, mert a gyors és azonnal elérhető, magas szintű orvosi segítség rendelkezésre áll, a biztonság az otthoni szüléshez képest magasabb fokú. Olyan otthoni szülő-intézmények kialakítását, mely nem a szülő nő saját otthona, és a korábbi szülőotthonok szakmai színvonalát képviselik a szakmai kollégium is elutasítja, ez súlyos visszalépés lenne.

### **5. Meg kell teremteni az önálló szülésvezetés kompetenciáit, mely jelenleg hiányzik. Ehhez megfelelő képzés és gyakorlat szükséges.**

Véleményünk szerint az otthon vezetett (kísért) szülés lefolyása semmiben sem tér el a „kórházi” szülésektől. A biológia mindenütt egyformán működik. Gyakorlott szakemberek számára semmilyen továbbképzés ehhez nem szükséges, ilyen szakemberek megfelelő képzettséggel rendelkeznek és kellő gyakorlatuk is van. Meghatározandó azon szakemberek köre, akik önállóan vezethetnek (kísérhetnek) otthoni szülést. A készülő rendeletnek pontosan ki kell jelölnie, hogy milyen szakmai gyakorlat után lehetséges ez. A Kollégium korábbi javaslata 10 éves szakmai gyakorlattal rendelkező szakorvosnak gondolta ezt lehetővé tenni. A szülésznők szakmai kompetenciájuk szerint, orvosi felügyelettel, vezethetnek önállóan élettani szülést, ezért, amennyiben az orvosi felügyelet megoldható, szülésznők is kaphatnak megfelelő engedélyt, később a felsőfokú végzettség birtokában önállósulási jogot is.

### **6. Sürgősségi betegellátás biztosítása nem szükséges és a rendelkezésre álló kapacitások ismeretében nem is lehetséges.**

Nem egészen világos, hogy ez a cím mire utal. Nyilvánvalóan meg kell teremteni a lehetőséget, hogy az OMSZ vagy más szolgálat igénybe vételével lehessen az otthoni szülés során sürgős kórházi ellátást igénylő szülő nőket

biztonságos, kórházi környezetbe helyezni. Az ún. háttérkórház mindig a legkönnyebben elérhető szülészeti osztály legyen, ahol már előre értesítve és felkészülten várják a bajba került szülő nőt és ellátását beszállítás után azonnal elkezdik. Kívánatos, hogy a szülő nőt az eddig őt kezelő személyzet kísérje, akik szükség esetén az ellátásban is részt vehetnek.

#### **7. A jogi és szakmai felelősségi szabályokat egyértelműen meg kell határozni.**

Az otthonszülés körülményeinek szakmai, szülészeti, szabályozásán felül szükséges jogi szabályokat a Kollégium már javasolta és álláspontunk nem változott. Ezeket lényegében a korábban készült rendelettervezet is tartalmazta. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy véleményünk szerint, függetlenül a finanszírozás formájától, a szakemberek működésének engedélyezése az országos szakfelügyelő főorvos, illetve az általa megbízott területi vezetők kompetenciája legyen.

- Míg a kórházi szülések esetében a dokumentáció módja egy kidolgozott rendszerben folyik, addig az otthonszülésekről semmilyen dokumentáció nem áll rendelkezésre, és nem vesznek részt a kötelező adatszolgáltatásban sem. Véleményünk szerint ennek kidolgozása haladéktalanul szükséges.
- Nem megoldott az otthonszületettek anyakönyvezése.
- Nem megoldott az újszülöttek kötelező oltása.
- Nem megoldott az Anti-D profilaxis kérdése.

A szakmai felelősség kérdéséről már nyilatkoztunk a 3.pontban, itt csak annyit jegyzünk meg, hogy a szülést vezető (kísérő) szakemberek önálló felelősségbiztosítással rendelkezzenek, és felelősségük terjedjen ki a kórházba szállítással kapcsolatos ellátásra is, az esetleg felelősség-megosztással kapcsolatos viták elkerülése céljából. Ezért is tartjuk fontosnak, hogy az otthonról kórházba került szülő nő ellátásában az eddigi személyzet a kórházban is vegyen részt.

#### **8. Az állami finanszírozás kérdése kizárólag az előbbieken rögzítettek rendezése után merülhet fel.**

Szilárd meggyőződésünk, hogy a tervezett otthonszülés a magánegészségügy keretében történjék, (szerződés, számla szerinti – tehát adózott) ami nem zárja ki, hogy mint pl. a vesedialízis esetében, államilag finanszírozott legyen. Kidolgozandó a finanszírozás a kórházba szállítottak esetében.

### 3. A WHO ajánlásai: A normális szülés alatti ellátás

#### 12

A szülés körüli időszakra vonatkozó dokumentumok

Szülétkéshuz 2.

#### A normális szülés alatti ellátás: gyakorlati kézikönyv Egészségügyi Világszervezet (WHO), 1999 – részletek

Ezen beszámoló célja egyszerűen annyi, hogy megvizsgálja a legáltalánosabban alkalmazott szülészeti beavatkozások mellett illetve ellen felmerülő bizonyítékokat, valamint olyan ajánlások megfogalmazása, amelyek megbízható, hozzáférhető bizonyítékokon alapulnak.

A bizonyítékok megvitatása után a munkacsoport a normális szülésekhez kapcsolódó eljárásokra vonatkozó ajánlásait négy kategóriába sorolta.

##### A kategória

*Támogatandó eljárások (olyan eljárások, amelyek bizonyíthatóan hasznosok)*

1. Személyre szóló terv, amely meghatározza, hogy hol történik a szülés, ki kíséri azt. A tervet a várandós nővel, a várandósság alatt kell elkészíteni, és ismertetni kell a férjfel/partnerrel; szükség esetén a nő családijával is.
2. A várandósság kockázatának felmérése a gondozás során. Az értékelést az egészségügyi rendszerrel való minden kontaktus alkalmával, a gondozóval a szülés ideje alatt történő első találkozáskor, majd azt követően folyamatosan feljeli kell vizsgálni.
3. A nő fizikai és érzelmi állapotának megfigyelése a vajúdás és szülés teljes időtartama alatt, egészen a szülés folyamatainak végéig.
4. Ital felajánlása a vajúdás és a szülés során.
5. Tiszteletben tartani az asszony megalapozott döntését arról, hogy hol kíván szülni.
6. A vajúdás és a szülés alatti ellátásnak azt a módját biztosítani, melynek során a szülés folyamataiba – az anya és a gyermek állapotát figyelembe véve – a lehető legkevesebb beavatkozás történik, mely során a nő biztonságában érzeti magát, és megőrizheti önbizalmát.
7. A szülő nő magánszférajának tiszteletben tartása a szülés helyszínén.
8. Az ellátók által nyújtott empátikus támogatás a vajúdás és a szülés alatt.
9. Tiszteletben tartani az asszony döntését arról, hogy ki legyen jelen a szülésnél.
10. A szülő nők ellátása annyi információval és magyarázattal, amennyit igényelnek.
11. Non invazív (nem behatoló), gyógyszermentes fájdalomcsillapítási módszerek a vajúdás alatt, például masszázis és relaxációs technikák.
12. A magzati szívhangjának időszakos ellenőrzése.
13. Az egyszerű használatos eszközök egyszerű használata, a többször használható anyagok és eszközök megfelelő fertőtlenítése.

#### Szülétkéshuz 2.

A szülés körüli időszakra vonatkozó dokumentumok

#### 13

14. Kesztyű használata a hüvelyi vizsgálatok, a baba fogadása és a lepény kezelése során.
15. Szabadon választott testhelyzet és szabad mozgás a vajúdás és a szülés teljes időtartama alatt.
16. A szülő nőt arra biztatni, hogy ne háton fekvő helyzetet vegyen föl a vajúdás és a szülés alatt.
17. A vajúdás haladásának körtütekintő észlelése.
18. Oxitocin megelőző használata a lepényi szakban olyan nőknél, akiknél fennáll a szülés utáni vérzés kockázata, illetve akiket veszélyeztet akár kis mennyiségű vérveszteség is.
19. A köldökzsinór steril körülmények között történő elváágása.
20. A baba kihűlésének megelőzése.
21. Korai közvetlen bőrkontaktus anya és gyermek között, a szoptatás megkezdésének támogatása a születéstől számított egy órán belül, a WHO szoptatási irányelveinek megfelelően.
22. A magzathurok és a lepényszövet rutinszerű vizsgálatát a lepény megszületése után.

##### B kategória

*Megszüntetendő eljárások (olyan eljárások, amelyek nyilvánvalóan károsok vagy hatástalanok)*

1. Rutinszerűen alkalmazott beöntés.
2. A fániszórt rutinszerű leborotválása.
3. Intravénás infúzió rutinszerű alkalmazása a vajúdás és a szülés folyamán.
4. Intravénás kanül rutinszerű, megelőző behelyezése.
5. Háton fekvő helyzet rutinszerű alkalmazása a vajúdás alatt.
6. Végbélen keresztüli vizsgálat.
7. Röntgenes medencemérés.
8. Oxitocin olyan adagolása olyan módszerrel bármikor a baba megszületésének pillanata előtt, melynek során a hatások nem ellenőrizhetőek (például izomba adott oxitocin injekció – a szerk.).
9. A kómeletsző pozíció rutinszerű alkalmazása a szülés alatt, kengyellel vagy kengyél nélkül.
10. Hosszan tartó, irányított nyomás a kitolási szakban (Vaisalva műfogás).
11. A hüvelyfalak masszírozása és nyújtása a kitolási szakban.
12. Szájon át adagolt ergometrin használata a lepény megszületése előtt a vérzés megelőzése érdekében.
13. Injekcióban adagolt ergometrin rutinszerű használata a lepény megszületése előtt.
14. A méhüreg rutinszerű kimosása szülés után.
15. A méhüreg rutinszerű, kézzel való ellenőrzése (manuális méhüri betapintás) a szülés után.

**C kategória**

*Kérdésemeljárások (olyan eljárások, amelyek egyértelmű ajánlását nem támasztja alá elegendő bizonyíték, és amelyeket elővigyázatosan kell használni mindaddig, amíg további kutatások nem rendezik alkalmazhatóságuk kérdését)*

1. Gyógyszermentes fájdalomcsillapítási módszerek, például gyógynövények, vízben vajúdás és a bőr elektromos stimulálásán alapuló fájdalomcsillapítók használata a vajúdás és a szülés során.
  2. Rutinszerű burokrepesztés a tágulási szak korai fázisában.
  3. A nő hasára gyakorolt nyomás a kitolási szakban.
  4. Rutinszerű gátvédelem illetve a magzat fejének vezetésére irányuló műfogások a megszületés pillanatában.
  5. A magzat aktív ingerlése a megszületés pillanatában.
  6. Oxitocin rutinszerű adagolása, a köldökzsinór kontrollált húzása vagy a kettő kombinációja a lepényi szakban.
  7. A köldökzsinór korai elszorítása.
  8. A mellbimbók ingerlése a lepényi szak során a méhösszehúzódások erősítése céljából.

**D kategória**

*Olyan eljárások, amelyeket gyakran helytelenül alkalmaznak*

1. A vajúdó korlátozása abban, hogy egyen vagy igyon a vajúdás és a szülés során.
  2. Gyógyszeres fájdalomcsillapítás.
  3. Fájdalomcsillapítás epidurális érzéstelenítéssel.
  4. A magzat műszeres monitorizálása.
  5. Maszk és steril köpeny viselése a szülés kísérése során.
  6. Ismételt vagy gyakori hüvelyi vizsgálat, különösen akkor, ha ezt többen végzik.
  7. A vajúdás és a szülés gyorsítása oxitocinnal.
  8. A nő más szobába való átszállítása a kitolási szak kezdetén.
  9. Húgyhólyag-katéterezés.
  10. A méhszáj teljes vagy közel teljes eltűnését követően arra biztatni az asszonyt, hogy nyomjon akkor, amikor ő maga még nem érez nyomási ingert.
  11. Meghatározott időtartamú kitolási szakhoz való merev ragaszkodás (például egy óra), akkor is, ha az anya és a magzat állapota jó és a szülés halad.
  12. Műtétes szülésbefejezés (fogóműtét, vákuumextrakció, császármetszés).
  13. Gyakori vagy rutinszerű gátmetszés.
  14. A méhüreg kézzel való ellenőrzése a szülés után.

