

## Szülésznők tapasztalatai a szülés során létrejövő segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis

SZÉKELY ZSÓFIA<sup>1\*</sup> – CSABAI MÁRTA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Károli Gáspár Református Egyetem, Tanárképző Központ, Budapest

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Szeged

(Beérkezett: 2017. november 8.; elfogadva: 2018. március 19.)

*Elméleti háttér:* A vajúdat/szülést vizsgáló tudományos kutatások többsége biomedikális szemléletben fog, eredményeik ezt a paradigmát tükrözik vissza. Az utóbbi időben nyerne teret holisztikus kérdésfeltevéssel és módszerekkel dolgozó kutatások, amelyekhez kvalitatív vizsgálatunkkal csatlakozunk. A kórházban történő vajúdat/szülés többnyire medikalizált, elgépiesedett környezetben, elszemélytelenedett ellátás keretein belül zajlik. Ez a folyamat az orvosi technológia fejlődésének mellékterméke, amely egyaránt negatívan érinti a szülő nőt és terheket ró a szakemberre is. A szülés körüli segítő szára jelentős kihívásokat jelenthet a humanizált, személyre szabott ellátás megvalósítása, amelyet gyakran tovább súlyosbít a női szakemberek nehezített hatalmi-függőségi pozíciója. *Cél:* A szülés körüli segítő női szakemberek kapcsolati élményeinek idiografikus feltárása. *Hogyan használhatóak magyarázó elvként a gyógyító kapcsolatról alkotott pszichodinamikus elméletek a szülés körüli segítséssel kapcsolatban? Hogyan jelennek meg nemre specifikus szempontok a vajúdat / szülés körüli segítség tematikájában? *Módszer:* Kvalitatív kutatás interpretatív fenomenológiai analízissel (IPA). A vizsgálati helyzet felépítése: félig strukturált mélyinterjú, tematikus képekkel kiegészítve. Az interjúalanyoktól egy szabadon választott szüléstörténetet kértünk, és további kérdéseket is feltettünk a munkájukkal kapcsolatban. A válaszokat IPA módszerrel elemeztük. *Vizsgálatban résztvevők:* 5 kórházi szülésznő, 5 baba, 4 dűla (14 fő). Jelen tanulmányunkban 4 kórházi szülésznővel készült interjút elemzünk. *Eredmények:* A szövegek elemzése során meghatározott *témák:* interjúalanyaink megfogalmazták, hogy a vajúdat/szülés melletti segítő munkában elengedhetetlen a személyes és szakmai önismeret; gyakran tanulnak a vajúdat nőktől; munkájuk anyai gondoskodással, érzelmi és fizikai támasz nyújtásával jár együtt; gyakoriak a konfliktusok a más szemléletű kollégákkal. A témákat *fő témák* szerint csoportosítottuk: a szakmai identitás fejlődése és a vajúdatval való kapcsolat megélése az élmények lényegi meghatározója. *Következtetések:* A szakmai identitás és a vajúdatval való kapcsolat kölcsönösen determinált, egyfajta „közös út”, amelyen a segítő kapcsolatban résztvevők együtt haladnak. Eredményeink alapján feltételezhető, hogy a medikalizált, intézményesített körülmények megnehezítik a személyre szabott, érzelmi támogatást tartalmazó, magas szakmai színvonalú segítségnyújtást. Interjúalanyaink egyéni megoldásokat keresnek a polarizált helyzetből adódó konfliktusaikra. Ezek helyett szakmailag meg-alapozott iránymutatásra és támogatásra lenne szükség.*

\* Levelező szerző: Székely Zsófia, Károli Gáspár Református Egyetem, Tanárképző Központ, 1147 Budapest, Dózsa György út 25. E-mail: zsofko@gmail.com

**Kulcsszavak:** interpretatív fenomenológiai analízis, vajúdás, szülés, segítő kapcsolat, medikalizáció, humanizált szülészeti ellátás, szakmai identitás fejlődése.

## 1. Bevezetés

A várandósság/vajúdás/szülés elsősorban a medikális szemlélet mentén, az orvos és beteg (vagy egészségügyi dolgozó és páciens) fogalmi rendszerében és viszonyaiban interpretálódik. Az orvosi technológia fejlődése, minden eredménye mellett, a kórházi vajúdás/szülés elgépiesedését, elszemélytelenedését hozta magával (Soltész, Rigó, & Pápay, 2015); ugyanakkor általános jellemzője, hogy kiszámíthatatlan, milyen ellátásban részesül a vajúdó-szülő nő (Varga, Andrek, & Herczog, 2011). Mindemellett tudományos és köznapri értelemben sem tartjuk betegségnak az élettani vajúdást és szülést; és nem tartjuk betegnek vagy páciensnek a várandós/vajúdó/szülő nőt (Pápay & Rigó, 2015). A tudományos kutatások elsöprő többsége a medikális szemlélet mentén szerveződik, és eredményeik is ezt a paradigmát tükrözik vissza. Az utóbbi időben nyernek teret a holisztikus szemléletű kérdésfeltevással és módszerekkel dolgozó kutatások (Davis-Floyd, 1992; Kisdi, 2015; Kitzinger, 2008). A vizsgálódások témájukat tekintve általában a szülés és születés élményét, a folyamat medikális és bio-pszichoszociális összetevőit taglalják (Pápay & Rigó, 2015; Varga és mtsai, 2011). Újabb keletű és kevesebbet kutatott téma a szülés körüli segítő munkájának fókuszba állítása (Hunter, 2001; Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdottir, & Kirkham, 2008; Kisdi, 2015; Kitzinger, 2008). A medikalizált szülészeti gyakorlat az utóbbi harminc évben humanizálódik, de ez a változás még nem vált rendszerszinten általánossá. A holisztikus szemlélet felé hajló, humanizált szülészeti ellátást gyakorló orvosok és szülésznők tapasztalataikon alapuló tudásukat, kutatási eredményeiket viszonylag ritkán publikálják (Novák, 2015).

A vajúdás/szülés a nő számára komplex és egyedi élmény, amely szoros összefüggésben van a „jó minőségű” szüléssel, és az újszülött pozitív élményével (Larkin, Begley, & Devane, 2009; Varga, 2015). Bizonyos kutatások kiemelik, hogy a pozitív szülésélmény létrejötte jelentős összefüggést mutat a baba személyéhez kötődő bizalom kialakulásával (Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund, & Andolf, 2011; Varga, 2015). Az érzelmi-fizikai támogatás az élettani vajúdás/szülés szakszerű kísérésének alapvető összetevője (Lundgren & Dahlberg, 2002; Lundgren, Karlsdottir, & Bondas, 2009; Romano & Lothian, 2008). A megfelelő társas támogatás pedig jelentős szülészeti előnyöket is eredményezhet, így például a vajúdás/szülés haladásához elengedhetetlen centrális oxitocin rendszer főként megfelelő társas környezetben tud aktiválódni (Héjja-Nagy, 2014; Soltész és mtsai, 2015; Taylor és mtsai, 2000; Uvnäs-Moberg & Peterson, 2004; Varga, 2009). A vajúdás során természetes módon létrejövő módosult tudatállapot hatására a testérzé-

kelés és az érzelmek felerősödnek, nagy jelentőséget kapnak, ebből következően a jelenlevőkkel megélt együttes élmény is. Ez a jelenség komoly hatással van a segítő és a vajúdo közötti kommunikációra is; a vajúdo egyrészt szuggesztibilisebbé válik, másrészt kiszolgáltatottabbá is: a máskor jól működő énvédelem vajúdas közben gyakorlatilag megszűnik (Héjja-Nagy, 2014; Kitzinger, 2008; Varga & Suhai-Hodász, 2010).

A medikális környezet, a hierarchikus kórházi protokoll szigorú szabályai többnyire nem teszik lehetővé, vagy nagyon megnehezítik az intimitás megteremtését a vajúdas helyszínén. Ez nemcsak a vajúdok, hanem a szülés körüli segítők számára is jelentős stresszforrás, hiszen ebben a helyzetben érző, érzékelő segítőként vannak megszólítva, ugyanakkor a szabályok legalább annyira korlátozzák a lehetőségeiket, mint a vajúdokét. A segítő foglalkozásuk a megnövekedett stresszre legtöbbször érzelmi távolságtartással reagálnak: kizárólag a feladatokra koncentrálnak, eltűnik az együttérzés, empátia, majd a páciens tárgyiasítása jelenik meg (Hunter, 2001; Kovács, 2006). A kiegészítés jelenségének vizsgálata kiemelt területe a segítő kapcsolatok kutatásának (Fülöp, 2013; Pikó, 2005). A nővéri munka érzelmi aspektusait számos kutatás tárgyalja, de az intézményes keretek között dolgozó bábák és szülésznők érzelmi munkájának vizsgálata legtöbbször kívül marad a kutatók érdeklődési körén, miközben az intézményen kívüli szüléseknél dolgozó bábák munkáját elemző tanulmányokban explicit módon jelenik meg a megélt érzelmek kifejezésének és szabályozásának jelentősége (Hunter, 2001). Az intézményes kereteken kívül működő bábák praxisában többnyire megvalósul az érzelmi ráhangolódás, a személyre szabott gondoskodáson keresztül: ezt nevezik rezonancián alapuló orvoslásnak (*Resonance Based Medicine*, RBM; Lipták, 2017; Novák, 2015). A vajúdas/szülés során létrejövő segítő kapcsolat minősége kiemelt jelentőségű a magas szakmai színvonalú ellátás tekintetében, ugyanakkor éles, látszólag összebékíthetetlen ellentmondások figyelhetők meg mind a gyakorlat, mind a tudományos kutatások diskurzusainak színterein. A segítő munka más-más attribútumokkal írható le a szülész-orvos, a kórházi szülésznő, az intézeten kívül dolgozó bába és a dúla esetében. Kevés tudományos figyelem irányul kifejezetten a nők közötti segítség dinamikájára, a segítők szempontjainak megvilágítására. Kutatásunk a női segítők élményének feltárásával és kvalitatív elemzésével kíván hozzájárulni a téma tudományos diskurzusához.

