

Szülészeti erőszak és kommunikációs bázisa

Előadásom témája a szülészeti erőszak, és annak vizsgálata, hogy milyen kommunikációs helyzetek és stratégiák teszik lehetővé, és miért olyan nehéz észrevenni, pontosabban mi az oka annak, hogy a szereplők nem minden esetben realizálják az erőszak megtörténtét.

A szülészeti erőszak a nők elleni strukturális erőszaknak egy – régóta létező, de – a szakmai tudományos diskurzusban csak az utóbbi időben megjelent formája. Viszonylag új fogalom bevezetésénél érdemes időt szánni a definícióra.

Mi a szülészeti erőszak?

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

A strukturális erőszak jellemzője, hogy az adott intézményrendszerben hatalmi helyzetben lévők követik el. Jelenléte teljesen megszokott, már-már természetesnek tekintjük, mint a levegővételt. Aztán egyszer csak felfigyelünk rá. Egy ideig nem értjük, miért van az, hogy nők tömegei traumatizálódnak a szülésük során, produkálják ezt követően a PTSD, vagyis a poszttraumás stressz-szindróma tüneteit.

(A PTSD-t olyan trauma átélése váltja ki, melyben az egyén életét, és saját, vagy más testi integritását veszélyben érzi, illetve olyan élmény, amit a napi rutinműködésekben nem tud feldolgozni.)

Több nemzetközi szervezet és tudományos fórum (HRIC (Human Right sin childbirth), COST (Európai Műszaki és Tudományos Kutatási Együttműködés)) vizsgálja a szülészeti erőszak előfordulási formáit, gyakoriságát és hatásait. A szülészeten, szülés közben elszenvedett erőszak hatásai, későbbi tünetei azonosak a nemi erőszakéval, elsősorban PTSD, emellett nagyon megnehezítik az anya–gyerek kötődést, hatalmas terhet rakva a nőkre és a családokra, jelentősen csökkentik a további gyerekvállalási kedvet, megnehezítik a szülők adaptálódását az új szerephez. Ezek a következmények jelentősen rombolják a társadalom mentális egészségét

Másállapotot a szülészetben! mozgalom

A hazai szakirodalomban még alig tárgyalt jelenség az utóbbi hónapokban nagy erővel jelent meg szerveződő nőmozgalomban. A szülés körüli jogokért fellépő magyar nők március 20-án az ország négy városában tartottak figyelemfelhívó felvonulást és más rendezvényeket *Másállapotot a szülészetben!* címmel, párbeszédet kezdeményezve a szakmával és a szabályozásért felelős minisztériummal.

A rendezvények előtti időszakban Facebook-üzenetkampányt kezdtek, „Te mit üzenél, kinek üzenél?” volt a kérdése, és a mottó: Minden szülés, minden születés számít, mindenki története fontos. A felhívásra napok alatt több mint 300 személyes üzenet érkezett fotóval, és száznál több szüléstörténet. A budapesti felvonuláson 600 ember vett részt, azóta is áradnak a történetek. Ennek az oldalnak a képeit fogom használni az előadás illusztrálására.

A szülés természete

Fontosnak tartom, hogy beszéljek kicsit a szülés természetéről, azokról az eljárásokról és beavatkozásokról, melyek kapcsán a leggyakrabban valósul meg erőszak.

A szülés egy hormonvezérelt folyamat, melyben a legfontosabb szerepet a női szervezet által termelt oxitocin játssza. E hormon hatására kezdődnek meg a méhösszehúzódások, nyílik meg a méhszáj, hogy aztán a baba megszülethessen. Az oxitocin hormon felelős ezen kívül a kötődésért – szexuális együttlét közben is termelődik –, a gondoskodó szülői viselkedésért is.

Ez, a szülés folyamatában nélkülözhetetlen hormon az adrenalinszinttel ellentétesen változik, tehát ha az adrenalin emelkedik, az oxitocin szintje lecsökken. Ez magyarázza azt a jelenséget is, hogy az otthon megindult vajúdás tempója és intenzitása lelassul a kórházba érkezéskor, hiszen ott külső ingerekre kell figyelni, a biztonságérzet csökken. Ez a lassulás csak átmeneti, ha a szülőszobán sikerült megnyugtató légkört kialakítani. Az adrenalin hatása ugyanakkor le is állíthatja a szülést, ha a szülő nőt folyamatosan vagy rendszeresen kizökkentő ingerek érik. A szülő nő biztonságérzete tehát kulcsfontosságú a szülés lefolyása szempontjából.