## 4. A MODULE alapelvei

### III. AZ EGYESÜLET ALAPELVEI

A dűla

- a szűlő nő társa a várandósság idűszakában, és – igénye szerint – vele marad a vajűdás és szűlés teljes ideje alatt;
- megérti, hogy a várandósság idején megjelenű érzések – akár korábbi tapasztalatok nyomán, akár aktuális események hatására keletkeznek – hatással lehetnek a szűletű gyermek egészségre, és kettejűk kapcsolatára a fogantatástól élete végéig;
- tiszteletben tartja a vajűdű nű és családja intimitás iránti igényét;
- képzettsége és tapasztalata alapján felismeri a vajűdás folyamatát a test fiziológiai változásain, az arckifejezésen és a beszéden keresztül;
- ismeri a szavak jelentűségét a szűlés körűli megváltozott tudatállapotban, és képes arra, hogy beszédét a szűlű nűre hangolódva támaszt és biztosságot nyűjtson a számára, kerűli az öncélű megszólalást;
- amikor a szűlés folyamatának eseményeire reagál, bízik saját megérzéseiben, és felkészíti önmagát arra, hogy elfogadja a történeket, bármilyenek legyenek is azok, és képes legyen támaszt nyűjtani;
- a dűlának nem feladata és nem is felelűssége a várandósság, a szűlés és a gyermekágy orvosi szempontból történi figyelemmel kísérése, nem végez vizsgálatokat, nem lát el klinikai feladatokat; nem hoz az anya helyett döntéseket, de segít a döntéshez szűkséges információk megszerzésében;
- tudja, hogy a szűlés az élet kulcsfontosságű örűmteli eseménye, amely hatással van a nű és a gyermeke egész életére;
- felismeri, hogy annak érdekében, hogy egyensűlyt teremtsen saját családjával kapcsolatos felelűsségvállalása és azok felismeri, hogy a tudat, a test és a lélek egyesűlése sokkal pozitívabb szűlési tapasztalatot eredményezhet;
- szívét megnyitja az együttérzés felé, és törekszik arra, hogy a különbűzű kultúrákhoz, közösségekhez tartozű, sajátjától távolabb állű értékrendet követű nűk közül egyre többet és többfélét tudjon elfogadni és támogatni;
- között, akiket szolgál, kliensei számának határt kell szabnia;
- tudja, hogy szerepe a szűlűi környezet szociális rendszerének támogatása;
- *kölcsönűs tiszteletet és együttműködést tart fenn mindazokkal az egyénnel és csoportokkal, akikkel tevékenysége során kapcsolatba kerűl;*
- tudja, hogy az anyatej nyűjtja az újszűlűt számára az optimális táplálékot, és ezért mindenkor a szoptatást támogatja.

## 5. Geréb Ágnes reakciója a 2007-es haláleset jogi következményeire

2007. október 26., péntek 20:48 | Frissítve: 2007. október 28.

Geréb Ágnes közleményben reagált a Velvetnek a Fővárosi Ítéltábla pénteki határozatára, melyben három évre eltiltották foglalkozása gyakorlásától. Kérésére levelét teljes terjedelmében, változtatás nélkül közöljük.

„A szülészet-nőgyógyászat és a bábaság két külön szakma. Az ítélet is mutatja ezt, amely a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999-es állásfoglalására és a szülészeti intézményekben kialakult gyakorlatra, szakmai irányelvekre alapozva született.

Részletezve: 1. Nem vágtam el a köldökszínórt a szakma által javasolt 15 percen belül - a köldökszínór elvágása kényelmes és megszokott, de extrém kérešként még az is előfordul, hogy a család egyáltalán nem szeretné, ha a köldökszínór el lenne vágva - ilyenkor éppúgy, mint ahogyan a köldökcsonk, az egész lepényszövet a köldökszínórral együtt pár nap múlva leesik. A köldökszínór elvágásának időpontja véleményem szerint lényegtelen szakmai rutin.

2. Nem léptem közbe a lepényi szakban a szakma által javasolt 15-30 percen belül, hanem megvártam, ameddig magától leválik. Több ezer esetben tapasztaltam, hogy - amennyiben vérzés nincs és az anya jó állapotban van - a lepény leválása nem a születés utáni első fél órában, hanem azután, rendszerint 60 perc múlva következik be spontán, problémamentesen.

3. Nem végeztem nyákszívást, nem szondáztam meg a kisbaba orrjáratait, végbelét - a nyákszívás elhagyását még a szakma is megengedi olyan esetekben, amikor a magzatvíz tiszta és a kisbaba jó állapotban születik. A szondázást pedig a szigorú irányelvek is a köldökszínór ellátása utánra javasolják, amire jelen esetben - sajnálatosan - nem került már sor, a büntető eljárás során pedig nem azt firtatták, hogy szokott-e sor kerülni az orrjáratok és a végbél szondázására, hanem azt, hogy ennél a kisbabánál sor került-e rá.

4. Nem jutott kellő figyelem az édesanyára és a kisbabára - mindannyian egy kicsi szobában voltunk, együtt, egymással, folyamatosan elfoglalva.

Sajnos, a klinikai halál állapotából visszahozni épségben valakit rövid percek kérdése. Nagyon szomorú, hogy így történt. Sajnos, hogy a 17 év klinikai gyakorlatom alatt volt olyan kisbaba, akivel ugyanez történt élete első órájában, csak szegény nem az édesanyja karjaiból, hanem az inkubátorból került élesztésre... És sajnós, az utóbbi pár évben tudok olyan kisbabáról is, akivel nagyon hasonló történt, kórházban. Őt is elveszítették. A mi kisbabánkat, aki most 7 éves lenne, hónapokon át látogattuk, ápoltuk, aztán megsirattuk, elgyászoltuk a szülőkkel együtt... „

Forrás: <http://velvet.hu/onleany/gereb1026/>

(Letöltés ideje: 2010.02.10.)



## 6. A 2007-es kormányrendelet-tervezet az otthonszülésről

A Kormány  
.../2007. (.....)  
Korm. rendelete  
a tervezett otthonszülésről

A Kormány az Alkotmány 35. § (2) bekezdésében megállapított eredeti jogalkotói hatáskörében, az Alkotmány 35. § (1) bekezdés c) pontjában megállapított feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

### 1. §

E rendelet alkalmazásában:

- a) *tervezett otthonszülés*: a várandós anya akaratából és tájékozott írásos beleegyezésével az otthonában történő, az általa választott, e tevékenységre működési engedéllyel rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvos, illetve szülésznő által levezetett szülés,
- b) *háttérkórház*: a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, szülészeti aktív ellátást nyújtó fekvőbeteg gyógyintézet,
- c) *otthon*: az az ingatlan, amelyben a várandós anya életvitelszerűen lakik.

### 2.§

(1) Az otthonszülésben közreműködhet

- a) 10 éves szakmai gyakorlattal rendelkező, szülész-nőgyógyász szakorvos (a továbbiakban: szakorvos), illetve
- b) felsőfokú szülésznő szakképesítéssel rendelkező személy,

amennyiben a külön jogszabályban meghatározott engedéllyel rendelkezik.

(2) A szülésznő akkor jogosult az (1) bekezdés szerinti tevékenység önálló végzésére, amennyiben az otthonszülés kísérésére jogosító, vizsgaköteles tanfolyamot eredményesen elvégezte.

(3) A tervezett otthonszülésre jogosító továbbképzést a felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők továbbképzésének szervezésére feljogosított intézmények végezhetik.

(4) A tervezett otthonszülésnél – figyelemmel az (1) bekezdésben foglaltakra is – legalább két szülészeti vagy újszülött ellátásban jártas egészségügyi dolgozó egyidejű jelenléte szükséges.

### 3.§

(1) A várandós anya a betöltött 36. terhességi hétig dönt a tervezett otthonszülésről és aláírja az e rendelet melléklete szerinti nyilatkozatot.

(2) A szakorvos, illetve a szülésznő a nyilatkozat kézhezvételét követő 3 munkanapon belül értesíti a háttérkórházat.

(3) A háttérkórház a nyilatkozat kézhezvételét követő 15 napon belül írásban tájékoztatja a várandós anyát és a szakorvost, illetve a szülésznőt a nyilatkozat tudomásulvételéről.

(4) A háttérkórház

- a) elvégzi a külön jogszabály szerinti, az otthonszülést támogató vizsgálatokat, kivéve ha a terhesgondozás más egészségügyi szolgáltatónál történik,
- b) biztosítja az anti-D gammaglobulin védelmet,
- c) biztosítja a külön jogszabály szerinti 0-4 napos életkorban elvégzendő szűrővizsgálatokat, továbbá

d) fogadja a várandós anyát, amennyiben annak kórházba szállítása a külön jogszabályban meghatározott okok miatt szükségessé válik.

#### 4.§

(1) A várandós anyát az otthonszüléssel kapcsolatosan az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 13. § (1)-(2) bekezdésben foglaltakon túl írásban tájékoztatni kell:

- a) a tervezett otthonszülés egészségügyi feltételeiről, továbbá
- b) annak lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- c) a kórházba szállítás indokairól, és a kórházba szállítás megtagadásának következményeiről, valamint
- d) a jogszabályi feltételekről.

(2) A kórházba szállítás indikációit és az otthonszülés egészségügyi feltételeinek meghatározását külön jogszabály tartalmazza.

#### 5.§

A szülés helyszíne higiénés feltételeinek, továbbá a várandós anya által az otthonszüléshez biztosítandó tárgyi feltételeknek a meghatározását szakmai protokoll tartalmazza, amelyet a szakorvos, illetve a szülésznő – a szülés időpontját megelőzően – ellenőriz és dokumentál. A szakorvos, illetve a szülésznő által az otthonszüléshez biztosítandó tárgyi feltételek meghatározását külön jogszabály tartalmazza.

#### 6. §

(1) A várandós anya terhesgondozását az otthonszülést vezető szakorvos is elláthatja, amennyiben a külön jogszabályban foglalt feltételeknek megfelel.

(2) A várandós anya a 3. § (1) bekezdés szerinti határidőn belül tájékoztatja a védőnőt arról, hogy tervezett otthonszülést kíván igénybe venni.

#### 7. §

(1) A szülés megindulásakor a szakorvos, illetve a szülésznő értesíti a háttérkórház ügyeletet vezető szakorvosát és az Országos Mentőszolgálatot.

(2) Amennyiben a külön jogszabályban meghatározott, a kórházba szállítást megalapozó feltételek valamelyike bekövetkezik, akkor a szakorvos, illetve a szülésznő döntése alapján a várandós anyát a háttérkórházba kell szállítani.

(3) Amennyiben a szakorvos, illetve a szülésznő azt állapítja meg, hogy a komplikáció jellege, illetőleg a háttérkórház távolsága miatt a háttérkórházba történő szállítás a várandós anya, vagy a magzat életét, egészségét súlyosan veszélyeztetheti, vagy maradandó fogyatékoságot okozhat, akkor a várandós anyát, az – otthonszülés helyszínéhez legközelebbi – ellátására köteles, vagy az ügyeletet ellátó egészségügyi szolgáltatóhoz kell szállítani.

(4) A (2) bekezdés szerinti esetben a szakorvos a várandós anyát a háttérkórházba kíséri és a 8. § (1)-(2) bekezdése szerinti egészségügyi dokumentációt az ügyeletvezető szakorvosnak átadja.

#### 8. §

(1) A szakorvos, illetve a szülésznő szülési naplót vezet, amely tartalmazza az adott évben lezajlott szülések sorszámát, időpontját, a várandós anya személyazonosító adatait, a legfontosabb diagnózisokat és beavatkozásokat, továbbá az újszülött nevét, nemét, súlyát, hosszúságát.

(2) A szakorvos, illetve a szülésznő a szülés folyamatáról észlelési lapot vezet, amely részletesen tartalmazza a szüléssel kapcsolatos egészségügyi eseményeket. Az észlelési lapot a szülés befejezését követően a jelenlevő egészségügyi dolgozóknak alá kell írniuk.



(3) A melléklet szerinti nyilatkozat, a háttérkórház visszaigazolása, a szülési napló, valamint az észlelési lap az egészségügyi dokumentáció részét képezi.

#### 9. §

A szakorvos, illetve a szülésznő gondoskodik

a) az anyai vér és a köldökvér levételéről, az ehhez kapcsolódó laboratóriumi vizsgálatok elvégzéséről és a szülést követő 48 órán belül a megfelelő ellenanyag beadatásáról, amennyiben a várandós anya vércsoportja Rh(D) negatív továbbá

b) a külön jogszabály szerinti 0-4 napos életkorra meghatározott szűrővizsgálatok háttérkórházban történő elvégzéséről.

#### 10. §

(1) A szülés komplikációmentes lezajlását követő 24 órán belül a szakorvos, illetve a szülésznő értesíti a háttérkórházat és a védőnőt.

(2) A komplikációmentes otthonszülést követően a szakorvos, illetve a szülésznő a szülést követő 4 órán keresztül az anya mellett tartózkodik, továbbá 24 órán keresztül az elérhetőségüket biztosítani kell.

(3) A szakorvos, illetve a szülésznő a születést követő 8 munkanapon belül bejelenti az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központnak a szülészeti eseményt a külön jogszabályban meghatározottak szerint.

#### 11. §

(1) Ez a rendelet 2008. július 1-jén lép hatályba.

(2) A tervezett otthonszülésre jogosító továbbképzések szervezését első alkalommal e rendelet kihirdetését követő 30 napon belül kell elkezdni.

*Forrás:* [www.eum.hu/otthonszules-korm-eum](http://www.eum.hu/otthonszules-korm-eum)

(Letöltés ideje: 2008. 08.01.)