## 2. Célkitűzés

Célunk a szülés körül segítő nők kapcsolati élményeinek feltárása volt. Kutatási kérdéseink a következők voltak: Hogyan élnek meg a szülés körüli segítők a segítő kapcsolatot, és hogyan értelmezik a tapasztalataikat? Ezen tapasztalatok kutatói megértéséhez hogyan használhatóak magyarázó elv-

ként a pszichoterápiás kapcsolatról alkotott pszichodinamikus elméletek a szülés körüli segítéssel kapcsolatban? Hogyan jelennek meg a nemre specifikus (gendered) szempontok a vajúdas / szülés körüli segítség tematikájában? Kvalitatív kutatásunkban a vajúdas/szülés során létrejövő segítő kapcsolatok közül a szülésznők, bábák és dülák élményeit vizsgáljuk. A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta ki (az etikai engedély száma: 43/2015).

Az alábbiakban először bemutatjuk a teljes kutatás felépítését, majd négy interjú kvalitatív elemzése kapcsán a segítő kapcsolat és a szakmai identitás kialakulásának mozzanataira fókuszálunk.

### 3. Módszer

A szülés körüli segítő kapcsolati élményeinek vizsgálatához olyan módszert kerestünk, amely alkalmas arra, hogy az általunk kutatott témát egységében és mélységeiben is feltárjuk. Az interpretatív fenomenológiai analízis – IPA – értelmező és hermeneutikai kvalitatív módszer, amelyet többnyire az egészségpszichológiai kutatások alkalmaznak (Rácz, Kassai, & Pintér, 2016; Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Sajátossága a többszintű, mind az interjúalany, mind a kutató értelmezéseit alkalmazó adatfeldolgozás. Az IPA interjú lehetővé teszi, hogy a személyek saját szempontjaik szerint beszéljenek tapasztalataikról, illetve értelmezzék azokat. Az egyéni tapasztalatok idiográfiás, részletes elemzését, és az eredmények árnyalt értelmezését a kutatók szervező és értelmező szerepe segíti elő (Rácz és mtsai, 2016; Smith és mtsai, 2009). Az interpretatív fenomenológiai analízis során az adathalmaz pusztán leírásán túl interpretáljuk az eredményeket, azaz ketős értelmezéssel élünk: a személyek saját történeteikkel kapcsolatos értelmezéseit elemezzük, továbbá lehetőség van pszichodinamikus konstruktmokat is beemelni az értelmezési folyamatba. Magyarországon viszonylag új keletű az IPA alkalmazása a kvalitatív vizsgálódások körében (Rácz, Kassai, & Pintér, 2015), így kutatásunk hozzájárul e módszer tapasztalati anyagának gazdagításához.

A szakirodalom által javasolt kreatív kutatómunka irányelvével összhangban (Rácz és mtsai, 2015, 2016), előzetes folyamat során kiválasztottunk négy, vajúdaszt ábrázoló képet<sup>1</sup> és meghatároztuk az interjút segítő témákat és kérdéseket. A tematikus képek, a félig strukturált mélyinterjú, és a kiegészítő kérdések kombinációja biztosítja az adattriangulációt (Szokolszky, 2004). A megbízhatóság további növelése érdekében a kutatói

---

<sup>1</sup> Ezek a képek valós vajúdasok fotói különböző forrásokból, de csak a kutatásban való közvetlen felhasználásra kaptunk engedélyt, publikálásra nem, ezért itt nem közöljük.

értelmezéseket külön-külön, és közösen is elvégeztük, továbbá több résztvevővel is egyeztetünk az eredményeket illetően, a vizsgálat lefolytatása után (személyi trianguláció és member-checking, Szokolszky, 2004). A vizsgálati helyzet a feltárulkozás tere is egyben: igyekeztünk olyan körülményeket teremteni, ahol őszinte és mély beszélgetés alakulhat ki, és ahol megérthetjük az interjúalanyok történetét és élményeit; ahol egyenrangú partnernek tekintjük a személyeket, így közösen, rugalmasan alakítjuk az interjúhelyzetet és lehetőséget biztosítunk sajátos, női realitásuk megnyilatkozásának (Keating & Fleming, 2009; Rácz és mtsai, 2016).

Abból indultunk ki, hogy a vizsgálat során a képek értékelése kvázi projektív felületként előidézzi a vajúdas / szülés körüli érzelmi állapotokat és általános attitűdöket; majd a szabadon választott szüléstörténet elmesélése az interpretatív szövegalkotás szintjén tárja fel az egyén tapasztalásait és jelentésalkotását. Interjúalanyainktól egy olyan, saját gyakorlatból származó történetet kértünk, amely számukra a segítség szempontjából jelentőségteljes, és amelyben segítő kapcsolati élményeik előtérbe kerülnek. Az interjú témáinak felépítése tölcészerű (Smith és mtsai, 2009) volt: az általános kérdések felől haladtunk az egyedi és konkrét szüléstörténet felé. Ha a szüléstörténet spontán nem, vagy csak érintőlegesen tartalmazta a kutatás szempontjából releváns témákat, a beszélgetés fonalához és tartalmához igazítva strukturált kérdéseket alkalmaztunk. A vizsgálati helyzet felépítését az 1. táblázatban mutatjuk be.

1. táblázat. A vizsgálati helyzet felépítése

| Eszköz                | Képválogatás   | Szüléstörténet  | Strukturált kérdések  |
|-----------------------|--|---|---|
| Cél                   | Általános vélemények feltárása, érzelmi ráhangolódás | Tapasztalatok és interpretációk feltárása   | Elhangzottak tisztázása, önfeltárás elősegítése, témák felvetése  |
| Kérdések, instrukciók | Milyen a jó segítő Ön szerint?                       | Meséljen el egy szüléstörténetet, ami a segítség szempontjából jelentős; amiben előtérben van a segítő kapcsolat élménye. | Hogyan alakult a pályafutása? Hogy képzelel a jövőt? Mennyire és hogyan befolyásolnak a saját szülésének élményei? Hogyan küzd meg a stresszel? |

#### 4. Vizsgálati személyek

A vizsgálatban 5 kórházi szülésznő, 5 bába és 4 dúla vett részt, összesen 14 fő. Az elkészült IPA interjúkból jelen tanulmányunkba négy szülésznőét

választottuk ki elemzésre.<sup>2</sup> Az interjúalanyok nevét megváltoztattuk, az interjúk szövegében található anonimitást sértő utalásokat (pl. helyszínek, időpontok) felismerhetetlenné tettük. Mind a négy személy nagyjából harmincéves szülésznői tapasztalattal rendelkezik, a kórházi hierarchiában viszonylag magasan helyezkednek el, és sajátos, környezetüktől eltérő szemléletben dolgoznak. Adataikat a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat. A vizsgálati személyek adatai

| Név (kitalált) | Életkor (év) | Pozíció                | Munkahely        | Hány éve praktizál? |
|----------------|--------------|------------------------|------------------|---------------------|
| Szilvia        | 57           | nem műszakos szülésznő | fővárosi kórház  | 30                  |
| Katalin        | 60           | nem műszakos szülésznő | fővárosi kórház  | 34                  |
| Éva            | 56           | vezető szülésznő       | kisvárosi kórház | 30                  |
| Rozi           | 54           | szülésznő              | kisvárosi kórház | 28                  |

## 5. Kutatási elrendezés

A kutatási felhívás szövege szándékolttan olyan személyeket szólított meg, akik – egyetértve a kutatás céljával – fontosnak tartják a szülés során létrejövő kapcsolatot, így motiváltak voltak a vizsgálatban való részvételben. A felhívás tartalmazott általános tájékoztatást a vizsgálati helyzetről, majd szóban, egyenként is tájékoztattuk a jelentkezőket. A beszélgetéseket diktáfonnal rögzítettük és kiegészítő jegyzeteket készítettünk egy előre elkészített segédlapra. A résztvevők írásbeli beleegyező nyilatkozatot is kitöltöttek. A vizsgálatra nyugodt körülmények között, időkorlátok nélkül, egyénileg megbeszélt időpontokban került sor. Az itt tárgyalt négy személy interjúja a munkahelyükön (kórházakban, vagy magánrendelőben) zajlott. A beszélgetés során reflektálva interjúalanyaink kapcsolati igényeire, úgy alakítottuk az interjúhelyzetet, ahogyan az nekik leginkább megfelelt. Előfordult, hogy a szüléstörténettel kezdődött az interjú, de ennek az ellenkezője is. Interjúalanyaink közül voltak, akik visszautasították a képválogatás feladatát, vagy annak bizonyos részeit (pl. hogy címet adjanak a képeknek). Résztvevőink hasonló intimitást és biztonságos légkört igényeltek, mint amit egy pszichoterápiás első interjú során, vagy mint amit vajúdás/szülés