Az oxitocin komplex módon segíti és viszi előre a szülést, a méhösszehúzódásokkal összhangban az agyban is változásokat hoz létre, módosult tudatállapotot, mely segíti a befelé figyelést és a megküzdést. A szülészeteken a fájások erősítésére vagy beindítására alkalmazott szintetikus oxitocin csak a perfiérián működik, mivel az agy-vér gáton nem jut át, az agyban nem tudja kifejteni hatását, elmarad a módosult tudatállapot, amely segíti a fájdalom elviselését, és nem fejt ki kötődést erősítő hatását sem.

Miért avatkoznak be a szülés folyamatába?

A szülészeti beavatkozások fő célja a szülés felgyorsítása, kontrollálása (másodsorban, később, lehet a gyorsítás érdekében végzett beavatkozások mellékhatásainak az elhárítása). A gyors és bejósolható ideig tartó folyamat egy intézményi működésből fakadó igény, mely teljesen ellentétes a szülés spontán, egyénileg nagyon változó, de gyakran lassú, nem mellesleg intenzív érzelmi folyamatával.

A rutinszerűen alkalmazott beavatkozások között szerepel az oxitocinnal gyorsítás, a magzatburok megrepesztése, a gátmetszés, a méhszáj kézzel tágítása. Fontos tudni, hogy a WHO érvényes ajánlása a normális szülésről mindezeket a beavatkozásokat abba a csoportba sorolja, melyek rutinszerű alkalmazása káros vagy hatástalan.

Ez a WHO ajánlás 1985-ös.

Ugyanide sorolhatók az orvosi indok nélkül végzett, vagy az erőszakos szülésindítások, beavatkozások következményeként szükségessé vált császármetszések, melyek aránya meredeken nő, ma már minden harmadik gyermek születik a mind az anya, mind az újszülött számára kockázatos császármetszéssel (de ez egy külön sztori).

A szülést követő, orvosi indok nélküli szeparáció is ide tartozik, ahol már nem csak az anya, de az újszülött jogai és érdekei is sérülnek, és nem érvényesül a korai kötődés bizonyítottan pozitív hatása, a nőket és újszülöttjüket tehát megfosztják egy fontos lehetőségtől, melynek akár középtávú egészségi hatásai is lehetnek. Az összehangolódás zavartalansága/megzavartsága hatással van a szoptatás hosszára, és az anya stresszkezelő képességére, gondoskodó attitűdjére az első hónapokban.

Milyen kommunikációs stratégiákat alkalmaznak a szülészeteken dolgozó szakemberek az elkövetett erőszak legitimálására? És hogyan járul hozzá ezek sikeréhez a várandósokat körülvevő szűkebb-tágabb közösség, illetve milyen szerepet játszanak az egészséggel kapcsolatos attitűdök?

A szülő nő mint beteg

A szülés nemcsak egy élettani (azaz nem kóros) folyamat, hanem fontos életeseemény. Bár a szülő nők 80%-a teljesen egészséges, olyannyira, hogy éppen életet készül adni, az intézményi területre lépés, az ottani hierarchia és rituálék betegnek nevezik el, betegként bánnak vele. Kórlapja van, betegekhez hasonlóan vizsgálatokra küldik, a belépéssel kódolva van az is, hogy őt majd meg fogják gyógyítani, vagyis aktívan bele fognak avatkozni a benne zajló folyamatokba, testnyílásaiba bármely kórházi dolgozó kérés, előre jelzés, bemutatkozás nélkül bármikor belenyúlhat. A szülő nő egy folyamat tárgyává válik, annak nem aktív részese. A szakemberek megállapítanak, döntenek, gyakran még a tájékoztatás is elmarad.

A hős orvos

Az egészségügyi gépezet központi figurája az életmentő hős orvos, aki a szülészetben is megjelenik, itt azonnal két élet megmentésére is lehetőség kínálkozik, a szerep tehát különösen hálás – nem mellékesen különösen hálapénzes is. Nők tömegei élnek meg traumaként a szülést, és hordozzák évtizedeken át annak következményeit, csak a trauma kiváltóját sokszor nehéz beazonosítani, mert ahhoz az életmentő hős orvost le kell taszítani a szerepéből. És egészen paradox, önbüntető módon nők és családok erőn felül finanszírozzák a traumájukat, fizetnek jelentős hálapénzt az orvosnak, aki visszaélt a bizalmukkal, és nem tisztelte a testüket.

Érdekes vizsgálati téma volna, egyre erősebb a gyanúm, hogy a választott orvos igazából rizikófaktor...

Szakértelem vs saját test feletti kompetencia

A szakértelem mindenhatósága – általános attitűd, miszerint az orvos dönt, mert neki van szakértelme. Ennek alternatívája lehet egy felelősebb, partneri hozzáállás, ahol az orvostól kapott (nem manipulatív) információk birtokában a páciens választ a kínáló lehetségek közül, mérlegelve azok várható előnyeit és kockázatait.