## 7. A Független bábák sajtónyilatkozata

Sok éve várunk az otthonszülés törvényi rendezésére. Intézeten kívüli szülések mindig voltak és lesznek, a szabályozatlanság ezt nem szüntette meg, csak megnehezítette az otthonszülést választó családok helyzetét és a bábák munkáját. Az intézeten kívüli, szaksegítséggel zajló szülések szabályozásától azt várjuk, hogy jogszabály által támogatott lehetőség nyíljon a szülésnek ezt a formáját választó családok igényeinek kielégítésére, ők is akadálytalanul hozzáférhessenek mindazon juttatásokhoz és ellátáshoz, ami őket megilleti és megszűnjön az ezt választó családok és szakemberek hátrányos megkülönböztetése, megbélyegzése. Üdvözljük, hogy a készülő törvény kiemeli, hogy a nőknek joga van az otthonszülésre, azért mert ezt választják, sem a várandósságuk alatt, sem szülés közben, sem utána, sem az esetleges kórházba szállítás esetén hátrányos megkülönböztetés nem érheti őket.

A tervezetnek azonban több vitatott pontja is van, és nem kaptunk ígéretet arra, hogy a továbbiakban befolyásunk lenne a tervezet véglegesítésére. A független bábák eljuttatták az Egészségügyi Minisztériumnak az evidenciákkal alátámasztott módosító javaslatukat. Reméljük, hogy a minisztérium nem enged a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium nyomásának és figyelembe veszi ezeket.

Szeretnénk nyomatékkal kérni a miniszterasszonyt, hogy a kórházi szakma argumentációját is vizsgálja meg kritikusan. Ne támaszkodjon azokra az érvekre, amelyek szakmailag nem állják meg a helyüket, és amelyek mögött nem a biztonságos otthonszülés kereteinek a szabályozása, hanem az otthonszülést ellenző orvosok azon törekvése áll, hogy túlszabályozás révén tegyék lehetetlenné az eddig eredményesen dolgozó szaksegítség munkáját.

Aggályosnak látjuk továbbá, hogy a Minisztérium szülészeti szakmai kérdéseket akar rendeleti szinten szabályozni, amire tudunkkal egyetlen más szakma esetében sincsen példa. Nem szerencsés a jogszabályoknál gyorsabban változó szakmai kérdéseket már eleve meghaladott szinten bebetonozni.

Rendkívül aggályosnak tartjuk, hogy intézeten kívül, szaksegítséggel zajló szüléseknél olyan szakemberek jelenlétét engedje, ill. követelje meg, akik kizárólag kórházi gyakorlatot folytattak. Az a szakember, aki csak a 10 éves kórházi szülészeti gyakorlatával a háta mögött kerül most otthonszüléshez, nehéz helyzetben találhatja magát. A kórházi beidegződések, rutinok gyakran haszontalanok, sőt veszélyesek is lehetnek otthon. *Otthonszülés kíséréséhez elengedhetetlen az otthonszülések mellett szerzett tapasztalat is!* Kérjük, hogy minden otthonszülést kísérni akaró szakembernek le kelljen tennie az erre jogosító vizsgát.

A 10 éves kórházi gyakorlat megkövetelése irreálisan magas követelmény, ennyi idő semmilyen más szakma megkezdéséhez nem szükséges és egyetlen más országban sem ismert. A bábák képzési ideje pl. Németországban 3 év. A gyakorlat időtartamának előírása helyett használhatóbbnak tartjuk bizonyos esetszám megkövetelését.

Hiányoljuk, hogy a tervezet nem tér ki a finanszírozás és a képzés részletes kérdéseire. Fennáll a veszélye annak, hogy ahelyett, hogy akár holnap otthonszülésben jártas külföldi szakemberek vizsgáztatnának, min. fél év múlva otthonszülési tapasztalatokkal nem rendelkezők fognak vizsgáztatni. Kérjük, hogy a Minisztérium ne hagyja figyelmen kívül az otthonszülésben jártas szakemberek véleményét a tananyag és a vizsgakövetelmények kidolgozásánál.

A tervezet alapján az átmeneti időszakban csak 10 év kórházi tapasztalattal rendelkező orvos kísérhetne otthonszülést - így a jelenleg otthonszülésekben gyakorlatot szerzett bábák munkájának folytatása lehetetlenné válna. Az előzetes felmérések alapján úgy tűnik, hogy ez esetben nem lesz elegendő szakember az ilyen igényekkel jelentkező várandósok ellátására. Nem csak azért, mert sem az orvosok, sem a szülésznők körében nem várható, hogy tömegesen kezdenének el otthoni szülésekhez járni, hanem azért is, mert az otthonszülést választó nők, családok többsége sem kívánja az otthonszülésben nem jártas szakemberek segítségét igénybe venni.

A független bábák aggodalmukat fejezik ki és együttéreznek azokkal az anyákkal, akik a közelmúltban illetve a közeljövőben otthonszülést terveztek, illetve terveznek. Az elmúlt hetekben ezen anyák nagy része akarata ellenére kórházba kényszerült, mások elérhető szaksegítség nélkül maradtak és egyedül szültek, otthon. Fontos lenne mihamarabb megnyugtató hírekkel szolgálni azoknak, akik az elkövetkezendő hónapokban otthon

szeretnék világra hozni gyermeküket.

Kérjük a Minisztériumot, hogy a készülő szabályozással a Magyarországon otthonszüléseknél dolgozó bábák további munkáját inkább támogassa, mint nehezítse, és állítsa az illegalitásból kilépő független bábák szakmai tudását és gyakorlatát a szabadság és biztonság szolgálatába.

Budapest, 2007. december 3.

Forrás: <http://www.szabadonszulni.hu/sajtobaba.php>

Letöltés ideje: 2009.01.23.

## 8. A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) reakciója a törvénytervezetre

A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) véleménye a közigazgatási egyeztetésre bocsátott rendelet-tervezetekről

**2007. december 21.**

A TASZ a bevezetendő szabályozás megalapozása és a jelen jogalkotási folyamat sikere szempontjából létfontosságúnak tartja, hogy a Tervezetek közigazgatási egyeztetése során a tárca vegye figyelembe az otthon születések terén elvitathatatlanul évtizedes tapasztalatokkal rendelkező szülésznők, bábák és szervezeteik véleményét, és álláspontja, valamint a Tervezetek végleges, Kormány elé terjesztendő verziójának kialakítása során használja fel javaslatukat.

A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) jogvédő szervezet véleménye az Egészségügyi Minisztérium 21647-2/2007-0004JKF számon közigazgatási egyeztetésre bocsátott rendelet-tervezetekről

### Általános észrevételek

A TASZ üdvözlöi az Egészségügyi Minisztérium azon szándékát, hogy a tervezett otthon születések kérdését a Minisztérium az elmúlt 20 év szabályozatlansága után több szintű szabályozással kívánja megoldani. Megítélésünk szerint ugyanakkor a 2007. novemberi koncepció, mely a rendeleti szabályozás mellett az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény módosítását is magában foglalta, adekvátabb módon teremtette meg a kapcsolatot az Alkotmányban deklarált önrendelkezési joggal. Enélkül a Tervezet mintegy lebeg, precíz, kifejezetten megengedő törvényi felhatalmazást nélkülöz. Emellett az Eütv. nyilvánvalóan szélesebb körben ismert és alkalmazott norma, így a törvény módosítás közvetett módon a tervezett otthon születés intézményével kapcsolatos jobb informáltságot segíti elő. Ezen kodifikációs megoldást támasztja alá a jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény 5§ j) pontja is.

A TASZ ugyanakkor a bevezetendő szabályozás megalapozása és a jelen jogalkotási folyamat sikere szempontjából létfontosságúnak tartja, hogy a Tervezetek közigazgatási egyeztetése során a tárca vegye figyelembe az otthon születések terén elvitathatatlanul évtizedes tapasztalatokkal rendelkező szülésznők, bábák és szervezeteik véleményét, és álláspontja, valamint a Tervezetek végleges, Kormány elé terjesztendő verziójának kialakítása során használja fel javaslatukat.

Javasoljuk továbbá, hogy a Tervezetek változtatásainak és a határidőn belül beérkező szakmai javaslatok, módosítások követhetősége érdekében, a tárca a munka során használjon világos rendszert, mégpedig egyeztetési lapok formájában, amely számos magyar minisztérium, többek között éppen az Egészségügyi Minisztérium gyakorlatában is létező megoldás, azaz táblázatban vezesse, hogy melyik paragrafushoz kitől milyen észrevétel érkezett, és hogy mi lett e javaslatoknak a sorsa (a Tervezetekbe beépítésre került, illetve elutasítás esetén indoklás, hogy miért nem volt a tárca számára elfogadható a javaslat).

Emellett a Tervezetben, összhangban a Jat. 18.§-ában foglaltakkal, jóval alaposabban szükséges elemezni a jogszabály várható társadalmi és gazdasági hatásait. Már most verifikálható módon kell bemutatni annak tudományos (a bizonyítékokon alapuló orvoslásra támaszkodva, szakirodalommal, forrásokkal ellátva), vagy nemzetközi-komparatív (adott esetben konkrét példákmal más országok szabályozási gyakorlatából) megalapozottságát, összefüggésben elemezve a vonatkozó WHO ajánlással. Ezen hiányosságai miatt jelen formájában ugyanis a Tervezet nehézkesen alkalmas érdemi szakmai vitára, az érvek valódi ütköztetésére.

### Részletes észrevételek

#### Vezetői összefoglaló

1.

E helyen tűnik fel először az a Tervezetekben később is megjelenő fordulat, az ún. „születést levezető egészségügyi személyzet“. Álláspontunk szerint a tervezett otthon születések esetében nem az élettani szülés

vezetése, hanem a szülések kísérése történik. E kérdés jelentőségét nem lehet alábecsülni, ugyanis e körben nem pusztán a Tervezet szóhasználata helytelen, és ellentétes a nemzetközi gyakorlatban használatos terminológiával, hanem azt az üzenetet közvetíti, hogy a tervezett otthoni szülés valójában az intézeti szülés más környezetben történő megvalósulása. Javasoljuk ezért, hogy „szülésvezetés“ helyett az otthoni szülések esetében a szülés kísérése fogalmat használja jogszabály.

Szintén e pontban kerül említésre, hogy a Tervezet hatálybalépésekor a szülész-nőgyógyász szakorvos lesz az otthoni szülésért felelős szakember. A hivatkozott tanfolyamok sikere elvégzése után azonban a szülésznők is kísérhetnek majd önállóan otthoni szüléseket, ezért célszerűbb lenne az ő felelősségükre, jogosítványaikra is hasonló konkrét utalást tenni.

3.

Az e pont alatti állítást, mely szerint „Az elmúlt hónapok eseményei, melyek során a magzat élete, illetve a várandós anya élete is veszélybe került, azt igazolják, a szabályozásra szükség van“ elhibázottnak tartjuk. Ebből nem derül ki, hogy a jogalkotó mire gondol e körben. Amennyiben a tárca az elmúlt hónapok hiszterizált, sajtó által végtelenségig feszültté tett, az otthoni szülések során a világ minden országában nagyjából 10 %-ban előforduló, kórházi szülés-befejezéssel kapcsolatos gyakorlatra utal, akkor álláspontunk szerint tévúton jár. Szabályozásra nem azért van szükség, mert az utóbbi időszakban az otthoni szülések normális gyakorlatának számítókórházba szállításokról a nyilvánosság értesült, hanem azért, mert a szabályozást 20 éve meg kellett volna alkotni, mégpedig nyilvánvalóan azért, mert az otthoni szülésekre ma hazánkban valós, legitim igény mutatkozik.

4-5-6.

Nem világos, hogy jogalkotó mit is ért pontosan a „jelenlegi finanszírozási rend“ alatt, mely a Tervezet szerint alkalmazandó lenne a jövőben. A TASZ álláspontja szerint az adót- és társadalombiztosítási hozzájárulást fizető szülő nőknek joguk van arra, hogy szülésük költségeit a társadalombiztosítás finanszírozza, attól függetlenül, hogy a szülésre kórházban, vagy más helyszínen kerül sor.

## Kormányrendelet

1.§

a) és c)

Álláspontunk szerint a tervezett otthoni szülések esetében a lényegi kérdés nem az, hogy az konkrétan a várandós anya otthonában történik, hanem az, hogy arra nem kórházi körülmények között kerül sor.

Othoni szülésekre sor került-, és várhatóan ezután is sor fog kerülni olyan helyszíneken, ahol a szülő nő nem lakik életvitelszerűen, de otthonánál optimálisabbak a szülésre a feltételek. A jelenlegi, egyébként a magyar jogrendszerben eddig még jogintézményként ismeretlen definíció kodifikálása esetén kizárnánk az otthoni szülésből azokat, akiknek otthona a szülésre tartósan vagy akár átmenetileg nem alkalmas, vagy adott esetben bár alkalmas lenne, de a szülő nő mégsem ott kívánja világra hozni gyermekét, például mert a szomszédokat meg kívánja kímélni, vagy háttérkórház nem megfelelő számára, vagy nincs megfelelő közelségben stb.. Amennyiben a szülő nő számára bárki a ingatlanát a szülés céljára biztosítja, s az ingatlan ezen célra alkalmas és megfelelő, úgy a választási lehetőségtől a szülőket elzárni indokolatlan és értelmetlen. Emellett nem elhanyagolható szempont az, hogy az életvitelszerű tartózkodási hely kétségessé tétele és az ezzel kapcsolatos esetleges bizonyítás adott esetben olyan hosszadalmas (és teljesen irreleváns) procedúrát eredményezne, melyre nincs idő, s a szülők számára méltatlan.