<sup>2</sup> Az egyik bábával rendhagyó módon lezajlott kutatási interjú anyagát pszichoanalitikus esettanulmányként publikálta az egyik szerző (Székely, 2016). Egy másik tanulmányunkban két, a pályája elején levő szülésznővel készült interjút elemeztünk (Székely & Csabai, 2017).

során igényelnek a vajúdok (Argelander, 2006; Vajda, 2006). Minden érzelmi-indulati töltet, kérdés vagy kétely megjelenhetett újra a beszélgetések során, így a résztvevők „élő” történeteket jelenítettek meg. Ezeken a történeteken az interjúkészítők sem tudtak „kívül maradni”, gyakran előfordult, hogy az interjúhelyzet interszjektív, kapcsolati elemeit is bevontuk a szövegek értelmezésébe. Az átélésben, vagy magában a történet „húzóerejében” tapasztalt egyéni különbségek ellenére a résztvevők legtöbbször igényelték a visszajelzéseket, értelmezéseket, érzelmi ráhangolódást. Fontos volt számukra elbeszélniük a történetüket, újraélni, újraértelmezni a saját narratívájukat. A szüléstörténetet a segítő kapcsolat jellemzőinek kontextusában tártuk fel: rákérdeztünk arra, hogy a vizsgálatban résztvevőknek milyen a viszonya a különböző szakterületen dolgozókkal, munkájuk során milyen nehezítő tényezőkkel találkozhatnak, hogyan küzdenek meg a stresszel, és hogyan befolyásolják őket saját szülésükkel és anyaságukkal kapcsolatos élményeik. Kíváncsiak voltunk, hogyan alakult pályájuk kezdete, és hogy hogyan képzelik el jövőjüket. Az interjúk során a képekkel kapcsolatban előre meghatározott kérdések közül nem kaptunk minden esetben mindegyikre értékelhető választ. Ugyanakkor értékes vezérelvnek bizonyult a képekről kialakuló benyomások megfogalmazása, amely spontán irányította a beszélgetés fonalát.

Az elemzés és az értékelés során egységes egésznek kezeltük a vizsgálati helyzetben elhangzott szöveget, így biztosítva a transzferabilitást. Az elemzések különböző szakaszaiban az adatfeldolgozás nem volt egységes, egyrészt reflektálva az adott témákra és összefüggésekre, másrészt itt is törekedve a transzferabilitásra. Ennek megfelelően az összefoglaló táblázatok és értelmezések sem mutatnak teljesen egységes képet.

A teljes vizsgálati anyag lépcsőzetes felosztását az adatgyűjtés sajátosságaira reflektálva alakítottuk ki. Az interjúk hanganyagából átiratokat készítettünk, majd az IPA módszertanának megfelelően (Rácz és mtsai 2015, 2016; Smith és mtsai, 2009) elemeztük: az elsődleges témákat, kulcsszavakat az átiratok bal oldali margóján gyűjtöttük össze. Többszöri átolvasás után a jobb margóra jegyeztük a felmerülő témákat. A négy interjúban felmerülő témákat egyeztettük és értelmeztük, majd azokból nagyobb értelmezési egységeket hoztunk létre összevonással vagy viszonyítással, így jöttek létre a főtémák. Az egyes felmerülő témákat minden egyes résztvevő esetében ellenőriztük, hogyan jelenik meg az adott szövegben. Jelen tanulmány keretei között nincs lehetőségünk az elemzés és értelmezés alapos és mindenre kiterjedő bemutatására, így a segítő kapcsolat és a szakmai identitás kialakulásával és megélésével kapcsolatos eredményeket tárgyaljuk részletesebben, érintve néhány más, releváns témát is.

## 6. Eredmények

### 6.1. Az interjúelemzés kibontakozó témái

Interjúalanyaink a segítő kapcsolati tapasztalataikat a segítői én változásainak, illetve a szakmai identitás kialakulásának témái mentén mutatták be. Ez a szövegek feldolgozásának hermeneutikai szintjén is tetten érhető: a szüléstörténetek legfeljebb a felét teszik ki a teljes interjú-átiratoknak, és a szakmai identitás, mint alapvető téma köré szerveződnek. Az interjúanyagok jelentős részét a személyek szakmai identitásának értelmezéséről, jelenlegi gyakorlatukkal való összefüggéseiről, fejlődésükről, múlttól és jövőről való reflexiók alkotják, mind a négy személy esetében.

A segítői munka és a segítői identitás alakulásának két aspektusa jelenik meg erőteljesen a szövegekben. A *szakmai identitás fejlődése* főtéma nagy vonalakban a következőképpen írható le: hogyan van jelen a segítő én a helyzetben; hogyan határozza meg magát segítőként; és hogyan helyezi identitásának kontextusába a segítést. A *vajúddóval való kapcsolat* főtéma lényegében a segítő kapcsolatot, mint önmagában értékes minőséget, vagy mint a segítség célját írja le. A felmerülő témákat tehát e két mintázatba, vagy főtémák rendszerébe csoportosítottuk. E viszonyrendszereket összefoglalva a 3–4. táblázatban mutatjuk be. A továbbiakban ezeket a főtémákat vesszük sorra.

Az IPA eredmények bemutatásának jellegzetessége, hogy az interjúalanyok hangsúlyosan „jelen vannak” a szövegben, az ismertetés és értelmezés – más kvalitatív kutatási módszerekhez képest is – szokatlanul sok idézetet és eredeti kifejezést tartalmaz (Osborn & Smith, 2009; Rácz és mtsai, 2016). Az interjúalanyainktól származó idézeteket dőlt betűvel szedve, idézőjelek között közöljük; néhány helyen szögletes zárójelben a szerzők kiegészítésével, az olvasó megértését megkönnyítendő.

### 6.2. A szakmai identitás fejlődése

Minden interjúalanyunk kiemelt jelentőséget tulajdonít az *önismeretnek*, ugyanakkor ezt különböző szinteken fogalmazzák meg: „olyat nem teszek, amit nem szeretném, hogy nekem, vagy a lányomnak tegyen valaki” (Rozi); „az ember kellő önismerettel rendelkezzen” (Szilvia); „a segítő saját magát tisztában legyen, és rendben legyen” (Katalin). Az önismeretet, ugyanúgy, mint a segítői munkát, *folyamatként* szemlélik, és a történeteikben számos ponton utalnak arra, hogy honnan hová fejlődtek, illetve hová szeretnének eljutni.



*„Ha csak így visszagondolok, nem az, hogy harminc évvel ezelőttre, mert az persze, hiszen harminc évvel ezelőtt minden más volt, de most akár a 10 évvel ezelőtti jelenlétemre gondolok, vagy akár csak az 5 évvel ezelőtti jelenlétemre, hogy megállás nélkül folyamatosan tanulok.” (Szilvia)*

Ugyanígy minden alkalommal megjelenik az igény az önreflexióra, a történetek megértésére és rendezésére.

*„... azzal is történjen egyfajta megbeszélés, feldolgozás, akivel történt a folyamat. Nekem is nagyon fontos a visszajelzések szempontjából, hogy mi az, ami jó, mi az, ami nem volt jó, tehát mindegyik tanulságos történet.” (Szilvia)*  
*„Az elmúlt nagyjából tíz évben minden szülést leírok, három részből áll a bábnaplóm: az egyik a sztori maga, a másik, hogy rajtuk mit látok, akár a páron, akár az anyján, és utána leírom, hogy én hogy voltam a dologban, így-úgy.” (Katalin)*

A szüléstörténetek szerkesztettségüket tekintve illeszkednek ebbe az önreflektív értelmezési keretbe, lényegre törőek, interpretációk tarkítják őket, a hangsúly nem a történetek egyedi részletein, hanem az élmények interpretációján, a tanulságok megfogalmazásán van. A négy szülésznő közül hárman a legutóbbi szülés melletti munkájuk történeteit mesélték el, így – mivel viszonylag friss élményekről van szó – az interjúhelyzetben tovább formálódnak az interpretációk. A jelentésadás folyamatában interjúalanyaink tudatosan törekednek rá, hogy mind érzelmileg, mind megértési szinten 'helyre tegyék' a történeteket.