Erőszakélmény, test feletti kontroll elvesztése

A nemi erőszakhoz, és más, PTSD-t kiváltó eseményekhez a hasonlóan a szülészeti erőszak túlélői is elsősorban a testük feletti kontroll elvesztéséről számolnak be, és gyakran magukban keresik a hibát. A szülés során elszenvedett trauma súlyossága a végzett vizsgálatok alapján nem mutat együttjárást a megélt helyzet orvosi veszélyességével, sokkal inkább függ a bánásmódtól, a tájékoztatástól. A nőket tehát nem a valódi vészhelyzetekben éri elsősorban trauma, hanem azokban a helyzetekben, ahol elvesztették a testük fölötti kontrollt, nem voltak többé urai a helyzetnek, a testük munkadarabbá változott egy asztalon.

Fontos tudatában lenni annak, hogy egy, a szakember szempontjából teljesen hétköznapi, nem különösebben drámai vagy nehéz szülés is lehet traumatikus élmény az anya számára, még abban az esetben is, ha a szakember saját mércéje és meggyőződése szerint a tőle telhető legjobbat nyújtotta.

A szülészeteken használt nyelv is tükrözi a működést, ahol a szülő nő a folyamat tárgya. Az orvos, a szülésznő az aktív, a cselekvő, az elhangzó mondatok alanya, a szülő nő passzív, ő a mondat tárgya, ő az, akivel valamit csinálnak.

A szülés kórházi folyamatában sokszor az orvos indítja a szülést, ő vezeti le, megállapítja, hogy a folyamat kielégítő tempóban halad-e sőt, egészen az abszurdig elmenően a – 90%-ban férfi! – orvos szül. „Ma hármát szültem.”

A félelemben, bizonytalanságban tartás stratégiái.

Elvárás, hogy bizonyos vizsgálatokból, jelenségekből a várandós felkészüljön, tisztában legyen azzal, mi vár rá az ellátórendszerben, vagy majd a kórházban, mely vizsgálatokat kell elvégeztetnie, és mikor mit kell magával hoznia, vagy melyik kérdésével kihez fordulhat. Ezek az információk nem állnak rendelkezésre, szóbeszéd útján szerezhetők be nőgyógyászati várókban, vagy barátnőkkel, nemrég szült szomszédal folytatott beszélgetésekben – és gyakran intézményenként változnak. Internetes fórumok százain próbálnak a nők hozzájutni ezekhez az információkhoz (persze csak azok, akik használnak internetet, stb.) A tájékozatlanságot azonnal kemény retorziókkal büntetik, ilyenkor következik a lenéző, kioktató hangnem. A várandós nő rögtön elveszettnek érzi magát a rendszerben, amitől komfortérzete és kompetenciaérzete csökken, elbizonytalanodik. (Talán sokaknak ismerős az érzés, mikor egy orvosi rendelőbe megérkezve az is kérdés, hogy kell egyáltalán jelezni az ittlétünket.)

Azzal, hogy a szülés az orvostudomány egyik területévé vált, megjelent a férfidominancia, a mindig a kórosat kereső attitűd, és az a szaknyelv, melynek révén elkerülhető, hogy a szülő nő értse, miről beszélnek az őt gondozó szakemberek. Latin kifejezéseket és bevett rövidítéseket használva kódolják mondanivalójukat, kifejezetten annak érdekében, hogy azt az anya ne értse, ezzel is csökkentve az esélyét annak, hogy bele akarjon szólni a saját testét érintő esetleges döntésekbe.

Az együttműködő várandós és szülő nő

Szülészeti szakemberek számtalan történetet tudnak mesélni a nem együttműködő páciensekről. Majdnem annyit, amennyit a nők a szülésük, szüléseik közben átélt megaláztatásokról, traumákról. Azt, hogy valaki együttműködő vagy sem, pofonegyszerű eldönteni. Aki azt csinálja, amit az orvos mond, nem tesz fel akadékoskodó kérdéseket, aláveti magát az orvosok döntéseinek, az együttműködő.

Aki kérdez, információt szeretne kapni a javasolt beavatkozásról vagy lehetséges alternatívákról, az nem nagyon együttműködő. Aki maga szeretne döntéseket hozni, esetleg még az orvosi javaslatot is visszautasítja, az nem együttműködő.

(Az együttműködés márpedig kulcsszó, az egészségügyihez hasonló totális rendszerekben ezzel az attitűddel lehet kiérdemelni azt a bánásmódot, ami legalább a nyílt erőszakot mellőzi, és valamivel elfogadhatóbb hangnemben hajtja végre – egyébként nagyrészt ugyanazt – a programot.)