Az otthoni szülés választása során a fő szempont sokszor nem az, hogy arra valóban „otthon“ kerüljön sor, hanem az, hogy a szülő nő vagy a gyermekét váró pár valamilyen okból nem kíván a rendelkezésre álló kórházi szülés lehetőségével élni. Javasoljuk, hogy az otthoni szülés helyszíne tekintetében kizárólag a Kormányrendelet 5.§-ában írt szakmai protokollnak való megfelelés legyen szempont, és ne kapjon szerepet semmilyen megszorító értelmezésen alapuló definíció.

2.§

Üdvözljük, hogy a Tervezet a korábbi változatához képest a szülésznőkre nézve nem teszi kötelezővé a 10 éves szakmai gyakorlatot. A 10 év gyakorlat, mint feltétel fenntartását a szakorvosok tekintetében is feleslegesnek tartjuk, különös tekintettel arra, hogy a szülész-nőgyógyász szakvizsga letételéhez 5 éves rezidens orvosi gyakorlat szükséges. Ezen idő alatt a szakorvos minden szükséges készséget és ismeretanyagot megfelelően elsajátít – ezért teheti le a szakorvosi vizsgát.

Súlyosan elhibázottnak, és kifejezetten veszélyesnek tartjuk ugyanakkor azt a megoldást, mely szerint a szakorvosi vizsgával rendelkezők úgy kísérhessenek otthoni szüléseket, hogy a Tervezetben előírt tanfolyamot nem kell elvégezniük. E rendelkezéssel a Tervezet nem csupán indokolatlanul diszkriminálja a szülésznőket,

hanem a kizárólag intézeti szülések terén gyakorlatot szerzett orvosok otthonszülés kísérésére való feljogosításával álláspontunk szerint veszélyeztetné az otthonszülést választó édesanyákat. Ha és amennyiben a Minisztérium nem képes elfogadni, hogy az intézeti szülés és az otthonszülés két egymástól eltérő felfogásban létező jelenség, akkor tagadja a téma nemzetközi és hazai szakirodalmát, valamint semmibe veszi a területen jártas szakemberek véleményét. Az intézeti szülési gyakorlat otthonszülésekre való vetítése, arra ráerőltetése potenciális veszélyeket rejt magában.

## 2. § (2)

Feltétlenül szükségesnek tartjuk, hogy a tanfolyamok tananyagának kidolgozásban az otthonszülésben jártas szakemberek szerephez jussanak, s hogy a tananyag összeállításánál a releváns nemzetközi gyakorlatot vegyék figyelembe.

## 5. §

Javasoljuk, hogy a hivatkozott szakmai protokoll kidolgozása során kapjanak szerepet azok, akik hazánkban évtizedek óta kísérik biztonságosan otthonszüléseket.

## 7. §

A háttérkórház előzetes értesítésén kívül álláspontunk szerint semmilyen célszerűségi és ésszerű szempont nem indokolja az Országos Mentőszolgálat egyidejű értesítését a szülés megindításáról. Az OMSZ törvényi kötelezettsége, hogy komplikáció felmerülése esetén a kórházba szállításról gondoskodjon, erre képes és alkalmas előzetes értesítés nélkül is, az értesítés elmaradása pedig nem jelent semmilyen veszélyt. Az OMSZ ellátási kötelezettségét álláspontunk szerint nem teszi se könnyebbé, se szervezhetőbbé a szülés megindulásakor értesítés, különös tekintettel arra, hogy esetenként a szülés megindulása és a komplikáció felmerülése között hosszú idő telhet el. Ezen szabály felesleges voltát támasztja alá az is, hogy ha az OMSZ felé történő szignalizáció kötelező, akkor azt is jelezni kellene, ha a szülés rendben lezajlott.

## 7. § (4)

A szakorvos kifejezés mellől e bekezdésben kimaradt az „illetve szülésznő” fordulat.

## 9. § b)

Szükségesnek tartanánk annak pontosítását, hogy csak a vizsgálatokat (tehát a levett minták elemzését) szükséges a háttérkórházban elvégezni, és hogy a vizsgálati mintavételhez nem kell a néhány napos újszülöttnel az édesanyának a kórházban megjelennie.

## 11. § (2)

Álláspontunk szerint a továbbképzések/tanfolyamok szervezésére való hivatkozás bizonytalan helyzetet teremt. A(z) egyébként ismeretlen határidejű) hatályba lépésig hátra lévő időszaknak álláspontunk szerint elegendőnek kell lennie a tanfolyamok tényleges beindításához, és ha a jogszabály csak a kihirdetést követő 30 napon belüli szervezési kötelezettséget említi meg, úgy semmilyen határidő nincs a tanfolyamok elindítása tekintetében. Javasoljuk ezért, hogy a jogszabály a szervezési kötelezettség mellett írja elő azt is, hogy a legkésőbb a hatályba lépés időpontjában már induljon is el az első tanfolyam, mely a szülésznőket sikeres vizsga letétele esetén otthonszülések kísérésére jogosítja fel. Ennek hiányában semmi garancia nincs arra, hogy belátható időn belül a továbbképzések rendszere felállításra tud kerülni.

## Miniszteri rendelet

### I.sz. melléklet

#### III/A

##### a)

Tekintettel arra, hogy ehelyütt az otthonszülést kizáró szabályokat találjuk, vagyis közvetve azon személyek körét, akiket a jogalkotó egészségügyi önrendelkezési jogában korlátozni kíván, a példalózó jellegű felsorolást nem tartjuk elfogadhatónak. A TASZ álláspontja szerint az alapvető (önrendelkezési) jog korlátozására való tekintettel e pontban taxatív felsorolásra van szükség, (lehetőleg pontos betegskódok megadásával, különösen szigorúan kerülve az olyan, egészségügyi képzettséggel nem rendelkezők számára is túlságosan általános fogalmakat, mint pl. a „szívbetegség”).

##### c)

Ezen bizonytalan szabály („konziliárius orvos felvetette a császármetszés lehetőségét”) könnyen kiürítheti az önrendelkezési jogot, ezért azt véleményünk szerint a relatív kontraindikációk között kellene szerepeltetni.

## III/B

a)

Ezen pont rendszertani elhelyezése a „Magzati betegségek, vagy annak gyanúja” besorolás alatt helytelen, s nyilvánvaló, hogy önmagában a magzat mérete (mely nyilván a legkevésbé sem betegség) még első szülés esetén sem feltétlenül veti fel az abszolút kontraindikáció gyanúját, azt az édesanya adottságaitól (életkor, magasság, testsúly stb.) függetlenül megítélni nem lehet. Így ezen pontot szintén a relatív kontraindikációk között indokolt szerepeltetni.

b)

A túlhordás valóban indokoltá teszi az abszolút kontraindikációt, de a 41. hét betöltése álláspontunk szerint nem, s e pontot szintén a relatív kontraindikációk között kellene szerepeltetni (tehát a túlhordás abszolút kontraindikációs okként való megtartása mellett).

## 2. sz. melléklet

szülés alatti (anya)

Az elhúzóadás kifejezés rendkívül bizonytalan. Mást jelent az elhúzóadás egy kórházban, és mást egy otthoni szülés esetében, ahol esetenként akár 2-3 napos vajúrást sem tart sem a szülést kísérő, sem a szülő nő károsnak. E körben további pontosításra van szükség, hiszen a jogszabály célja többek között világos felelősségi rendszer felállítása.

## 3. sz. melléklet

Javasljuk, hogy a Minisztérium pontos költségkimutatást rendeljen indokolásában az egyes tételekhez, hiszen teljesen egyértelművé kell tennie, hogy nem kívánja lehetlenné tenni a tervezett otthoni szülést több százezer forint, akár milliós nagyságrendet elérő értékű berendezések kötelezővé tételével.

Budapest, 2007. december 21.

Készítette: Dénes Balázs és Fazekas Tamás

Dénes Balázs elnök s.k.

Társaság a Szabadságjogokért

forrás: <http://www.szules.hu/index.php?id=1928&cid=30108>

Letöltés ideje: 2009.03.13.

## 9. Nyílt levél Horváth Ágneshez

Nyílt levél Dr. Horváth Ágnes  
egészségügyi miniszternek, 2007. dec.27.

Nemzetközi összefogás a tudományos igazságért és a szülés  
szabadságáért Magyarországon

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium tartsa tiszteletben a tudományosság alapelveit

### *Tisztelt Miniszter Asszony!*

Kötelességünknek érezzük tájékoztatni Önt arról, hogy a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (SZNSZK) olyan állásfoglalásokat tett közzé az otthoni szüléssel kapcsolatban, amelyek ellentmondanak a tudomány mai állásának, vagyis tudományos értelemben érvénytelenek.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium az utóbbi nyolc évben három állásfoglalást<sup>(1-3)</sup> tett közzé ebben a kérdésben. Az otthoni szülésről szóló SZNSZK állásfoglalásokban többször ismételt, legfőbb megállapítás, hogy az otthoni szülések kockáztatják az édesanyák és újszülöttek egészségét, életét. Ez a SZNSZK állásfoglalásainak lényege és erre épülnek további következtetések. Amikor utánanéztünk azoknak a szakcikkeknek, amelyeket ennek az állásfoglalásnak az alátámasztására idézett a SZNSZK, a legnagyobb megdöbbenésünkre azt láttuk, hogy azok pont ellentétes következtetésre jutnak. Azokban ugyanis a következő fő megállapításokat olvashatjuk:

- „A holland szülészeti ellátás – mint például az otthoni szülés gyakorlata – nem befolyásolta a születés körüli halálozási rátát.”<sup>(4)</sup>

- „Ez a tanulmány támogatja a korábbi kutatásokat, amelyek azt mutatják, hogy a tervezett otthoni szülés képzett ellátást szolgáltatókkal biztonságos alternatíva lehet egészséges, alacsonyabb rizikójú nők számára.”<sup>(5)</sup>

- „Ez a lehetőség a szülészeti és újszülött ellátás biztonságos formája alacsony rizikójú páciensek számára.”<sup>(6)</sup>

A fenti tanulmányokat idézi a 2002-es állásfoglalás.

Még ennél is súlyosabb etikai kérdést vet fel az a tény, hogy az állásfoglalások elhallgatják azokat a nagy számban létező tanulmányokat, amelyek egyértelműen bizonyítják, hogy a tervezett, szaksegíttéssel kísért otthoni szülés ugyanolyan biztonságos, mint a kórházi szülés, ha az anya egészséges és a várandósság problémamentes volt.

Ilyen például az a meta-analízis, amelyben hat, önmagában véve is nagy tudományos vizsgálat eredményeit összegezték<sup>(7)</sup>.

Amióta ezt a meta-analízist közzétették, azóta is több jól megtervezett epidemiológiai vizsgálatról számolt be az orvosi szakirodalom, amelyek egészen hasonló eredményre jutottak: vagyis a tudomány mai állása szerint a születés körüli halálozásban nincs különbség otthon illetve

kórházban, míg a beavatkozások és szövődmények aránya kórházi szülések esetében többszöröse az otthoni szülésekénél<sup>(8-15)</sup>. A fenti véleményünkkel nem vagyunk egyedül. A szakirodalom elemzése után ugyanerre a következtetésre jut minden jelentősebb külföldi

szakértői testület, ideértve a WHO-t<sup>(16)</sup> és az Angol Királyi Szülészeti és Nőgyógyászati Kollégiumot illetve az Angol Királyi Bába Kollégiumot, amelyek közös állásfoglalásba foglalták az otthoni szülés lehetősége melletti kiállításukat<sup>(17)</sup> is, továbbá egy éppen a magyar

Egészségügyi Minisztériumban készült tanulmány<sup>(18)</sup> (mellékelve), valamint Marsden Wagner szülész professzor, aki a SZNSZK 2002-es állásfoglalását elemezve kijelenti, hogy annak “nincsen tudományos érvényessége”<sup>(19)</sup>. Tudományos értelemben tehát érvénytelen állásponttal állunk szemben.

Az SZNSZK ezekkel a tudományos alapokat nélkülöző és a tudományos tényeket meghamisító állásfoglalásokkal folyamatosan megfélemlíti és félretájékoztatja a közvéleményt és megfosztja attól a jogától, hogy szakmailag tisztességes módon tájékozódjon az otthoni szülés kérdésében.

A tudományos tények eltitkolása és ilyen módon történő meghamisítása a döntéshozókat is félrevezetheti a kérdés jogi rendezésének folyamatában.

Tény, hogy a tudomány mai állása szerint a tervezett, szaksegíttéssel kísért otthoni szülés ugyanolyan



biztonságos, mint a kórházi szülés a szülőnők legalább 80%-a számára, vagyis mindazoknak, akik egészségesek és akiknek a várandóssága problémamentes volt<sup>(18)</sup>.

Ezt a szakirodalom kritikus elemzése alapján, a bizonyítékokon alapuló orvoslás szabályai szerint kialakított véleményünket készek vagyunk kifejezni, bizonyítékokkal alátámasztani, megvitatni, illetve megvédeni bármely fórumon.