*„... még mindig mozog bennem a történet. ... amikor bezáródtak, befejeződtek, leírtam, megbeszéltük, akkor, úgy mondjam, nekem, ami a történetből tanulság, vagy elvithető, az elvívődik, de maga a történet, és a kapcsolat kicsit távolabbra kerül, visszazáródik.” (Katalin)*

*„Merthogy vannak nehéz történetek, amik nagyon megviselnek, még akár akkor is megviselnek, amikor kognitíve tudom, hogy ez nem az én történetem, csak rajtam landol, és nekem... valakinek el kell vinni.” (Szilvia)*

Az önismereti igényességnek nemcsak személyes hozadéka van, hanem kifejezetten a munkához kapcsolható haszna is:

*„De azok a veszteségek, a feldolgozatlanok, rendszeresen beúsznak a szülőszobára. És az ő [a segítők] összes cselekedeteiket, a félmondataikat, a mozdulataikat, az elvárásaikat, a szülés, a másik szülésének a kísérésében lépten-nyomon ott vannak, és inkább akadályoznak. Tehát az lenne egy korrekt, ha a se-*

*gító... és most nem csak a szülésznő... Hát, orvosokról ne is beszéljünk... De hogy ő maga tisztában legyen azzal, hogy ő hogy volt, hogy az ő gyerekei hogy születtek.” (Katalin)*

*„... az önismeret az nagyon fontos, és a saját szüléseink élményének a feldolgozása. Mert ha nem dolgozzuk fel, akkor durván bejönnek. Ha feldolgozzuk, akkor csak így néha-néha egy-egy momentum.” (Szilvia)*

Ez utóbbi idézetekben megjelenik az önismeret privát, személyes élettörténethez kötődő aspektusa is, a *saját szülésélmények rendbetétele, érzelmi megmunkáltsága.*

*„... tudom, hogy az [a méhösszehúzódás] mennyire fáj. És mindig átérem. Tudom, hogy nem hisztizik.” (Rozi)*

Éva arról számol be, hogy látja és érzi a különbséget, ha ez az önismereti erőforrás még hiányzik:

*„... szerintem azért nem árt, ha az ember átéli azt, amit a kismama, tehát... Vannak kolléganőim, akik nem szültek, ők is tudnak segíteni, nem arról van szó, hogy nem. De mélységében én azért profitálok abból, hogy megéltem, átéltem. Tudom, hogy milyen, és hát... valahogy több türelme van az embernek a másik felé. Merthogy ismerem azt is, hogy kolléganő, mikor még nem szült, és miután szült. És ő szavakba is öntötte.”*

Interjúalanyaink tehát megfogalmazzák, hogy nem csak szakmai, vagy kognitív szinteken kell megérteni a történéseket, hanem a szülésznők érzelmi munkájának is van jelentősége. Fontos, hogy a segítő *„a saját érzéseivel azért kapcsolatban legyen”* (Katalin). Mindennapi gyakorlatuk része a vajú-dó/szülő nő történetének megtapasztalása, az ezzel járó esetleges érzelmi terhek elviselése, a segítő és a segített érzelmi bevonódásának azonosítása.

*„És ezért gondolom, hogy fontos az önismereti munka, vagy olyan technikáknak a megtanulása, amik szerintem nagyon fontosak a segítő szakmákban. ... akkor ezt tudjuk azonosítani, hogy ez az én érzésem, és nem a másik emberé. Ezek az én gondolataim, és nem biztos, hogy az ő javát szolgálják.” (Szilvia)*  
*„... a segítő saját magával tisztában legyen, és rendben legyen. ... Mert hogyha nincsen tisztában, akkor nem látja a segítettjét. Tehát, hogy nem látja azt, hogy mi volt az ő döntésének a saját... tehát, hogy mitől döntött így.” (Katalin)*

Interjúalanyaink tapasztalt, jól képzett szülésznők, akik nagyjából harminc éves gyakorlatuk során több ezer szülés mellett segítettek már.

A szakmai fejlődésükben jelentős szerepet tölt be a *vajúdotól, a vajúdoval való kapcsolatból való tanulás*:

*„Nahát, tulajdonképpen a nők tudnak szülni, anélkül is, hogy mi itten rengeteg dologgal úgymond segítenénk, merő jó szándékból. És hogy úgy elkezdtem figyelgetni a nőket. Onnantól kezdve igazából a tanulási folyamat igazából már a tőlük való tanulás volt.” (Szilvia)*

*„És itt nekem bebizonyosodott, hogy igenis a kismamáknak a megérzéseire nagyon-nagyon lehet alapozni, és elég, ha csak ott vagyunk, és szemléljük a dolgokat. Az a legjobb, hogyha nem kell belenyúlni a folyamatba, és nagyon szépen tud működni.” (Éva)*

Interjúalanyaink szakmai szemléletmódja nem általános, sőt ritkaságnak számít munkakörnyezetükben.

*„... általában, és a bent dolgozó kolléganőinknek a nagy része, az ... úgy könyvel el, hogy egy kicsit hóboros vagyok. De nem baj ... ha ők ezt így látják, én ezt felvállalom. Tudom, hogy miért gondolják azt, merthogy másképp működöm ebben az egész várandósgondozás, meg szülés történetben.” (Szilvia)*

*„Ha olyan kolléganővel van az ember, meg olyan orvossal, aki úgy engedi, hogy dolgozzunk, és a kolléganő is tapintatos. Tehát, hogyha ő is hasonló szemléletű. [De ha nem,] ... nagyon nehéz... mert nem érti a másik, hogy miről van szó.” (Rozi)*

*„Fontos volt, hogy szüléseknél segítsek, tehát nem az motivált, hogy úristen, végigaludjak egy éjszakát, és ne jöjjön senki. Valahogy nekem az mindig kihívás volt, hogy ú, ha jött valaki, akkor én annak örültem. Van ellentét is [a szülésznő kollégákkal], igen. Itt is. Nem is biztos, hogy tehet róla, mert ő is emberből van.” (Éva)*

A szövegekből kiderül, hogy a medikalizált, hierarchikusan szervezett kórházi körülmények számos kapcsolati konfliktus forrásaként jelenhetnek meg, ugyanakkor úgy tűnik, interjúalanyaink magas pozíciója jelentősen csökkenti ezek előfordulását. Katalin és Szilvia csak alkalmanként dolgoznak műszakban, és vállalt szülésekhez járnak a kórházba. Éva vezető szülésznő, ami szervezési munkát jelent, rögzített, nappali műszakban, tehát szülések mellé csak saját választása esetén kerül. Rozi ugyan nem vezető szülésznő, és műszakban dolgozik, de évtizedes gyakorlatával és szemléletmódjával kapcsolódik a saját munkahelyén a hasonló szemléletű vezető szülésznőhöz, így a státusza viszonylag magas. Ez a *polarizáció* az orvosokkal való kapcsolatban is megjelenik, és itt is jellemző, hogy a magas státusz legalább részben biztosítja a konfliktusok elkerülésének lehetőségét, azaz a hasonló szemléletű orvosokkal való együttműködést.

*„... Nekünk ez így kényelmes, merthogy így mi is biztonságban érezzük magunkat. Nem arra megy el az energiánk, hogy egy olyan orvossal kell konfrontálnunk, akivel merőben ellentétes a szemléletünk. És hát ez persze nagyon szolgálja a családnak is az érdekét, mert hogyha egy jó összhang van ... akkor az nagyon pozitív hatású.” (Szilvia)*

*„Sokszor nehéz. Sokszor nehéz... A nyugodt, és... tehát a hasonló temperamentumú szülészorvosokkal tudok jól együttműködni. Aki nagyon beavatkozó, vagy ő, mint orvos meg akarja oldani a szülést, vagy mint ezt a problémát kezeli, azokkal kevésbé tudok együttműködni. És ebből szoktak származni konfliktusok. Hát szerintem azért valamilyen szinten elfogadtak így, hogy én nem ahhoz a pólushoz, vagy nem ahhoz az oldalhoz tartozom, aki az orvos asszisztense, hanem van önálló megérzésem, meglátásom, és cselekedetem. És szokták nehezményezni azért, főleg az idősebb orvosok, hogy nekem, mint vezető szülésznőnek nem ezen az oldalon kéne állnom. A bábai oldalon. Merthogy az a jó szülésznő, sokak szerint, aki azt csinálja, amit az orvos mond. ... És én meg mondtam, hogy nem.” (Éva)*

Éva itt rávilágít egy rendszerszintű problémára is, amely minden résztvevőt személyesen is érint, interjúalanyainkat különösen: a tapasztaltabb, gyakorlottabb szülésznők „önállóan is tudnak dolgozni”, „nagyon jó elméleti alapokat” kaptak a szülésznőképzésben, és tudják, hogy „az a jó szülés, ahol minél jobban csak a végén látjuk az orvost”. Ugyanakkor a kórházi protokoll előírásai és a hierarchikus működésmód a szülésznők önálló munkavégzését nyíltan és hivatalosan nem teszik lehetővé, csak kivételes, saját megoldások születhetnek: „nagyon jó, akikkel össze vagyunk szokva”; „beláthatók a határok, meg a keretek ebben a kapcsolatban”. Katalin ezzel kapcsolatban arról is részletesen beszél, milyen érzelmi hatásai vannak az orvosokkal való szemléletbeli és hatalmi különbségeknek:

*„... alapján véve ez egy feudális, hierarchikus kapcsolat, ami alig tud változni. ... Ha műszakba vagyok osztva, és nem saját örömömmre dolgozom, akkor ezt a hierarchiát nagyon meg kell tartanom, és rengeteg feszültséget okoz, merthogy nem tudom megvédeni az anyát az orvosnak az abuzálásától, vagy a rendszer abúzusától. Ami méltatlan és nagyon sok feszültséget ad. És egy ilyen lojalitás-háborút magamban.”*

3. táblázat. Főtéma: Szakmai identitás fejlődése

| Felmerülő témák   | Szilvia   | Katalin   | Éva  | Rozi   |
|---|---|---|--|--|
| önismeret   | „legfontosabb”  | „a segített kompetenciája megmaradjon”; „a segítő magával tisztában legyen, és rendben legyen”  | „figyelje önmagát, fejlődjön”  | „tudom, hogy milyen kiszolgáltatott az ember”  |
| folyamat és reflexió                                      | „folyamatos tanulás”; „ez nem így van, hogy most vagyok a mindentudás csúcán, 5 év múlva is más lesz az élmények által, amiket megélek”                         | „erre most látok rá, ahogy így neked mondom”; „nagyon jelképesen fogalmazok, tudom”; „ami a történetből tanulság, elvihető, az elvivődik” | „itt nekem bebizonyosodott, hogy a kismamák megérzéseire lehet alapozni”     | „egy nagy misztérium volt az egész... most is az, de mégis más”, „csodákra képes az ember, ha kapcsolat alakul ki az anyuka és a szülésznő között” |
| érzelmi munka   | „tudjuk azonosítani, hogy ez az én érzésem, és nem a másik emberé”  | „már csak a rossz érzéseim vannak meg, de a sztori nem”   | „szinte ugyanazt élik át, mint a kismama”                                    | „megpróbálok közel kerülni az anyukákhoz”  |
| privát élmények   | „amikor azt látom, hogy hogy néz az az újszülött baba az anyjára”   | „ő maga tisztában legyen azzal, hogy ő hogy volt, az ő gyerekei hogy születtek”   | „doppingolt, mint anno a saját szülésem”                                     | „engem nem kísértek, nem támogattak annyira, mint ahogy én megpróbálok”  |
| tanulás<br>vajúdoctól                                     | „hogy hogy működnek a nők szülés közben, hogy hogy működnek a babák megszületés után, azok jöttek az évek alatt”  | „ennél az anyánál nem tudom, mi lehetett a történet”  | „ha az anya meg tudja csinálni, akkor mi segjtünk”                           | „aki ilyen szemléletű [szülésznő], mindig megtalálja azt pici kis pontot, ahol meg lehet lendíteni az anyukát”                                     |
| konfliktusok:<br>szakmai<br>kompetenciák<br>(polarizáció) | „beosztott szülésznőként, homlokegyenest más szemléletű orvossal, igyekeztem abban a legjobbakat nyújtani a kismamának, amit sürülődés nélkül meg tudtam tenni” | „beláthatók a keretek, meg a határok ebben a kapcsolatban”; „tudomásul veszem, hogy ő [az orvos] így működik ebben a helyzetben”          | „van önálló megérzésem, megfigyelésem, ebből szoktak származni konfliktusok” | „vannak orvosok, akik engednek dolgozni”; „vannak [olyan orvosok], akiknek az a lényeg, hogy saját magát magasztalja”                              |

### 6.3. A vajúddóval való kapcsolat

Interjúalanyaink tehát elengedhetetlennek tartják a munkájuk során a vajúddóval való jó minőségű kapcsolat kiépítését. Ez jellemzi és meghatározza a munkájukat, és alapvetően *érzelmi odafordulást*, személyes törődést jelent számukra.

*„Az én szüléstörténeteim annyira személyesek. És ... azt hiszem, hogy nem az anyák miatt személyesek, hanem miattam személyesek. Tehát, az én együttlétem velük teszi nagyon személyessé. És azzal, ahogy együtt... mozgok a családdal, igazán... együtt vagyok a családdal valahogy.” (Katalin)*

Előfordul, hogy ez a munkamód kórházi körülmények között nehezen megvalósítható, és amikor hiányzik a megfelelő kapcsolat, a segítői munka is megváltozik.

*„Nagyon nehéz volt vele dolgozni. ... Nem tudtunk kapcsolatot teremteni.” (Rozi)*

Ugyanakkor a segítés jelentős *fizikai törődést* is jelent: az érintés, masszázs, folyamatos jelenlét tovább mélyíti, személyesebbé teszi a vajúddóval való kapcsolatot.

*„És amikor eljön az a pillanat, hogy odamehetek, és csak egy érintés, vagy végigsimítom, és ettől őrajta olyan nyugalom... és olyan biztonságérzet alakul ki benne.” (Rozi)*

Ez fordítva is igaz: csak egy bizalmi kapcsolatban lehetséges a személy intimitáshatárait átlépni anélkül, hogy megsértenénk.

*„Hát nyilván ugye, ha az ember műszakba kerül oda, akkor fogalmam nincs [milyen állapotban van a vajúddó]. És, hát akkor kell kezdeni egy rapport-építéssel.” (Szilvia)*

*„Nem kaptam rá jelzést, nem kaptam rá felhatalmazást, hogy... az érintésre, vagy a közeledésre, tehát a határokat ő szabta meg, mondjuk a szülésnél, a közelséget, a távolságot. És semmilyen jelzést nem adott arra, hogy közelebb lehet lépni.” (Katalin)*

Katalin a kapcsolat intenzitását, változásait, és annak interpretációját hangsúlyozza:

*„... hogy a 9 hónap alatt, vagy a 10–11 hónap alatt, attól függ, hogy mennyi időt töltünk együtt a várandósság előtt, és a gyermekágyas időszakban; úgy*

*visszaadódik a kapcsolat minősége, visszahív ... vissza kell, hogy adjuk a kapcsolatot, a kapcsolatnak a minőségét, vagy a melegségét arra a távoli szintre, amiben [azelőtt] voltunk."*

Az érzelmi kapcsolat tehát a vajúadás/szülés idejére szól (gyakran a várandósság is ide tartozik), nagyon intenzív és személyes, ugyanakkor sokszor komoly önismereti munkát is igényel, ahogyan ezt a *szakmai identitás fejlődése* főtémánál is kifejtettük. Mindkét fél hozhat a kapcsolat közös terébe olyan személyes történeteket, amelyek nem a másik félnek szólnak, mégis megjelennek és megterhelik a közös munkát.

*„... az ember hónapokon keresztül sok időt tölt egy kismamával, és megismerjük egymást, és sok minden kiderül az ő előtörténetéből, esetleges féleleimből, szorongásaiból. De persze olyan is van, hogy nem is gondolja, hogy valamit elmeséljen, és a szülésnél mutatkozik meg, vagy éppen az utolsó ctg vizsgálatnál borul ki a csontváz a szekrényből.” (Szilvia)*

*„... egy-két nap alvás után, meg ahogy leírom, rájövök arra, hogy hol vagyok én ebben a történetben. ... ez most azért nehéz, merthogy azt hiszem, hogy érzelmileg jobban ott voltam, mint egyébként a profi segítő. Jobban megérintődtem...” (Katalin)*

Az *anyai gondoskodás* természetes módon jellemzi a segítők munkáját és a vajúadóval való kapcsolatot is meghatározza. Ugyanakkor láthatjuk, hogy a személyes megérintődésekre is kaput nyit.

*„Érzelmileg meg nem maga a [saját] szülés az, ami megmozgat engem, hanem az anyaság... jaj istenem, hát én is anyuka vagyok.” (Szilvia)*

*„... nagyon, nagyon bemozgatta az én anyai minőségeimet” (Katalin)*

Interjúalanyaink interperszonális és intraperszonális *konfliktusokról* is beszámolnak: gyakran előfordul, hogy a más szemléletben dolgozó kollégákkal kerülnek nyíltan szembe, vagy alkalmazkodnak ugyan, de a konfliktus intrapszichésen tovább zajlik. Ez nyilvánvalóan hatással van a vajúóra is, mert általában a medikalizáció és/vagy a háborítatlanság szemléleti és gyakorlati kérdéseit foglalja magába.