A nem kooperatív minősített magatartás pedig nyílt retorziókat von maga után. Elég egy visszautasított orvosi javaslat, és a körzeten kívüli kismama (aki feketén, egy választott orvos révén került az adott kórházba) már mehet is, amerre lát, szabad kórházválasztás csak addig van, míg a többi betegjoggal (pl. kezelés visszautasításának joga) nem kíván élni. Az orvos, mintha csak rendfenntartó szervezet tagja volna, mindenre és bármire felhatalmazva érzi magát egy nem együttműködőnek minősített pácienssel szemben.

Legritkább esetben merül fel (szinte soha), hogy a segítőknek, a szakszemélyzetnek volna feladata együttműködni a hozzájuk forduló szülő nővel, aki épp élete egyik legnagyobb teljesítményét nyújtja, amiben támogatásra van szüksége. Meglepő megfigyelésem, hogy a szülésznők általában véve nem tekintik magukat segítő foglalkozásúnak. A szülészeten dolgozó szakemberek nem veszik figyelembe a szüléssel járó módosult tudatállapotot, elvárják a konform, együttműködő viselkedést, a kimért hangnemet, gyors válaszokat. A kórházi fájdalomcsillapítási láz célja is az, hogy ezt az állapotot mihamarabb megszüntesse, jól kezelhető pácienssé alakítsa a vajúdnőt.

Az egészségügyi rendszer esetleg olyankor vesz tudomást erről a módosult tudatállapotról, amikor arra használja, hogy a szülő (vagy frissen szült) nőt ne kelljen beszámíthatónak tekintenie, ezzel felmentve magát a tájékoztatás, a döntésbe bevonás, a beleegyezés kérésének kötelessége alól.

A szülő nő mint születendő gyermeke ellensége.

Személyes kedvencem ez a téma, mivel az erőszakos beavatkozások legnagyobb részét erre a narratívára – és a kapcsolt félelemkeltésre – alapozva hajtják végre. Másfelől pedig manipulálják az anyákat, hogy igyekezzenek elkerülni ezt a szerepet.

Számos szerző (és még több anya) leírja, hogyan változik át az egyébként is tárgyiasított női test a várandóssággal szinte korlátozatlan módon közkinccsé. A várandós nő szinte megszűnik létezni mint testének birtokosa. Közeli és távoli ismerősök, sőt teljesen ismeretlen emberek érzik magukat feljogosítva arra, hogy a közösség kontrollját személyesen gyakorolják a nő felett, aki épp a közösség egy új tagját hordja a testében, és mint ilyen, folyamatosan megmérettetik, méltó-e, alkalmas-e a rá váró szerep megfelelő betöltésére. Itt nincs helye az önrendelkezésnek. Mindezen beavatkozások az intimszférába a jóindulat, segítőkészség felhőjébe vannak csomagolva, ezzel is nehezítve, hogy a várandós kifejezze ellenérzését.

Az önző várandós és szülő nő.

Az anyaság önzetlen, önfeláldozó eszményképével szemben az egyik legerősebb megbélyegzés az önző anyáé. Az önző anya csak a saját érdekeit tartja szem előtt, gyerekével (aki egyébiránt a várandósság alatt saját testének része, már csak ezért is döcög a kettejüket szembeállító narratíva) mit sem törődik. Az önző anya a szülészeti gyakorlatban az, aki bármi mást akar, mint amit az orvosi ellátás rendszere számára előírányzott. Önző, ha otthon akar szülni, és önző, ha programozott császármetszéssel, önző, ha a kizárólagos szoptatás híveként nem ad egy picit tápszert sem, és önző, ha nem akar szoptatni. Egy anyának ne legyenek igényei, elvárásai. Elég, ha egy dolgot tart szem előtt: azt, ami az ellátó orvosok szerint a gyermeke érdeke. Ami igen gyakran nem a gyermek, hanem az ellátó orvos érdeke.

Sokunk fejében él úgy a szülészeti ellátás, mint 24 órás szolgálat, hiszen a kisbabák nem nézik sem a naptárat, sem az órát. Ez az egyik sajátossága, mellyel a más szakmáknál jelentősen nagyobb összegű hálapénzeket is indokolni szokták. Gyakorló hallgatóként (és ez megerősíti, amit korábban dúlaként láttam) mégis azt tapasztalom, hogy a hétvégék, különösen az ünnepi hosszú hétvégék eseménytelenek, alig-alig esik be egy szülő nő. Annál pörgősebbek viszont az ezeket a hétvégeket megelőző napok. Gyakori szülésindítás, sok császármetszés

Még miért fontos?

A perinatális pszichológia kutatási eredményei bizonyítják, hogy a születés módja hosszú távon hat a testi-lelki egészségre, a traumatikus szülés rizikófaktora a szülés utáni depresszióknak, a szülésélmény jelentősen befolyásolhatja a családdá alakulás folyamatát, a szülői szerephez adaptálódást. A nők részéről megvan az akarat és az igény a változtatásra.