Tisztelt Miniszter Asszony!

A fenti tények orvosi szaklapban is megjelentek<sup>(20, 21)</sup> illetve Marsden Wagner professzor eljuttatta szakvéleményét az érintettekhez és személyesen is közölte azokat velük. Az Alternatal Alapítvány nevű civil szervezet számos módon megkísérelte elérni azt, hogy a SZNSZK-t hamis bizonyítékokra épülő állásfoglalásainak visszavonására illetve helyesbítésére bírja. Álláspontjukat 2004-ben elküldték például a MOK etikai bizottságaihoz, illetve az Egészségügyi Tudományos Tanácsnak, azonban minden próbálkozás hiábavalónak bizonyult: Magyarországon eddig nem akadt olyan fórum, amely igazságot szolgáltatott volna.

Ezzel szemben a SZNSZK legutóbbi, 2007. szeptemberi hivatalos állásfoglalásában megismételte téves állításait. Ezért fordulunk most Miniszter Asszonyhoz és a nyilvánosságához.

Tesszük ezt azért is, mert itt nem kizárólag az otthoni szülés ügyéről van szó, de a tudományos igazságról és hivatásunk becsületéről is.

Tisztelt Miniszter Asszony!

Miniszter Asszony a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumot kérte föl arra, hogy az otthoni szülés szabályozását előkészítse. A bábák, szülők és a szabad és biztonságos szülésért kiálló orvosok azt kérték Öntől, hogy az előkészítést alapvetően bízva az érdekeltekre, ne pedig egy olyan testületre, amelyik minden alkalommal kifejezte, hogy az otthoni szülés gyakorlatával alapvetően nem ért egyet.

A SZNSZK – mint a fenti bizonyítékokból látható – a releváns tudományos bizonyítékokat elhallgatva illetve azokat súlyosan torzítva próbálta ellehetetleníteni a majdnem két évtizedes hagyománnyal rendelkező újkori magyar otthoni szülési gyakorlatot.

Tisztelettel felkérjük Miniszter Asszonyt, hogy az otthoni szülés szabályozásával kapcsolatban a jövőben teljes mértékben azokra támaszkodjon, akik az ügyben érdekeltek: bábákra, szülőkre és olyan orvosokra, akik képesek és készek a szakirodalom áttekintésére és elfogulatlan értelmezésére.

A legnagyobb tisztelettel, mégis határozottan kérjük azt is, hogy a szabályozás előkészítése során hagyja figyelmen kívül azok véleményét, akik tudományos bizonyítékokat meghamisítva, a valós bizonyítékokat elhallgatva próbálnak a tervezett otthoni szülés elleni hangulatot kialakítani illetve fenntartani.

Tisztelettel kérjük, hogy hívjon össze ismételt egyeztetést az érdekeltek bevonásával, hogy az eddig benyújtott módosító javaslatokat megvitathassuk és azokról konszenzust alakíthassunk ki.

Kérjük, hogy a konszenzus megteremtésekor azokat a véleményeket vegye figyelembe, amelyek a tudományosság talaján állnak.

Tisztelettel kérjük Miniszter Asszonyt, hogy tegyen lépéseket arra is, hogy a SZNSZK a tudományos bizonyítékokat meghamisító, a szakmát és a közvéleményt félrevezető, hivatásunkat lejárató állásfoglalásait vonja vissza illetve helyesbítse.

Őszinte tisztelettel:

**Dr. Lobmayer Péter** MSc orvos, epidemiológus

**Dr. Szévik Imre** PhD jogi szakokleveles orvos, bioetikus

**Dr. Lőrincz Jenő** szülész-nőgyógyász szakorvos, pszichiáter, jogász

**Dr. Lux Elvira** szexuálpszichológus

**Dr. Török Mária** orvos

**Dr. Füredi Gábor** orvos

**Dr. Szódi Zsuzsanna** orvos

**Dr. Tapolyai Mihály** szexuálpszichológus

**Dr. Páll Katalin Anna** orvos

**Dr. Geréb Anna** gyermekgyógyász szakorvos

**Ritteródesz Erzsébet** szexuálpszichológus

**Dr. Cseh Ágnes** pszichiáter, pszichoterapeuta szakorvos

**Dr. Németh Mónika** általános orvos

**Dr. Szőke Henrik** gyermekgyógyász szakorvos

**Dr. Geréb Rozália** gyermekgyógyász szakorvos  
**Dr. Kiss Ernő** szexuálpszichológus  
**Dr. Szelelki Annamária** orvos  
**Dr. Frigyes Júlia**, pszichiáter szakorvos  
**Dr. Pándy Mária** szexuálpszichológus  
**Dr. Világhy István** szülész-nőgyógyász szakorvos  
**Dr. Magyar Melinda**, neurológus, Glostrup egyetemi kórház, Koppenhága, Dánia  
**Dr. Jelics-Popa Nóra** orvos  
**Tapolyai Emőke** szexuálpszichológus  
**Dr. Matula Ágnes** orvos  
**Dr. Ladányi Ágnes** orvos  
**Dr. Nagyezsda Torbenkova** gyermekgyógyász szakorvos  
**Bede Zsuzsanna** szexuálpszichológus  
**Tarján Frigyes** okl. közlekedésmérnök, tolmács, dúla  
 Továbbá:

**Professor Dr. Marsden Wagner**, Perinatologist and Scientist and former Director of Women's and Children's Health, World Health Organization

Molly O'Brien RGN RM BSc Hons

**Michel Odent, MD**

Director. Primal Health Research Centre

**Joan Moorby** midwife

**Jenny Newland**, Co-ordinator of the Birth Resource Centre Edinburgh, therapeutic counsellor and (ex)midwife

**Kathy Pollard** PhD, MSc (Reproduction and Health), HEDip(Midwifery), RM (Registered Midwife)

**Dr. Elizabeth A. Terris**, CNM, ND (Certified, Nurse Midwife, Doctor of Nursing)

**Jennifer Hall**, MSc RN RM ADM PGDip (HE) Senior Midwifery Lecturer, University of the West of England, Bristol, UK, Editor, The Practising Midwife journal, mother of 5 children, all born at home

**Rhona O'Connell** RGN, RM, RNT, B.A. M.Ed. Midwifery Lecturer School of Nursing and Midwifery, University College Cork, Cork Ireland PhD student Department of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston, UK

**Kirsten Baker**, Senior Midwifery Lecturer at the University of the West of England

**Dr. Jo. Alexander**, Professor of Midwifery, Maternal and Perinatal Research, Bournemouth University, Dorset, UK

**Mary Stewart** RM, M.Sc. Research Midwife, Birthplace Study, National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 7

**Jean Robinson**, Former lecturer in medical ethics, former visiting Professor, University of Ulster School of Health Sciences. Now retired, committee member and former Hon. Research Officer, Association for Improvements in the Maternity Services.

**Alison Busby**, Midwifery Lecturer, University of Manchester

Gill Gyte, BSc, MPhil, Research Associate with The University of Liverpool **Daisy Dinwoodie** BA, MA Professor Soo Downe, Registered midwife, BA(Hons), MSc (research methods), PhD, Director, Midwifery Studies Research Unit, University of Central Lancashire

**Simon Bednarek**, MBBS (Western Australia), Diploma Obstetrics FRNZCGP (Fellow Royal New Zealand College of General Practitioners)

**Belinda Phipps**, Chief Executive, National Childbirth Trust

**Matthias Seidel** Obstetrician and Gynaecologist,

**Ole Olsen**, M.Sc. Statistician

**Sylvia Karall-Athanasiadis**, Bécs, Ausztria, bába

Karin Unger, Ausztria, Bába

**Regina Zsivkovics**, Bécs, Ausztria, bába, bécsi bábaközpont

**Daniela Leitner**, Dietzenbach, Németország, bába

**Heike Schillo**, Aachen, Németország, bába

**Yvonne Oheim**, Aachen, Németország, bába

**Claudia Klüver**, Augsburg, Németország, bába

**Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Klüver**, Augsburg, Németország, professzor, term. tud.

**Ursula Fietz**, Cloppenburg, Németország, bába

**Elmire Frick**, Németország, bába

**Wiebke Rast-Koosch**, Németország, bába

**Ulrike Ploil**, Bécs, Ausztria, bába

**Anja Gardemann**, Németország, bába

**Ute Heinje**, Németország, bába

**Martina Schäfer**, Düsseldorf, Németország, bába  
**Jenny Grallert**, Németország, bába  
**Heinke Duckeck**, Peine, Németország, bába  
**Dorothea Kluge**, Schwarmstedt, Németország, bába  
**Inga Fränkle**, Karlsruhe, Németország, bába  
**Andrea Gerber**, Németország, bába  
**Anne Neu**, Németország, bába  
**Armelle Badey-Plahr**, Németország, bába  
**B. Kränzler-Haas**, Németország, bába  
**Adelheid Achter**, Bécs, Ausztria, bába  
**Hildegard Metzler**, Németország, bába  
**Imke Lütge**, Németország, bába  
**Astrid Kruid**, Németország, bába  
**Jasmin Fotouri**, Bécs, Németország, bába  
**Rim Bitzer**, Lipcse, Németország, bába  
**Salam El-Azzami**, Lipcse, Németország, bába  
**Carian Laueremann**, Lipcse, Németország, bába  
**Stefanie Herold**, Lipcse, Németország, bába  
**Sabine Friese-Berg**, Konstanz, Németország, bába  
**Ute Rinke**, Németország, bába  
**Ilka Detzler**, Németország, bába  
**Bettina Podeszwa**, Németország, bába  
**Claudia Kummert**, Bochum, Németország, bába  
**Friederike Kückelmann**, Németország, bába  
**Miriam Reichel**, Németország, bába  
**Ilka Lange**, Németország, bába  
**Ingelore Schwarz**, Németország, bába

#### Referenciák

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalásai:

1. 1999. február 26:

<http://www.szuleteshete.hu/cikk.php?id=69&cid=367>

2. 2002. január 18:

<http://www.szuleteshete.hu/cikk.php?id=69&cid=359>

3. 2007. szeptember 21:

[http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/szuleszeti\\_nogyogyaszati\\_szakmai/98114/](http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/szuleszeti_nogyogyaszati_szakmai/98114/)

Továbbá:

4. De Reu, P. A. O. M. De Reu, J. G. Nijhuis, H. P. Oosterbaan and T. K. A. B. Eskes:

Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

Volume 88, Issue 1, January 2000, Pages 65-69

5. Anderson RE, Murphy PA.:

Outcomes of 11.788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study.

J Nurse Midwifery. 1995 Nov-Dec;40(6):483-92

6. Garite TJ, Snell BJ, Walker DL, Darrow VC.:

Development and experience of a university-based, freestanding birthing center. Obstet

Gynecol. 1995 Sep; 86(3): 411-6.

7. Olsen O.:

Meta analysis of the safety of home birth,

Birth. 1997 Mar; 24(1): 4-13

8. Ackermann-Liebrich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M.,

Schindler, C., et al. (1996):

Home versus hospital deliveries: Follow up study of matched pairs for procedures and outcome.

Zurich Study Team. BMJ, 313(7068), 1313–1318.

9. Davies, J., Hey, E., Reid, W., & Young, G. (1996):10

Prospective regional study of planned home births.

Home Birth Study Steering Group. BMJ, 313(7068), 1302–1306.

10. Durand, A. M. (1992): The safety of home birth: The farm study.

- American Journal of Public Health, 82(3), 450–453. Gulbransen, G., Hilton, J., McKay, L., & Cox, A. (1997).
- 11.** Home birth in New Zealand 1973–93: Incidence and mortality. The New Zealand Medical Journal, 110(1040), 87–89.
- 12.** Janssen, P. A., Lee, S. K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., et al. (2002): Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. Canadian Medical Association Journal, 166(3), 315–323.
- 13.** Johnson, K. C., & Daviss, B. A. (2005): Outcomes of planned home births with certified professional midwives Large prospective study in North America. BMJ, 330(7505), 1416.
- 14.** Wieggers, T. A., Keirse, M. J., van der Zee, J., & Bergh, G. A. H. (1996): Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies Prospective study in midwifery practices in the Netherlands. BMJ, 313(7068), 1309–1313.
- 15.** H. C. Woodcock, A. W. Read, C. Bower, F. J. Stanley, D. J. Moore: A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981-1987. Woodcock, H. C., Read, A. W., Bower, C., Stanley, F. J. Midwifery. 1994 Sep; 10 (3):125-35
- 16.** WHO állásfoglalása a normális születés körüli teendőkrol: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM\\_96\\_24/MSM\\_96\\_24\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html) 11
- 17.** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.2, April 2007 [http://www.rcm.org.uk/info/docs/Home%20Births\\_Joint%20Statement\\_1.pdf](http://www.rcm.org.uk/info/docs/Home%20Births_Joint%20Statement_1.pdf)
- 18.** Háttér tanulmány az otthon születésrol  
Készült a Magyar Egészségügyi Minisztériumban
- 19.** Prof. Dr. Marsden Wagner szakvéleménye a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalásáról: <http://www.szuleteshete.hu/cikk.php?id=69&cid=363>
- 20.** Szebik, I.: Ki marad a kamarában? Töprengés az otthon születésrol LAM 2002;12(3):172-80. <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0203/7.htm>
- 21.** Szebik, I.: Megjegyzések az állásfoglaláshoz LAM 2002;12(5):350-2. <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0205/23.htm>

Forrás: <http://www.birthing.hu/index.php?id=1928&cid=30125>

Letöltés ideje: 2009. 06.12.