*„... vannak olyan orvosok, akiknek az a lényeg, hogy ő saját magát magasztalja. És a saját képességeit hirdesse. És az ilyeneknél nem lehet úgy támogatni egy vajúadást, ahogy kellene...” (Rozi)*

*„... az már régen rossz, amikor így, tehát amikor mintegy ütköző vagyok két ember [a vajúadó és az orvos] között, oda nem jó energiák fognak bejönni. És nincs az a pókerarc, amit föl lehet venni, hogyha kint valamin összevitatko-*

*zunk – én igyekszem a kismama érdekeit képviselni, még ha akár idézőjelesen mondom, győzők abban a csatában, de azt a feszültséget beviszem.” (Szilvia)*  
*„Aztán még a doktornő is fölvette a kezébe a babát, és megpróbálta vigasztalni. Amitől bennem már akkor nagyon-nagyon... nagyon-nagyon erős tiltakozás volt bennem... Ez nagyon érdekes volt, és még mindig mozog bennem a történet. Nagyon-nagyon rossz érzés volt.” (Katalin)*

4. táblázat. Főtéma: Vajúddal való kapcsolat<sup>3</sup>

| Felmerülő témák   | Szilvia  | Katalin   | Éva   | Rozi  |
|---|--|---|---|---|
| érzelmi támasz  | „kezdek egy rapport-építéssel”; bizalmi kapcsolat                            | „a benne levésünk a nehéz”; közös folyamat                | „nagyon közel hozott bennünket egymáshoz”   | „nem tudtunk kapcsolatot teremteni”                                   |
| fizikai támasz  | „folyamatosan ott voltam mellette”   | „a határokat ő szabja meg”                                | „testi jelenlét”; „érintés, masszázis”  | „masszíroztattam”   |
| anyai gondoskodás   | „jajistenem, hát én is anyuka vagyok”  | „nagyon bemozgatta az anyai minőségeimet”                 | „segíteni fogjuk, hogy úgy legyen, ahogyan ő szeretné”  | „nyugtattattam”   |
| önmegtapasztalás  | „folyamatos tanulás”   | „nagyon rossz érzés volt”                                 | „annyira feltöltött, hogy én utána nem tudtam aludni”   | „nekem ez olyan megrázó volt: nem jellemző rám, hogy nem nyílnak meg” |
| konfliktusok: háborítatlanság vs. medikalizáció (polarizáció) | „elmegy az energiánk”; „háttérbe húzodom”; az orvos szemlélete határozza meg | „nem tudtam őket megvédeni magunktól”; a segítség kudarca | az orvosok „szerint nem ezen a [bábai] oldalon kéne állnom”; „kellemetlen, nehéz etikusnak maradni” | „olyan nagyon nem tudtam támogatni őt, mert épp műszakban voltam”     |

<sup>3</sup> A táblázatban idézőjelek között közöljük az interjúalanyok szövegeit, néhány helyen összefoglaló megjegyzésekkel ellátva (idézőjel nélkül).



#### 6.4. A szakmai identitás és a vajúddal való kapcsolat értelmezései

A két főtéma számos ponton van egymással szoros összefüggésben, több szempontból kölcsönösen definiálják egymást, azaz „egyikből következik a másik”: a szakmai identitás a megélések reflektív és összegző szintje, ahol a megértés, rendszerezés, fejlődés igénye megjelenik és személyessé válik; a vajúddal való kapcsolat pedig a fejlődés tapasztalati szintjét képviseli, ahogyan munka közben formálódnak az eleven élmények. A segítség érzelmi minősége a segítő folyamatos önismereti munkájának az eredménye, ugyanakkor a segítségben, a vajúddal való kapcsolatban zajlik ez az önismereti folyamat, a segítő én megtapasztalása, kibontakozása és fejlődése. A polarizáció, a tapasztalatok és élmények ellentétes viszonyrendszereken keresztül való meghatározása, elméleti síkon a szemléletmódok ütközéseként, gyakorlati síkon a medikalizációt képviselő kollégákkal (orvosokkal és szülésznőkkel) való konfliktusos kapcsolatokban realizálódik. A „hóbortos” szülésznőket megtűrik, megengedik nekik az eltérő viselkedést és szemléletet, mert az intézményes hierarchiában elfoglalt pozíciójuk biztosítja számukra a viszonylagos önállóságot. A két szemlélet: a vajúddal személyes kísérése és/vagy a medikalizált protokoll követése szinte átjárhatatlannak tűnik. Interjúalanyaink járják az összeegyeztetés „hosszú és göröngyös” útját, de ahogy Katalin fogalmaz: *„nem tudtam őket [a család] megvédeni. De hogy nem magunktól kell... persze magunktól kellett volna megvédeni őket, de hogy ezek szakmai döntések voltak”*. Úgy tűnik, folyamatosan kettős szerepben vannak: vagy sikerül a saját szemléletükben, önállóan dolgozniuk, vagy a rendszer részeként protokolláris ellátást nyújtanak, miközben ez „belső fájdalmat vagy nehézséget okoz”. Interjúalanyaink esetében magas státuszú szülésznőnek lenni privilégium, amely komoly munka eredményeképpen jött létre, és jól meghatározható előnyökkel jár. Szakmai elkötelezettségük révén a vajúddal érdekében élnek is előjogaikkal, és igyekeznek enyhíteni az rendszer működéséből adódó „károkat”. Ugyanakkor nem függetlenek a rendszertől, önmagukat is így határozzák meg, egyedül Rozi fogalmazza meg, hogy intézményen kívül is kipróbálná a szüléskísérést, de ez csak egy „vágyalom”.

Szemléletükben is tükröződik a kettős szakmai identitás: *„középpontban a segített... álljon, illetve annak az igényei, és annak a kompetenciáinak a megtartása. ... [de] a szakmai rész az ne a segítség alá kerüljön.”* Eszerint tehát előfordul, hogy a személyes, érzelmi támogatással járó szüléskísérés ellentmondásba kerül a szakmai szempontokkal, amely a gyakorlatban a beavatkozásokkal kapcsolatos döntéseket jelenti:

*„Hogyha egy szakmai döntést kell hozni, akkor érzelmileg ne döntsünk.”*  
(Katalin)

*„... élettani szülésre készültünk, ugye azért ez mindenképp egy előny. Ilyenkor azért az ember megengedőbb akkor a protokolltól jobbra, balra eltérni...”*  
(Éva)

A magas státusszal együtt járó további előny, hogy interjúalanyaink saját mentális és fizikai erőforrásaikhoz jobban hozzáférnek, többnyire maguk szabályozzák munkarendjüket, legtöbbször döntést hozhatnak, mennyi szülést vállalnak el. Rozi a műszakos munkát is így éli meg: *„én itt élem ki magam, én itt teljesedek ki”*. Ugyanakkor, az egészségügyi ellátórendszer, és ezáltal a dolgozók túlterheltsége miatt, interjúalanyaink erőforrásait a medikális szemléletű, kötöttebb és kiszolgáltatottabb helyzetben dolgozó kolléganőik 'kihasználják':

*„azok, akik bent dolgoznak... nyilván az ő más gondolkodásuk és üzemmódjuk miatt egy kicsit hóbortosnak tartanak minket, és akkor hát így most csúnya szóval mondom, tehát a »hülye kismamákkal« azokkal foglalkozunk mi. Tehát ez nagyjából így szokott elhangozni.” ... És akkor mondták, hogy ez [a »hülye kismama«] neked jó lesz. Mondtam, hogy ó, én meg boldogan vállalom.”* (Szilvia)

Interjúalanyaink arra is ráláttnak, hogy a medikális és személyre szabott szülészeti szemlélet közötti ellentét egyik lehetséges oka az érzelmi távolodás, kiégés (Hunter, 2001; Kovács, 2006).

*„... nagyon sokszor láttam, és látom is azt, amikor egy szülésznő a nagyon szűken vett szülésznői feladatát csinálja. Tehát remekül tud, nem tudom, vizsgálni, szívhangot hallgatni, gátat védeni, szükség szerint bekötni az infúziót, a helyzetet értékelni, és aszerint a megfelelő megoldásokat meghozni. De hogy keveset vannak bent a szülőszobán a kismamával. Aminek, hát biztos, nyilván számtalan oka van, én úgy látom, hogy sokszor egyfajta érzelmi távolodás, vagy ez az »énhatárainnak a nagyon szigorú tartása« az, ami miatt, mint egy védekező reakció tud így működni, hogy kevésbé érintődjek meg érzelmileg, mert akkor saját történetek is be tudnak mozdulni.”* (Szilvia)

Az elemzés során megfigyeltük, hogy a szüléstörténetek legfőbb rendezőelve a siker/kudarcs dimenzió. Sikertült-e megvédeni a rendszertől a vajúdót és a kisbabát, sikerült-e kapcsolatot teremteni vele:

*„... nekem ez olyan megrázó volt, hogy tényleg nem jellemző rám, hogy nem nyílnak meg az anyukák előttem, és hogy nem tudok közel kerülni hozzájuk. És ebben az egy esetben úgy érzem, hogy ez negatív volt, mert ez nem ment úgy, ahogy kellett volna. ... Nem tudtam őt úgy megnyitni, ahogy kellett volna.”* (Rozi)

Katalin történetéből már többször idéztünk más összefüggésben, hogy „nem tudta megvédeni” a vajúdót, és nem sikerült „profi segítőként” viselkednie, mert „nagyon bemozgatta az anyai minőségeit”.

Szilvia sikertörténetében a „nagyon ziháló, levegőt kapkodó, kicsit túlmozgásos” vajúdó végül lecsillapodott attól, hogy ő „boldogan elvállalta” a segítségnyújtást.

*„És ez a kismama teljesen rá tudott ülni a szülésnek a hullámaira. Egy óra múlva itt már... idézőjelesen mondom semmiféle hisztériás reakciók nem voltak, ami nyilván nem hisztéria volt, hanem az ő kibillent helyzetében, meg az idegen helyzetből adódó dolog.” (Szilvia)*

A történetek egy másik rendezőelve az „elvihető” *tanulságok*, tapasztalatok és összefüggések felfedezése, megfogalmazása, amely összekapcsolódik a szakmai identitás formálódásával, az önismereti igénnyel.

