

BORBÉLY BEÁTA

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Nyelvtudományi Doktori Iskola
borbelybea23@student.elte.hu
<https://orcid.org/0009-0003-4711-7193>

Borbély Beáta: „Vannak olyan kórházi dolgozók is, akik emberi hangnemben nyilvánulnak meg” – a szülészeti ellátásban tapasztalt verbális abúzus nyelvi megvalósulásai és csoportosítási lehetőségei anyai narratívák alapján, néhány pozitív kommunikációs gyakorlat tükrében.

Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám, 2025/1. szám, 100–123.

doi: <http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2025.1.006>

„Vannak olyan kórházi dolgozók is, akik emberi hangnemben nyilvánulnak meg” – a szülészeti ellátásban tapasztalt verbális abúzus nyelvi megvalósulásai és csoportosítási lehetőségei anyai narratívák alapján, néhány pozitív kommunikációs gyakorlat tükrében

‘There are also hospital staff members who use a human tone’ – Linguistic manifestations and possible classifications of verbal abuse in obstetric care based on maternal narratives, in the light of some positive communication practices ANY_elte_0009-0003-4711-7193

The abuse of mothers during childbirth is a significant public health and human rights problem at a global level, as evidenced by the growing number of research and studies focusing on this issue from around the world (Bohren et al., 2015; Sando et al., 2016; WHO 2014). Communication surrounding childbirth can involve several typical emotional abuse techniques, all of which can have significant emotional consequences on the mothers. At the same time, the literature often refers to the importance of positive, affirming communication in healthcare during patient care, highlighting its direct impact on the success of patient recovery and improvement of their condition (cf. Marthy, 2023; Varga, 2011).

My aim is to demonstrate the types of verbal abuse experienced in obstetric care in Hungary, including the phenomenon of gaslighting in more detail, illustrated with examples, and to describe the positive communication methods offered to mothers. The broader aim is to highlight the emotional component, which appears only peripherally in contemporary pragmatics and discourse analysis, but which is of outstanding importance in communication around childbirth.

Accordingly, my research questions are: (1) which types of verbal abuse experienced by mothers can be distinguished in the corpus analysed, (2) within this corpus, in which form(s) gaslighting appears, and (3) which forms of reinforcing communication were reported by mothers as acceptable to them. A further question is (4) what emotional components on the part of the recipients are associated with the two communication styles.

The present research is based on functional pragmatics as a general theoretical framework and draws heavily on critical discourse analysis. By examining women's birth narratives, I indirectly draw conclusions about health workers' discourse. This is a systematic qualitative narrative analysis, which uses an inductive method to construct categories from the data, drawing on the methodology of grounded theory. My analysis is based on two internet sources collecting maternal birth narratives, both of which I have analysed all the material from 2022-2023: 59 anonymous written accounts from the Facebook page of the civil society organisation "Másállapotot a szülészetben" and 84 video interviews with the mothers faces and names from the YouTube channel of the art project "Hoztam e világra". The total length of the two corpus is 212158 words. The coding and categorisation of the communication parts of the texts was done using the Maxqda software, while the transcription of the videos was done using the Alrite software.

Based on my results, obstetric verbal abuse can appear on an interpersonal and intersubjective dimension, within the latter, the individual manifestations can be ordered according to their main aspects along the knowledge-action-emotion dimensions. Within the intersubjective types of abuse, gaslighting is a distinctive subtype of manifestations that primarily affect emotions, and two main forms can be identified: gaslighting related to external data and facts in questions about the mother, and denial, questioning and trivialisation of internal states and feelings experienced by the mother, based on maternal accounts. Due to the nature of the corpus, there were far fewer examples of positive communication in the narratives, so their grouping is less differentiated and a more detailed analysis could be done after further data collection. The mothers often associated their experiences and feelings with each type of revelation, and the description of these is an important component of the results.

My research shows that verbal abuse is a significant problem in obstetric care, with a large number of examples from maternal narratives that can be grouped into distinctive types based on key characteristics. Gaslighting appears as a prominent subtype of verbal abuse, which is not only prominent in terms of the proportion of occurrences, but also in terms of the extent of harm, when analysing the emotional component. Based on the mothers' accounts, the gap between the two styles becomes clear by highlighting the communication attitudes they consider positive and the emotions and perceptions associated with them, which, in addition to the need for immediate remedy of the problem, illustrates the importance and consequences of inadequate communication in obstetric care.