## 10. Az OSZABISZ nyilatkozata

### Az Orvosok a Szabad és Biztonságos Születésért sajtónyilatkozata

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium  
otthonszülésről szóló állásfoglalásainak szakmai kritikája  
*összefoglaló a sajtó számára*

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium otthonszülésről szóló 1999-es, 2002-es, és 2007-es állásfoglalásai nem felelnek meg a legalapvetőbb tudományos követelményeknek. Meghamisítják az idézett tanulmányok eredményeit, elhallgatnak fontos tudományos bizonyítékokat és ellentmondanak a tudományos tényeknek. Ezzel folyamatosan megfélemlítik és félretájékoztatják a közvéleményt és megfosztják attól a jogától, hogy racionálisan ítéljen az otthonszülés kérdésében. A tudományos tények eltitkolása és meghamisítása a döntéshozókat is félrevezetheti a kérdés jogi rendezésének folyamatában.

Példaképp álljon itt az otthonszülésről szóló, többször ismételt, legfőbb megállapítás, hogy az otthonszülések kockáztatják az édesanyák és újszülöttek egészségét, életét. Ez a az SZNSZK állásfoglalásainak lényege és erre épülnek további következtetések.

Holott ezt azok a tudományos kutatások, amelyeket épp a szakmai kollégium idéz, nem támasztják alá, mert azokban a következő fő megállapításokat olvashatjuk:

- "A holland szülészeti ellátás -- mint például az otthonszülés gyakorlata -- nem befolyásolta a születés körüli halálozási rátát." (Perinatal audit, PAOM De Reu)
- "Ez a tanulmány támogatja a korábbi kutatásokat, amelyek azt mutatják, hogy a tervezett otthonszülés képzett ellátást szolgáltatókkal biztonságos alternatíva lehet egészséges, alacsonyabb rizikójú nők számára." (Outcomes of 11,788 Rondi E Andreson)
- "Ez a lehetőség a szülészeti és újszülött ellátás biztonságos formája alacsony rizikójú páciensek számára." (Development and experience, Thoms J. Garite)

A 2002-es állásfoglalásban olyan statisztikákat tesznek közzé, amelyek bizonyítéknak semmiképpen sem nevezhetők, azok a nagy epidemiológiai vizsgálatok, amiket kihagytak, azok viszont tudományosan erős bizonyítéknak számítanak és a tervezett otthonszülés biztonságát igazolják. Kimaradt ezen felül az Egészségügyi Világszervezet ezekre a bizonyítékokra épülő 1996-os Biztonságos Anyaság című alapdokumentuma.

Az állásfoglalások ellentmondanak az alapvető szakmai tisztesség, a bizonyítékokon alapuló orvoslás, a tudományos gondolkodás alapelveinek, és a tudományos cikkek idézésére vonatkozó szakmai szabályoknak.

Az állásfoglalások fogalmazása pontatlan, a bennük használt fogalmakat nem határozzák meg egyértelműen, azokat preconcepcióknak megfelelően mossák össze (tervezett otthonszülés, otthoni szülés visszaállítása, kórházi ellátás hiányában történő otthonszülés, stb.), illetve összemossanak helyzeteket (fejlődő országok gyakorlatát a fejlett országok gyakorlatával), így nem felelnek meg a minimális tudományos elvárásnak ebből a szempontból sem.

Véleményünkkel nem vagyunk egyedül. Marsden Wagner professzor M.D., M.S.P.H., a WHO nők és gyermekek egészségével foglalkozó szervezetének volt igazgatója a következő megállapításokat tette a Szakmai Kollégium 2002-es állásfoglalására reagálva:

"A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalása sajnálatos módon tele van hamis információval, és egyértelmű kísérletnek tekinthető arra, hogy a magyarokat és az ország hatóságát megfélemlítse."

Az *"Orvosok a Szabad és Biztonságos Születésért"* nevében:

Dr. Lobmayer Péter MSc  
Epidemiológus

Dr. Szebik Imre PhD  
bioetikus, jogi szakokleveles orvos

Budapest, 2007. december 3.

Forrás: <http://www.szabadonszulni.hu/sajtooszabisz.php> (Letöltés ideje: 2010. 01.08.)

## 11. Az otthonszülés szabályozása. Jelenleg érvényes kormányrendelet

### A Kormány 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelete

#### az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól

A Kormány az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés v) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a 16. § tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés b) pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alkotmány 35. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

#### 1. § E rendelet alkalmazásában

a) *ellátás*: egészségügyi szolgáltatás, amelynek keretében a várandós nő a szülészeti és újszülött-ellátást előzetes választása alapján, előre tervezett módon, az egészségügyről szóló törvényben meghatározott fekvőbeteg-szakellátás keretein kívül veszi igénybe,

b) *háttérkórház*: szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó, az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény, ahova az ellátást igénybe vevő nő és az újszülött az ellátás választott helyszínéről húsz percen belül beszállítható.

2. § (1) Ellátást az e tevékenységre vonatkozó működési engedéllyel és érvényes felelősségbiztosítással rendelkező egészségügyi szolgáltató (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató) nyújthat.

(2) Az ellátás keretében történő szülészeti eseményben (a továbbiakban: szülés) közreműködik:

a) szülész-nőgyógyász szakorvos, vagy

b) felsőoktatási intézmény alapképzési szakán vagy főiskolai karán szülésznő szakképesítést vagy emelt szintű vagy felsőfokú szülésznő szakképesítést szerzett szülésznő, aki

ba) legalább két éves szülőszobai szakmai gyakorlattal rendelkezik vagy

bb) legalább két éves szakmai gyakorlattal rendelkezik, és igazoltan minimum ötven szülést levezetett

[az a) és b) pont szerinti személy a továbbiakban együtt: felelős személy].

(3) Az egészségügyi szolgáltatónak az ellátás keretében – minimális személyi feltételként – a (2) bekezdés szerinti felelős személy, továbbá egy, a (2) bekezdés szerinti feltételeknek megfelelő szülésznő vagy szülész-nőgyógyász szakorvos jelenlétét biztosítania kell.

(4) Az egészségügyi szolgáltatónak az ellátás keretében neonatológus vagy legalább két éves neonatológiai gyakorlattal rendelkező csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos (a továbbiakban: gyermekgyógyász) – a 9. § (2) bekezdése szerinti újszülött-ellátásban történő – közreműködését biztosítania kell.

(5) Az ellátás keretében a várandós anya egészségügyi szolgáltatót és felelős személyt választ. Az egészségügyi szolgáltató – a felelős személy jogkörében eljáró és a (2) bekezdésben meghatározott feltételeknek megfelelő – helyettes felelős személyt jelöl ki.

(6) A felelős személy és a helyettes felelős személy az egészségügyi szolgáltatóval munkaviszonyban vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló, vagy az egészségügyi szolgáltató vezetését ellátó személy.

(7) Az ellátásra vonatkozóan a várandós nő és az egészségügyi szolgáltató megbízási szerződést köt.

3. § (1) A 2. § (3) és (4) bekezdése szerinti személyek az ellátás során a tőlük elvárható gondossággal, a szülészeti és újszülött-ellátás szakmai szabályainak betartásával járnak el, és felelősek az e rendeletben meghatározott előírások betartásáért.

(2) A felelős személynek és a 2. § (3) bekezdése szerinti személyeknek két évnél nem régebbi csecsemő és újszülött, továbbá felnőtt újraélesztési tanfolyam elvégzését igazoló bizonyítvánnyal, a 2. § (4) bekezdése szerinti gyermekgyógyásznak két évnél nem régebbi csecsemő és újszülött újraélesztési tanfolyam elvégzését igazoló bizonyítvánnyal kell rendelkeznie.

(3) Az ellátás csak olyan helyszínen történhet, ahonnan az ellátást igénybe vevő nő és az újszülött húsz percen belül a háttérkórházba szállítható.

5118 MAGYAR KÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám

4. § (1) Az ellátás igénybevételének egészségügyi feltételeit és az azt kizáró okokat az 1. melléklet tartalmazza.

(2) A szülő nő, valamint az újszülött háttérkórházba történő szállításának indikációit a 2. melléklet tartalmazza.

(3) Az ellátáshoz szükséges tárgyi, továbbá higiénés feltételeket a 3. melléklet tartalmazza.

5. § (1) Az ellátás igénybevételéről a várandós nő a terhesség betöltött 36. hetéig dönthet. Az ellátás igénybevételét választó várandós nő a döntés meghozatalát követően haladéktalanul, de legkésőbb 3 napon belül a felelős személy közreműködésével négy példányban kitölti a 4. melléklet szerinti adatlapot. A 4. melléklet szerinti adatlapot a felelős személy juttatja el az egészségügyi szolgáltató részére.

(2) Rh-negatív vércsoportú várandós nő esetében az egészségügyi szolgáltató gondoskodik arról, hogy – a szülés várható megindulása előtt – a várandós nő részére a szükséges anti-D ellenanyag vényre történő felírása, továbbá a 9. § (6) bekezdése szerinti laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges beutalók beszerzése a terhesség betöltött 37. hetéig megtörténjen.

(3) A várandós nő az (1) bekezdés szerinti, kitöltött adatlap egy példányának átadásával – a kitöltést követő legfeljebb 3 napon belül – tájékoztatja a területi védőnői ellátásról szóló jogszabályban meghatározott védőnőt (a továbbiakban: védőnő) és a területileg illetékes házi gyermekorvost (házi orvost) vagy a választott házi gyermekorvost (házi orvost) (a továbbiakban együtt: házi gyermekorvos) arról, hogy az e rendelet szerinti ellátást tervezte igénybe venni.

(4) A felelős személy a várandós nő döntését követő 3 napon belül arról írásban vagy elektronikus úton értesíti a háttérkórház szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó osztályát. Az értesítésnek a várandós nő nevét, a szülés várható időpontját, valamint a felelős személy és az egészségügyi szolgáltató nevét és telefonszámát tartalmaznia kell.

(5) Amennyiben a háttérkórház szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó osztályának az ellátás választott helyszíne szerint területi ellátási kötelezettsége is van, akkor a (4) bekezdés szerinti értesítés kézhezvételét követő 3 napon belül írásban vagy elektronikus úton tájékoztatja a felelős személyt arról, hogy az értesítést tudomásul vette. Területi ellátási kötelezettség hiányában a háttérkórház az értesítés vételét az azt követő 3 napon belül visszaigazolja és azt jóváhagyja. Jóváhagyás hiányában a felelős személy az ellátás választott helyszíne szerinti területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetet értesíti a (4) bekezdésben foglaltakról.

(6) A várandós nő terhesgondozása a terhesgondozásról szóló jogszabályban meghatározottak szerint történik.

(7) A felelős személy – legkésőbb a várandós nő terhességének betöltött 38. hetéig – ismételtlen meggyőződik a szülés helyszíne higiénés feltételeinek megfelelőségéről. Amennyiben a higiénés feltételek a 3. mellékletben foglaltaknak nem felelnek meg, akkor a felelős személy a várandós nő ellátása céljából szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetet vagy megfelelő, az e rendelet szerinti ellátást biztosító egészségügyi szolgáltatót javasol és erről értesíti a (3) bekezdés szerinti személyeket és a háttérkórházat.

**6. § (1)** A várandós anyát az ellátással kapcsolatosan az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglaltakon túl a felelős személy írásban tájékoztatja:

a) az ellátás igénybevételének egészségügyi feltételeiről és kizáró okairól,

b) a háttérkórházba vagy a 8. § (3) bekezdése szerinti szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő szállítás indokairól és ennek megtagadása következményeiről.

(2) A várandós anya az (1) bekezdés szerinti tájékoztatás egy példányát aláírásával ellátja.

(3) Amennyiben a szülés megindulása előtt az 1. mellékletben meghatározottak szerint az ellátás egészségügyi feltételei nem állnak fenn, vagy az ellátás igénybevételét kizáró okok bármelyike fennáll, úgy a felelős személy a várandós nő ellátása céljából szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetet javasol, és erről értesíti az 5. § (3) bekezdése szerinti személyeket és a háttérkórházat.

**7. § (1)** A szülésben történő közreműködés csak akkor kezdhető meg, ha a 3. melléklet szerinti tárgyi, valamint higiénés feltételek a szülés helyszínén rendelkezésre állnak.

(2) Az egészségügyi szolgáltató köteles gondoskodni

a) a 3. mellékletben foglalt tárgyi feltételek meglétéről,

b) az ellátás során keletkező egészségügyi hulladék és különleges kezelést igénylő veszélyes hulladék elszállításáról.