*„Kiderült, hogy ez a baba ez egy nem várt baba volt. ... Tehát azért itt rengeteg félelmet és szorongást vitt magával ez a kismama, ... amikor szembesülni kell azzal, hogy itt pedig szülés lesz. Itt pedig gyerek lesz. Ez sok szempontból megijesztette őt. És sikerült őt visszabillenteni őt egy olyan helyzetbe, ami egy normál szülési folyamat, és tizenegy órára megszületett a baba. ... És hát... ki nem adta volna a kezéből ezt a gyereket. És, hogy nekem azért volt nagyon szép ez a történet, merthogy én belecsöppentem egy nagyon nehéz helyzetbe, aminek fogalmam sem volt, hogy mi az oka, de amit lehetett látni, az az, hogy valami rettenetes nagy szorongás és félelem a háttérben. És nyilván persze, a magam részéről is, hogy hát ezt sikerült jól megoldani, ez egy sikerélmény volt. Utána megkaptam hozzá a kognitív muníciót is, hogy... tehát, amikor már megtudtam, hogy mi vezetett ide.” (Szilvia)*

*„... igazából nem a szakmai rész, ha szűken veszem, a manuális, meg a tudományos része az, ami ebben nehéz, hanem a ... benne levésünk. És a kilépésünk. Igen. És ezekből a történetekből [ahol megérintődik], gyakran sokkal nehezebb kilépni. Igen, hogy viszem magammal.” (Katalin)*

## 7. Megvitatás

Az interjúszövegek átiratainak elemzése során a felmerülő témákat két főtémába csoportosítottuk: a szakmai identitás fejlődése és a vajúdóval való kapcsolat minősége, amelyek egymást kölcsönösen meghatározó lényeges elemei a szülés során létrejövő segítő kapcsolatnak. A beszélgetések fonalát a szakmai identitás bemutatása adja, ebbe az értelmezési keretbe illeszkedik a kiválasztott szüléstörténet: interjúalanyaink számára fontos a tudatos ön-reflexió, a történések interpretációja és személyes fejlődéstörténetükben és élettörténetükben való elhelyezése.

Az itt bemutatott négy interjú viszonylag kiegyensúlyozott, kevésbé polarizált történeteket mutat be. A segítő kapcsolatban a segítő általában ki van téve a segített traumájának, a másodlagos traumatizáció kockázata igen magas (Fülöp, 2013). Interjúalanyaink megküzdési képességei, továbbá munkakörülményeik lehetővé teszik, hogy legtöbbször „fáradtan, de boldogan” jöjjenek ki a történetből. Azokon a munkaterületeken, ahol a szélsőséges helyzetek szinte mindennaposak, a segítő kapcsolat is további nehézségekkel terhelődik, így a segítő foglalkozású szakemberek kiegészének kockázata többszörös lehet (Fülöp, 2013; Kovács, 2006). A segítő/gyógyító tevékenység egyik legfontosabb összetevője az érzelmi munka (Csabai, Csörsz, & Szili, 2009; Kovács, 2006), hiszen – amint interjúalanyaink is megfogalmazták –, a „bensőséges” segítő kapcsolatban „az érzelmek nagyon érdekes utakon tudnak közlekedni”, és vannak „nagyon nehéz szülések, amik mentálisan nagyon igénybe veszik az embert”. A megnövekedett stresszre kórházi körülmények között legtöbbször érzelmi távolságtartással reagálnak a segítő foglalkozásúak. Ezt a folyamatot érzelmi munkára képes interjúalanyaink is megtapasztalják: a „hóbortos” jelző devalválja interjúalanyaink munkáját, nem ismeri el releváns szakmai kompetenciaként az érzelmi támasznyújtást, erősítve a tételt, hogy ha az ellátás olyan emberek érzelmi szükségleteivel kapcsolatos, akik szenvedést, fájdalmat, vagy traumát élnek át, az a szaksegítőkből is traumatikus stresszreakciókat indíthat el (Leinweber & Rowe, 2010). Az érzelmi támasznyújtás ugyanakkor szakmai kompetenciaként tanulható és tanulandó képesség (Hunter, 2001).

Úgy tűnik, minél alacsonyabb státuszú valaki a kórházi hierarchiában, annál kevésbé van szabad választása a vajúdonak való segítség módjait illetően. A medikalizált, protokolláris ellátás szigorú normaként interpretálódik (Kisdi, 2012; Kitzinger, 2008; Varga, 2015; Varró, 2015). Interjúalanyaink a hierarchikus, többnyire személytelennek megélt kórházi körülmények között igyekeznek fenntartani és működtetni egy páciens- és nőközpontú szemléletmódot, de mindannyian megélik, hogy ez saját munkájukba csak „finoman, lassacskán épül be”, mert ez egy nehezen változó, számos anomáliától terhelt viszonyrendszer. A vezető szülésznő nővérszinten van a hierarchia csúcsán, de a szülész orvos „engedi”, vagy éppen „neheztel”, ha önálló döntései és cselekedetei vannak. A saját szülésekhez járó szülésznők, ha műszakba kerülnek, legfontosabb feladatuknak tartják, hogy betartsák a protokolláris szabályokat. Amikor azokkal az orvosokkal dolgozhatnak „akikkel össze vannak szokva”, és hasonló a szemléletük, vagy „a pártjukon lesz”, akkor érzik magukat biztonságban. Úgy tűnik tehát, hogy minden szakmai önállóságuk ellenére az orvos biztosítja a szülésznőknek a független munkavégzést. Ez az üvegplafon jelenségeként is értelmezhető, amely számos szakmában és munkahelyen megfigyelhető társadalmi egyenlőtlenség a nemek között: bármilyen magasra is jut a nő a munkahelyi

vagy szakmai hierarchiában, egy bizonyos szint fölé nem kerülhet (Fox & Hesse-Biber, 1984; Judge & Livingston, 2008). Úgy tűnik, a kétféle, szülésznő-bábai és szülésziorvosi szaktudás jelenleg még nem válhat egyenrangúvá.

Az egymásnak ellentmondó szemléletek polarizációja kezelhető keretek között marad interjúalanyaink esetében, tisztában vannak a medikális és a kapcsolatorientált munka összehétközhetetlen „üzemmódjaival” és különbségeivel, ugyanakkor „ami rendelkezésükre áll, hogy lépjenek, vagy tegyenek”, azt megpróbálják. Segítői identitásukban is tükröződik ez a kettősség, igyekeznek elkerülni azokat a helyzeteket, ahol nincsenek „biztonságban”, és „lojalitás-háborúba” keveredhetnek. A szüléstörténeteket sikeresnek vagy kudarcosnak értékelik, aszerint, hogy a medikális protokollhoz képest mennyire lehetett „jobbra-balra eltérni”, vagy alkalmazni kellett a „teljes arzenált, amit a kórház fel tud hozni a medikalizáció jegyében”. Ez a narratív szervezőelv lényegében a kapcsolatorientált segítő munka sikerességére vagy kudarcára utal a személytelen protokolláris ellátással szemben, amelyet interjúalanyaink „személyes sikerélményként” vagy kudarcként könyvelnek el.

A kapcsolat élménye, minősége, légköre alapvető fontosságú, hiszen a gyógyító kapcsolat a gyógyítás nem specifikus hatótényezője (Csabai és mtsai, 2009; Fülöp, 2013). Interjúalanyaink is megerősítik, hogy a biztonságos vajúdás/szülés elengedhetetlen összetevője a jól működő segítő kapcsolat. Fontos, hogy „megnyílik-e” a vajúdo a segítő felé, „intenzív együtt-lét” jellemzi a segítő kapcsolatot, és „van a szülésnek egy dinamikája, vagy egy temperamentuma, ami a segítőkre is rányomja a bélyegét”. A segítő számára nagyon „személyes” a segítés élménye, „együtt mozognak”, ugyanakkor a szülést kísérő segítő a biztos pontja, a valóságban lehorgonyozott szereplője a közös élménynek (Lundgren & Dahlberg, 2002). A vajúdás/szülés tekinthető egyfajta átmeneti jelenségnek, határhelyzetnek is, amelyben a pszichés történések interszubjektív térben zajlanak (Lundgren & Dahlberg, 2002; Winnicott, 2004). Interjúalanyaink szerint nagyon fontos, hogy a segítő „valamennyire azért a saját érzéseivel is kapcsolatban legyen”, rendelkezzen önismerettel, a saját története „megcsituljon” és „feldolgozódjon”. A segítő kapcsolat dinamikája szervesen kapcsolódik minden résztvevő élményéhez. A segítői identitás alakulása hasonlóképpen leírható az *út* metaforájával, mint a vajúdás/szülés folyamata, ráadásul ez a két út számos ponton közösen halad, ahogyan azt a két főtéma elemzésénél láthattuk (Dima & Bucuta, 2012; Rácz és mtsai, 2016). A kapcsolatban kibontakozó önmegtapasztalások táplálják a segítő identitást, és a segítői identitás alapvető meghatározója a vajúdoval való kapcsolat hangsúlyozása. A vajúdás/szülés során létrejövő segítő kapcsolatot tovább elemezhetjük Winnicott (2004) „én-kapcsoltság” fogalmát metaforaként használva. Ebben

a feltételezett ellazult állapotban, biztonságos kapcsolati környezetben, a vajúdjó biztosan tudhatja, hogy önmaga lehet és megfedkezhet önmagáról, mert a segítő jelen van ugyan, de a háttérbe húzódva. Interjúalanyaink megfogalmazták, hogy a közös pszichés tér létrehozása, azaz a vajúdjás/szülés kísérése „nagyon komoly mentális, lelki jelenlétet” kíván a segítőtől; ugyanakkor az, hogy „egy másik emberrel van egy helyzetben”, lehetővé teszi, hogy saját segítői identitását, önmagát is megtapasztalja benne. A vajúdjás/szülés során létrejövő segítő kapcsolat rejtett szövedéke ily módon közös mintázatba írja a segítő és a vajúdjó történeteit.