**8. § (1)** A szülő nőt, illetve az újszülöttet a felelős személy vagy a gyermekgyógyász döntése alapján, a 2. mellékletben felsorolt feltételek valamelyikének bekövetkezése esetén – egészségi állapotukat nem veszélyeztető módon vagy szükség szerint a mentőszolgálat igénybevételével – azonnal a háttérkórházba kell szállítani. A háttérkórházba szállítás

M A G Y A R K Ö Z L Ö N Y • 2011. évi 29. szám 5119

– a felelős személy vagy a gyermekgyógyász döntése alapján – akkor is kötelező, ha a komplikáció jellege, illetve előre

nem látható ok a szülő nő, illetve az újszülött életét, egészségét veszélyeztetheti, vagy maradandó fogyatékoságot okozhat. A felelős személy köteles a szülő nőt, illetve az újszülöttet a háttérkórházba kísérni, és a rendelkezésére álló egészségügyi dokumentációt az ügyeletvezető szakorvosnak átadni.

(2) A háttérkórházba szállítás esetén a felelős személy a háttérkórház szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó osztályát – a szállítást megelőzően, telefonon – haladéktalanul értesíti.

(3) Amennyiben a felelős személy vagy a gyermekgyógyász azt állapítja meg, hogy előre nem látható ok miatt az (1) bekezdés szerinti háttérkórházba történő szállítás a szülő nő vagy az újszülött életét, egészségét veszélyeztetheti, vagy maradandó fogyatékoságot okozhat, akkor a szülő nőt, illetve az újszülöttet olyan szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell szállítani, amely ellátásukat az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerint megfelelő szinten biztosítja.

(4) Az (1) bekezdésben vagy a (3) bekezdésben meghatározott esetben – a helyszínen maradó – a 2. § (3) bekezdése vagy a 2. § (4) bekezdése szerinti személyek felelnek a továbbiakban szükséges ellátás nyújtásáért.

**9. § (1)** A felelős személy a szülés megtörténtéről a védőnőt és – az anya nyilatkozata alapján – a házi gyermekorvost haladéktalanul, de legkésőbb 72 órán belül telefonon vagy elektronikus úton értesíti.

(2) Az újszülött első gyermekgyógyászati vizsgálatát a 2. § (4) bekezdése szerinti gyermekgyógyász végzi el a szülést követő 24 órán belül.

(3) A szülés befejezését követő 3 órán keresztül az anya és az újszülött felügyeletét a felelős személynek kell ellátnia. A felelős személy és a gyermekgyógyász a szülést követő naptól számított három napon keresztül az anya és az újszülött állapotát naponta ellenőrzi.

(4) Amennyiben a (3) bekezdés szerinti személyek az ellenőrző vizsgálatok elvégzése során bármilyen rendellenességet észlelnek, akkor az anya, illetve az újszülött háttérkórházba vagy a 8. § (3) bekezdése szerinti fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő szállítását javasolják.

(5) Amennyiben a (3) bekezdés szerinti személyek megállapítása szerint az ellenőrző vizsgálatok elvégzése során észlelt rendellenesség az anya, illetve az újszülött életét, egészségét veszélyeztetheti, vagy maradandó fogyatékoságot okozhat, akkor az anya, illetve az újszülött háttérkórházba vagy a 8. § (3) bekezdése szerinti fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő szállításáról haladéktalanul gondoskodnak.

(6) Rh-negatív vércsoportú anya esetében a felelős személy gondoskodik a köldökzsinór- és az anyai vér levételéről, és annak megfelelő laboratóriumba történő szállításáról. A laboratóriumi eredmény birtokában az anti-D ellenanyag beszerzéséről és beadásáról a felelős személy gondoskodik haladéktalanul, de legfeljebb a méhlepény távozását követő 72 órán belül, továbbá ezt a tényét az anya gondozási könyvében is dokumentálja.

**10. §** (1) A BCG-védőoltás beadásáról a jogszabályban meghatározott időtartamon belül a házi gyermekorvos gondoskodik.

(2) A gyermekgyógyász végzi el – a (3) bekezdés szerinti kivétellel – a 0–4 napos életkorban jogszabály szerint kötelező szűrővizsgálatokat.

(3) A veleszületett anyagcsere-betegségek szűrővizsgálatainak elvégzéséről, a levett vérminta megfelelő laboratóriumba szállíttatásáról és az eredmények értékelése kapcsán történő intézkedések megtételéről az egészségügyi szolgáltató gondoskodik.

(4) A védőnő a gyermekágyas nőt és az újszülöttet a 9. § (1) bekezdése szerinti értesítést vagy – a gyermekágyas nő akadályoztatása esetén – a hazaérkezést követő 2 munkanapon belül meglátogatja.

(5) A védőnő az ellátás egészségügyi dokumentációja alapján meggyőződik arról, hogy a gyermekágyas nő a 9. § (6) bekezdése szerinti anti-D ellenanyagot megkapta, a 9. § (2) és (3) bekezdése szerinti orvosi vizsgálatok, valamint a (2) és (3) bekezdés szerinti szűrővizsgálatok megtörténtek, és az erről szóló megállapításokat a védőnői dokumentációban rögzíti. A védőnő az ellátások elmaradása esetén a területi védőnői ellátásról szóló jogszabályban meghatározottak szerint a házi gyermekorvost értesíti.

**11. §** Az újszülött ellátását a születést követő negyedik naptól a házi gyermekorvos veszi át.

**12. §** (1) Az egészségügyi szolgáltató az ellátásról szülési naplót vezet, amely tartalmazza az adott évben a közreműködésével lezajlott szülések sorszámát, időpontját, helyét, a várandós anya személyazonosító adatait, a felelős személy nevét, az ellátás során megállapított diagnózisokat és az elvégzett beavatkozásokat, továbbá az újszülött nevét, nemét, testsúlyát, testhosszát és egészségi állapotát.

5120 MAGYARKÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám

(2) A felelős személy és a gyermekgyógyász vezeti az 5. melléklet szerinti, intézeten kívül született újszülöttről szóló vizsgálati lapot, amely részletesen tartalmazza az újszülöttel kapcsolatos egészségügyi eseményeket, beleértve a 9. § (2) bekezdése szerinti vizsgálatot is.

(3) A szülést követő 72 óra elteltével a felelős személy és a gyermekgyógyász négy példányban elkészíti a (2) bekezdésben meghatározott, az intézeten kívül született újszülöttről szóló vizsgálati lapot, továbbá a 6. melléklet szerinti, az intézeten kívüli szülésről szóló összefoglalót.

(4) A felelős személy a szülészeti eseményt követő 48 órán belül két példányban kiállítja az újszülött anyakönyvezéséhez szükséges, a 7. mellékletben meghatározott, az intézeten kívüli születés tényéről szóló igazolást, és átadja azt az anya részére. A felelős személy az intézeten kívül született újszülöttről szóló vizsgálati lap és az intézeten kívüli szülésről szóló összefoglaló egy példányát átadja a házi gyermekorvosnak.

(5) A 4. melléklet szerinti adatlap egy példánya, a szülési naplónak az adott szülésre vonatkozó adatai, az intézeten kívül született újszülöttről szóló vizsgálati lap egy példánya és az intézeten kívüli szülésről szóló összefoglaló egy példánya az egészségügyi dokumentáció részét képezi. Az egészségügyi dokumentációt az egészségügyi szolgáltató őrzi meg azzal, hogy az intézeten kívüli szülésről szóló összefoglaló egy példányát átadja az anya részére.

(6) Az egészségügyi szolgáltató gondoskodik a statisztikáról szóló törvény végrehajtásáról rendelkező jogszabályban meghatározott élveszületési lap kitöltéséről és az anyakönyvvezetőnek történő megküldéséről, valamint az ellátással kapcsolatos adatszolgáltatási és jelentési kötelezettség teljesítéséről.

(7) A 2. § (2) bekezdés b) pont ba) és bb) alpontja szerinti feltételekről a következő tartalommal kell igazolást kiállítani:

- a) az igazolást kiállító szervezet neve,
- b) az igazolás alapjául szolgáló dokumentum megnevezése, kiállításának dátuma,
- c) a megszerzett gyakorlat időszaka és a szülések száma,
- d) a szakmai gyakorlatot igazoló szervezeti egység vezetőjének aláírása.

**13. §** (1) Az ellátás akkor sem minősül finanszírozott esetnek, ha az anya egyébként az egészségbiztosítás keretében jogosult egészségügyi szolgáltatásra, kivéve az e rendeletben meghatározott gyermekorvosi, védőnői, továbbá a háttérkórház vagy a 8. § (3) bekezdése szerinti szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézet által biztosított egészségügyi szolgáltatást, a mentést és a laboratóriumi vizsgálatokat.

(2) Az ellátás a 2. § (7) bekezdése szerinti megbízási szerződés megkötésétől a 6. melléklet szerinti, az intézeten kívüli szülésről szóló összefoglaló kiadásáig tart.

**14. §** Ez a rendelet 2011. április 1-jén lép hatályba.

**15. §** (1) E rendelet rendelkezéseit a 2011. május 1-je után bekövetkező szülésre kell alkalmazni.

(2) A 2. § (2) bekezdés b) pontja szerinti szülésznő felelős személynek történő választása a 2011. június 1-jét követő szülésnél lehetséges.

**16. §** Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 7. § (2) bekezdés a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép: (A működési engedély kiadására) „a) fekvőbeteg-szakellátást, mentést, betegszállítást, vérellátást, haemodialízist és sejt- és szövetbanki, biobanki, valamint intézeten kívüli szülészeti és újszülött-ellátási tevékenységet nyújtó egészségügyi szolgáltató esetén az Országos Tisztifőorvosi Hivatal,” (jogosult.)

Orbán Viktor s. k.,  
miniszterelnök

MAGYARKÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám 5121

1. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez

#### **Az ellátás igénybevételének egészségügyi feltételei és kizáró okai**

1. Az ellátás csak a következő feltételek együttes fennállása esetén vehető igénybe:

- a) a terhesség szövődménymentes,



b) a várandós nő az 5. § (1) bekezdése szerinti döntés időpontjában betöltötte a 18. életévét,  
 c) első szülés esetében a várandós nő az 5. § (1) bekezdése szerinti döntés időpontjában a 40. életévét nem töltötte be,

d) a terhességi kor a betöltött 37. és 41. hét között van,

e) a magzat koponyavégű fekvésű.

2. Az ellátás igénybevételét kizáró okok

2.1. Szülészeti és általános kórelőzmény:

Olyan anyai, vagy a környezetében előforduló betegségek, melyek veszélyeztetik a várandós nő, illetve a magzat életét, egészségét, különösen:

a) korábbi szülés(ek)nél: vállakadás, negyedfokú gátsérülés,

b) előzetes császármetszés vagy a méhtesten végzett műtét (pl. myomectomia, hysterotomia),

c) a várandós nő lázas állapota,

d) a várandós nő HIV vagy hepatitis B, C fertőzése,

e) drog-dependencia, alkoholizmus, erős dohányzás,

f) placenta praevia minden formája,

g) a várandós nő minden olyan betegsége, ahol konziliárius orvos császármetszést javasolt,

h) a várandós nő terhességgel, szüléssel összefüggő akut vagy krónikus megbetegedése:

ha) diabetes mellitus,

hb) hypertonia,

hc) eclampsia, praeclampsia,

hd) anyai szívbetegség,

he) ritmuszavar,

hf) cardiális decompensáció,

hg) vérzékenység,

i) ultrahang vizsgálattal valószínűsített köldökzsinór- vagy egyéb rendellenesség,

j) a terhesség in vitro fertilizáció eredménye.

2.2. Magzati állapotok, betegségek vagy azok fennállásának gyanúja:

a) intrauterin magzati retardáció,

b) iker- vagy többes terhesség,

c) 4000 g feletti várható születési súly,

d) a magzat méhen belül elhalt,

e) magzati fejlődési rendellenesség, ha a magzat neonatológiai ellátást igényel,

f) magzati oxigénhiányra utaló, kóros NST,

g) Rh-alloimmunizáció esetén vagy más vércsoport összeférhetetlenség esetén, ha hematológus/neonatológus szerint az újszülött károsodása várható,

h) fekvési rendellenesség: medence végű fekvés, haránt- vagy ferdefekvés,

i) idő előtti burokpedés, ha a szülés nem indul el spontán 12 órán belül, vagy a magzatvíz meconiumos,

j) igazolt B típusú streptococcus fertőzés.

5122 MAGYAR KÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám

2. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez

### **Kórházba szállítás indikációi**

1. Szülés megindulásakor

a) Aktív genitális herpesz,

b) bárányhimlő vagy egyéb akut fertőző betegség a várandós nőnél vagy a környezetében,

c) fekvési rendellenességek,

d) preeclampsia,

e) 38 °C feletti láz.

2. Szülés alatt

a) 38 °C feletti láz,

b) kóros magzati szívhangeltérések,

c) a normálistól eltérő magzatvíz a vajúdás korai szakában,

d) a szülés dinamikája nem megfelelő,

e) előesett köldökzsinór,

f) abruptio placentae vagy placenta praevia,

g) erős vérzés,

h) a szülés bármely szakának elhúzódása.

3. Postpartum (az anya esetén)

a) Thrombophlebitis vagy thromboembólia,

b) postpartum eclampsia,

c) uterus inversio,

d) postpartum vérzés (szokásos kezelésre nem szűnő),

e) szülészeti shock előtti állapot,

f) teljesen vagy részben visszamaradt lepény,

g) mély, csak intézeti körülmények között ellátható uro-genitális sérülések.

4. Postpartum (az újszülött esetén)

a) Apgar score (1 perces korban 3 alatt, 5 perces korban 7 alatt, 10 perc után is 7 vagy az alatt),

b) górcsős állapot gyanúja,

- c) légzési vagy keringési rendellenességek (RDS, organikus szívzörej),
- d) jelentős fejlődési rendellenesség (azonnali orvosi beavatkozást igényel),
- e) adaptációs zavar minden formája:
  - ea) súlyos izomhypotónia,
  - eb) nagyfokú sápadtság,
  - ec) tartós lélegeztetést igénylő újszülött,
  - ed) cyanosis,
  - ee) tartós tachypnoe.

M A G Y A R K Ö Z L Ö N Y • 2011. évi 29. szám 5123

### 3. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez

#### Tárgyi és higiénés feltételek

##### 1. Eszközök:

1. a magzati szív működés regisztrálására alkalmas, Doppler elven működő szívhang regisztráló,
2. stetoszkóp, újszülött stetoszkóp,
3. vérnyomásmérő, felnőtt és újszülött mandzsettával,
4. hordozható szívó berendezés,
5. steril episiotomiás olló, köldökellátáshoz olló,
6. steril szuturás tálca (csipesz, olló, kocher, tűfogó),
7. öntelődő lélegeztető ballon újszülött vagy gyermek, valamint felnőtt méretben reservoirral,
8. maszkok a ballonhoz újszülött, csecsemő és felnőtt méreteken,
9. legalább 2 l űrtartalmú oxigénpalack reduktorral,
10. steril laryngoscop újszülött, csecsemő és felnőtt méretű lapocokkal,
11. egyszerhasználatos tracheatubusok,
12. egyszerhasználatos vénás kanülök csecsemő és felnőtt méreteken,
13. infúziós szerelék,
14. steril fecskendők, tűk (több méretben),
15. nem steril kesztyűk,
16. steril kesztyűk,
17. steril szívókatéterek újszülött méretben az újszülött ellátásához, újszülött méretű gyomorszonda,
18. köldökcsat,
19. izolációs takaró,
20. fertőtlenítő oldat,
21. steril gézlapok,
22. fonalak szuturához,
23. hólyag katéter,
24. kémcsövek vérvételhez, többféle (pl. alvadásgátlóval), szállító doboz,
25. veszélyes hulladék tárolására alkalmas gyűjtő,
26. kéz és egyéb testfelületek, valamint berendezés fertőtlenítésére alkalmas szer,
27. tiszta, száraz törülők, törölközők,
28. hitelesített glucometer stixekkel,
29. hőmérő,
30. újszülöttmérleg,
31. újszülött-hosszmérő,
32. mérőszalag.

##### 2. Gyógyszerek:

1. oxytotikus hatású szerek (Oxytocin, ergot alkaloida),
2. helyi érzéstelenítők (Lidocain, Bupivacain),
3. epinephrin (adrenalin) – legalább 5 amp.,
4. infúziós oldatok: min. 2000 ml krisztalloid, 1000 ml kolloid,
5. 0,9%-os NaCl ampulla 5 db,
6. terbutalin aerosol,
7. 4,2%-os NaHCO<sub>3</sub>,
8. K-vitamin.

##### 3. Higiénés feltételek:

1. a vajúadás, illetve a szülés idejére a szülő nő és az újszülött számára elkülönített, szükség szerint fűthető helyiség,
2. vízőblítéses WC,
3. kád vagy zuhanyfülke és kézmosó, folyó hideg-meleg vízzel,
4. az újszülött számára tiszta, száraz, cserélhető lepedő,
5. az újszülött ellátásához szükséges fertőtlenített asztal/pelenkázó,
6. szülésre alkalmas tiszta ágy.

5124 M A G Y A R K Ö Z L Ö N Y • 2011. évi 29. szám

### 4. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez

#### Adatlap

##### a tervezett, intézeten kívüli szülés választásához

##### I. Személyes és egyéb adatok

1. Várandós nő

- a) neve:  
 b) Társadalombiztosítási Azonosító Jele:  
 c) lakcíme, telefonszáma:  
 d) születe választott helyszínének címe:  
 e) szülésének várható ideje:  
 f) értesítendő hozzátartozójának neve, telefonszáma:  
 2. Egészségügyi szolgáltató  
 a) neve:  
 b) székhelye (telephelye):  
 c) működési engedélyének száma:  
 d) egyéb elérhetősége (telefonszám, faxszám, email-cím stb.):  
 3. Felelős személy  
 a) neve, telefonszáma:  
 b) működési nyilvántartásának száma:  
 4. Helyettes felelős személy (a felelős személy akadályoztatása esetén)  
 a) neve, telefonszáma:  
 b) működési nyilvántartásának száma:  
 5. A területileg illetékes házi gyermekorvos (házi orvos) vagy a választott házi gyermekorvos (házi orvos) neve, telefonszáma:  
 6. Védőnő neve, telefonszáma:  
 7. Gyermekgyógyász  
 a) neve:  
 b) telefonszáma:  
 c) működési nyilvántartásának száma:  
 8. Háttérkórház neve, címe, szülőszoba telefonszáma:

#### II. Egészségügyi szolgáltató nyilatkozata(i)

1. A jogszabályban előírt tárgyi és személyi feltételeket a szülés idejére biztosítom.  
 III. Felelős személy nyilatkozatai

1. A szülés választott helyszínén a jogszabályban előírt higiénés feltételek fennállásáról meggyőződtem, azok meglétét igazolom.  
 2. A várandós nő számára az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény előírása és az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti tájékoztatást megadtam.

#### IV. A várandós nő nyilatkozatai

1. A(z) [egészségügyi szolgáltató neve] által nyújtott, intézeten kívüli szülészeti ellátást kívánok igénybe venni.  
 2. Az intézeten kívüli szülészeti ellátás igénybevételeinek feltételeivel tisztában vagyok, az arról szóló tájékoztatást megkaptam.

M A G Y A R K Ö Z L Ö N Y • 2011. évi 29. szám 5125

3. A felelős személy, illetve a gyermekgyógyász döntését a háttérkórházba vagy a szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő szükség szerinti szállításomról tudomásul veszem.

Kelt:

.....  
 Egészségügyi szolgáltató (képviselőjének) aláírása

.....  
 Várandós nő aláírása

.....  
 Felelős személy aláírása

P. H.\*

.....  
 Helyettes felelős személy aláírása

P. H.\*\*

Az adatlapot négy példányban kell kitölteni!

\* Csak orvos felelős személy esetén kell lepecsételni.

\*\* Csak orvos helyettes felelős személy esetén kell lepecsételni.

5126 M A G Y A R K Ö Z L Ö N Y • 2011. évi 29. szám

5. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez

**Vizsgálati lap intézeten kívül született újszülöttről**

**(kitöltendő 2 példányban)**

Szolgáltató neve:

Címe:

Felelős személy neve:

Újszülött adatai

Családi

név:

utónév:

.....  
 Nem:

.....

Születés helye (pontos cím):  
 Születés időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

Anyja adatai  
 Név: ..... Születési név:  
 Születési hely, idő: ..... Anyja neve:  
 Lakóhely/tartózkodási hely:

Apa adatai  
 Név: ..... Születési név:  
 Születési hely, idő: ..... Anyja neve:  
 Lakóhely/tartózkodási hely:

I. Születési status vizsgálat  
 Születési súly: g  
 Születési hossz: cm  
 Fejkörfogat: cm  
 Apgar érték: 1 perces korban ... 5 perces korban ... 10 perces korban ...  
 A szülés körülményei:  
 A légzés megindulása (a megfelelő rész aláhúzendó):  
 azonnal felsírt – később (.... perces korban) sírt fel spontán  
 éleszteni kellett (ennek módja: .....)

Köldökellátás módja: Szemellátás módja:  
 K vitamin profilaxis:  
 Egyéb egészségi állapotot befolyásoló, szülés közbeni vagy megszületés utáni történés:  
 .....

A szülést követő 3 órán belül a csecsemő általános állapota:  
 .....

Felelős személy vagy gyermekgyógyász aláírása  
 P. H.  
 M A G Y A R K Ö Z L Ö N Y • 2011. évi 29. szám 5127

II. 24 órán belüli gyermekgyógyászati status vizsgálat  
 Vizsgálatot végző gyermekgyógyász neve:  
 A vizsgálat ideje: év hó nap óra perc  
 Csecsemő súlya: g  
 általános állapot: tónus – turgor:  
 bőr: koponya, kutacsok:  
 szájüreg:  
 szem: fül: orr:  
 tüdők fizikális lelete: légzésszám: /min  
 szív fizikális lelete: pulzusszám: /min  
 a) femoralis  
 has: köldök:  
 genitáliák:  
 mozgásszervek:  
 idegrendszer:  
 testnyílások átjárhatósága: orr: nyelöcső: anusnyílás:  
 Vizeletürítés:  
 Meconiumürítés:  
 Táplálás:  
 Születési sérülés:  
 Észlelhető, látható fejlődési rendellenesség (minor, major):  
 K vitamin profilaxis:  
 Anyai vércsoport, Rh:  
 Anti-D ellenanyag vizsgálatra vérminta elküldve:

Diagnózis/ok:  
Elvégzett beavatkozás:  
Terápiás javaslatok:  
Egyéb megállapítás:

.....  
Gyermekgyógyász aláírása

P. H.

III. 48 órán belüli gyermekgyógyászati status vizsgálat megállapításai

Vizsgálatot végző gyermekgyógyász neve:

A vizsgálat ideje: év hó nap óra perc

.....  
Gyermekgyógyász aláírása

P. H.

IV. 72 órán belüli gyermekgyógyászati status vizsgálat megállapításai

Vizsgálatot végző gyermekgyógyász neve:

A vizsgálat ideje: év hó nap óra perc

5128 MAGYARKÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám

V. Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok 0–4 napos életkorban

a) Teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére

b) Testtömeg, testhossz, fejkörfogat mérése és a hazai standardok szerinti értékelése

c) Ideggyógyászati vizsgálat

d) Csipőficam szűrése

e) Érzékszervek működésének vizsgálata (hallás, látás)

BCG oltás beadása megtörtént: év hó nap óra perc

Oltóanyag száma:

.....  
Gyermekgyógyász aláírása

P. H.

A dokumentum lezárva:

Dátum: év hó nap

.....  
Felelős személy aláírása Gyermekgyógyász aláírása

P. H. P. H.

MAGYARKÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám 5129

**6. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez**

**Összefoglaló adatlap intézeten kívüli szülésről**

Szolgáltató neve:

Címe:

Felelős személy neve:

Nyilvántartási száma: Orvosi pecsét száma:

Szülési napló sorszáma:

Anya adatai:

Név: .....

Születési

név:.....

Születési hely, idő: .....

Anyja

neve:

Lakóhely/tartózkodási

hely:

Társadalombiztosítási

Azonosító

Jel:

.....  
A szülés helye (pontos

cím):

.....  
A szülés időpontja (év, hó, nap, óra,

perc):

.....  
Az intézeten kívüli szülészeti ellátás kezdete (év, hó, nap, óra, perc):

I. Szülészeti anamnézis:

II. A szülészeti ellátás során megállapított diagnózisok:

III. Elvégzett beavatkozások:

IV. A szülés lefolyásának összefoglalása:

V. Az újszülött adatai

életviszonya (élő, halott):

neve:

neme:

testsúlya: testhossza: fejkörfogata:

Apgar: 1' 5' 10'

VI. Anyai vércsoport, Rh:

Anti-D ellenanyag vizsgálatra vérminta elküldésének időpontja:  
 Anti-D ellenanyag beadásának időpontja:  
 VII. Az anya egészségi állapota a szülést követő 72 óra elteltével:  
 Általános egészségi állapot jellemzők:  
 Uterus állapota:  
 Vértetés jellemzői:  
 Laktációs folyamat jellemzői:  
 Pszichés állapot jellemzői:  
 VIII. További ápolási, ellátási javaslat, alkalmazandó módszerek:  
 Egyéb megállapítás:

.....  
 Felelős személy aláírása Gyermekgyógyász aláírása  
 P. H. P. H.

5130 MAGYAR KÖZLÖNY • 2011. évi 29. szám  
 7. melléklet a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelethez  
**Igazolás intézetén kívüli születésről**

..... felelős személy igazolom, hogy  
 ..... -nek  
 (szülő nő neve, születési neve), aki lakik:  
 .....  
 .....év .....hó .....nap .....óra .....perckor, ..... (a  
 születés helyszíne)  
 ..... (családi és utónév) nevű, élő/halott\*, leány/fiú\*  
 gyermeke született.

Kelt: .....év ..... hó ..... nap

.....  
 aláírás

P. H.

Működési nyilvántartási szám\*\*:

Orvosi pecsétszám\*\*:

Szolgáltató Működési Engedély száma:

\* A megfelelő rész aláhúzendő.

\*\* Csak orvos felelős személy esetén töltendő ki.