## 8. A kutatás korlátai

Az IPA elemzések kis elemszámú mintával dolgoznak, nem általános összefüggéseket, hanem az egyedi mintázatokat tárják fel. Az interjúk elemzésénél a kutatók szakirodalmi olvasottsága, szemléleti keretei tudatosan befolyásolják a kapott eredmények értelmezését. A jelen tanulmányban ismertetett interjúk egy nagyobb kutatási mintába illeszkednek, az eredmények, értelmezések és összefüggésrendszerek a teljes kutatási anyag feldolgozásával nyерik el végső mélységüket és relevanciájukat.

## Irodalom

- Argelander, H. (2006). *Első pszichoterápiás interjú*. Budapest: Springmed
- Csabai M., Csörös I., & Szili K. (2009). *A gyógyító kapcsolat élménye*. Budapest: Oriold és Társai
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Oakland, CA: University of California Press
- Dima, G., & Bucuta, M.D. (2012). The experience of therapeutic change for psychologist preparing to become psychoterapist. *Procedia Social and Behavioral Science*, 33, 672–676.
- Fox, M.F., & Hesse-Biber, S.N. (1984). *Women at work*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company
- Fülöp, E. (2013). Másodlagos traumatizáció és kiegész összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In M. Csabai, & J.N. Pintér (Szerk.), *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések* (167–190). Budapest: Oriold és Társai
- Héjja-Nagy, K. (2014). *A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében*. Szakdolgozat. Perinatális Szaktanácsadó szakirányú továbbképzés. Budapest: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar
- Hunter, B. (2001). Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 436–444.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, A., & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24, 132–137.

- Judge, T.A., & Livingston, B.A. (2008). Is the gap more than gender? A longitudinal analysis of gender, gender role orientation, and earnings. *Journal of Applied Psychology*, 93, 994–1012.
- Keating, A., & Fleming, V. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*, 25, 518–527.
- Kisdi, B. (Szerk.) (2015). *Létkérdések a szülés körül*. Budapest: L'Harmattan
- Kisdi, B. (2012). A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár*, 2012/3, 23–44.
- Kitzinger, S. (2008). *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal
- Kovács, M. (2006). A kiegész jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16(11), 981–987.
- Larkin, P., Begley, C.M., & Devane D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49–59.
- Larsson, Ch., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first time mothers. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2, 83–89.
- Leinweber, H.J., & Rowe, J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76–87.
- Lipták, J. (2017). *Együttérző gyógyítás. Interjú dr. Robin Youngsonnal, a Szívvel az egészségügyben mozgalom alapítójával*. Letöltve: 2017. 11. 01-jén: [http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/egyutterzo\\_gyogyitas](http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/egyutterzo_gyogyitas)
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18, 155–164.
- Lundgren, I., Karlsdottir, S.I., & Bondas, T. (2009). Long term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 115–128.
- Novák, J. (2015). Normális szülés Magyarországon a 20. század elejétől napjainkig. In B. Kisdi (Szerk.), *Létkérdések a szülés körül* (149–183). Budapest: L'Harmattan
- Osborn, M., & Smith, J.A. (1998). A personal experience of chronic being lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3, 65–83.
- Pápay, N., & Rigó, A. (2015). Bevezető. In Pápay N. & Rigó A. (Szerk.). *Reproduktív egészségpszichológia* (353–370). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Pikó, B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Rácz, J., Kassai, Sz., & Pintér, J.N. (2015). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(2), 313–336.
- Rácz, J., Kassai, Sz., & Pintér, J.N. (2016). *Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. Budapest: L'Harmattan
- Romano, A.M., & Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1), 94–105.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage
- Soltész, A., Rigó, A., & Pápay, N. (2015). Az egyúttérzés jelentősége. In N. Pápay, & A. Rigó (Szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia* (353–370). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Székely, Zs., & Csabai, M. (2017). Egyúttérzés. A szülés során létrejövő segítő kapcsolat kvalitatív vizsgálata a társadalmi nemek és a hatalom szempontjából. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat*. Letöltve: 2018. január 31-én: [http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely\\_csabai.pdf](http://tntefjournal.hu/vol7/iss2/szekely_csabai.pdf)

- Székely, Zs. (2016). „Ilyenkor szoktam remegni...” – rendhagyó esettanulmány egy kutatási interjú alapján. *Lélekelemzés*, 11(1), 79–91.
- Szokolszky, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris Kiadó
- Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Gruenewald, T.L., Gurung, R., & Updegraff, J. (2000). Female responses to stress: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–429.
- Uvnäs-Moberg, K., & Petersson, M. (2004). Oxytocin: Biochemical link for human relations. Mediator of antistress, well-being, social interaction, growth, healing. *Läkartidningen*, 101(35), 2634–2639.
- Vajda, J. (2006). A terápiás hatás, mint melléktermék. *Thalassa*, 17(1), 123–136.
- Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In E. Bagdy, Zs. Demetrovics, & J. Pilling (Szerk.), *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából (447–474)*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Varga, K. (2015). A szülés élménye. Út a „jó minőségű” szüléshez, születéshez. In N. Pápay & A. Rigó (Szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia (67–86)*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Varga, K., Andrek, A., & Herczog, M. (2011). A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In I. Danis, M. Farkas, M. Herczog, & L. Szilvási (Szerk.), *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei. Biztos Kezdet Kötetek 1 (230–281)*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
- Varga, K., & Suhai-Hodász, G. (2010). *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Budapest: Pólya
- Varró, G. (2015). Így szülünk mi – szülési lehetőségek és gyakorlat Magyarországon. In B. Kisdi (Szerk.), *Létkérdések a születés körül (185–204)*. Budapest: L'Harmattan
- Winnicott, D.W. (2004). Az egyedüllét képessége. In B. Péley (Szerk.), *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok (114–119)*. Budapest: Új Mandátum

## Szerzői munkamegosztás

Székely Zsófia: adatgyűjtés és elemzés, kutatás tervezése, eredmények értelmezése, kézirat megszövegezése, szakirodalmi hivatkozások

Csabai Márta: kutatás tervezése, eredmények értelmezése, kézirat megszövegezése

## Nyilatkozat érdekütközésről

A szerzők kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.



## Midwives' experiences of the helping relationship: an interpretative phenomenological analysis

SZÉKELY, ZSÓFIA – CSABAI, MÁRTA

*Background:* Scientific studies about birth and labour are often conducted in a traditional biomedical paradigm, and their results and conclusions are reflecting this approach, too. Holistic approaches of studying birth is spreading recently, and this qualitative research is falling into line with this paradigm. In most cases, birth takes place in the impersonal context of hospitals, where medicalization and technocratic environment is dominant. These circumstances are inevitable consequences of the evolution of medical technologies, and have negative impact both on women in labor and on professionals. Professionals face serious challenges in providing humanized care, and woman-centered, personalized caregiving usually obstructed by the midwives' hierarchical-dependent positions as well. *Aim:* The objective of the study was to explore the experiences of midwives in their helping relationships. How the midwives experience their relationship with women? How can psychodynamic theories of helping relationships explain these phenomena? How gendered characteristics appear in the context of professional care? *Method:* Qualitative study using a phenomenological framework: interpretative phenomenological analysis (IPA). *Setting:* in-depth semistructured interviews, supplemented with thematic pictures. Participants were asked to talk about a freely chosen birth story from their practice, and additional questions were exposed. *Participants:* 5 hospital midwives, 5 homebirth midwives, 4 doulas (14 persons). In this paper we are discussing interviews with 4 hospital midwives. *Results:* *Emerging themes* in relation to the participants' experience of the helping relationship: personal and professional self-knowledge; learning from birthing women; mothering, emotional and physical care; conflicts with colleagues working with different professional approach. *Emerging themes* were grouped into *Main themes*: the development of the participants' professional identity; closely connected to the quality of the relationship with the birthing woman. *Conclusions:* Professional identity and high-functioning relationship with birthing women are interconnected issues, with significant impact on each other. It is like a 'common road' on which all participants move along. Our findings suggest that medicalization and impersonal hospital environment rarely enhance high quality professional care, including personal and emotional care. Participants of this study are seeking for occasional solutions for their polarized conflicts. Consideration should be given to vocational directions and social support.

**Keywords:** IPA – interpretative phenomenological analysis, childbirth, helping relationship, medicalization, humanized practice, professional identity