A systematic study of the phenomenon of verbal abuse and its results can be used in the long term to improve medical communication for a more empathetic patient care, and can also help mothers who have experienced traumatic events to understand and become aware of the events they have experienced and to process them.

Keywords: doctor–patient communication, maternal narratives, verbal abuse, positive communication, narrative analysis

1. Bevezetés

1.1. A szülészeti abúzusról

Orvosi indoklás nélküli beavatkozások, rutinszerű gátmetszések, az anyák indokolatlan fizikai korlátozása, szóbeli vagy írásbeli tájékoztatás hiánya, szülési terv orvosi indok nélküli figyelmen kívül hagyása, tiszteletlen kommunikáció, a nő fájdalmának bagatellizálása, kigúnyolás, szexuális bántalmazás szülés közben, megalázás, negatív diszkrimináció bőrszín, etnikai hovatartozás, szocioökonómiai státusz alapján; elhanyagolás vagy a segítségnyújtás megtagadása – csupán néhány példa a leggyakrabban előforduló szülészeti abúzus eseteiből. Amellett, hogy ezek az események a nőknek jelentős lelki traumát okoznak, alapvető emberi jogokat is sértenek: az információhoz, tájékoztatáshoz való jogot, a titoktartáshoz és a magánélethez való jogot, a méltósághoz és tisztességhez való jogot; az egyenlőséghez, diszkriminációtól való mentességhez, méltányos ellátáshoz való jogot (Diniz et al., 2015; Tesser et al., 2015). A szülés közben elszenvedett bántalmazás világszintű problémát jelent napjainkban is, legyen szó a „fejlett” nyugati társadalomról, vagy egy harmadik országbeli, vidéki kórházról. A jelenség aktualitását jól jelzi a témával foglalkozó kutatások, civil megmozdulások egyre szaporodó száma is.

2. Elméleti háttér

2.1. A szülészeti abúzus típusai, fogalma

A szülészeti erőszak olyan globális probléma tehát, melynek a gazdasági kontextustól, az adott társadalom összetételétől és normáitól, a medikalizáció szintjétől, a szülést kísérő egészségügyi dolgozóktól függően is számos formája lehet, a visszaélések országonként, kultúránként sokféle formát ölthetnek a páciens fájdalmán való viccelődéstől a szülés utáni kényszersterilizálásig (Perrotte et al., 2020). A szülészeti abúzus mind a túl-, mind az alulmedikalizált ellátásban megfigyelhető (Borges, 2018; Dixon, 2015; Haut Conseil à l’Egalité Entre les Femmes et les Hommes, 2018; Sando et al., 2016). Észak-Amerikában és Európában például nagyon gyakoriak a rutinszerű császármetszések és a gátmetszések (hipermedikalizáció), míg az alacsony és közepes jövedelmű országokban valószínűbb az egészségügyi központban történő felügyelet nélküli szülés, azaz az elhanyagolás (alulmedikalizáció) (Perrotte et al., 2020). De csoportosíthatók ezek az események aszerint is, hogy a cselekvés aktív-e, ilyen például a szándékos fizikai bántalmazás, vagy passzív, például amikor a személyzeti korlátok vagy a túlzsúfoltság miatt hanyagolják el a segítségre szoruló anyát; kapcsolódhatnak egyének viselkedéséhez: az egészségügyi szolgáltatók szülő/gyermekágyas nőkkel szembeni szóbeli bántalmazása, vagy az egészségügyi rendszer feltételeihez, ilyen például az ágyhiány, ami veszélyezteti az alapvető magánélet és a titoktartás tiszteletben tartását (Bohren et al., 2015).

A kutatások eredményeként több, az abuzívnek tekintett eseményeket tematizáló munka látott napvilágot, melyben megkísérlik az egyes országokban vagy a világon globálisan előforduló bántalmazásokat hasonlóságaik mentén csoportokba rendezni (vö. Bowser & Hill, 2010, d’Oliveira et al., 2002; Diniz et al., 2015). A WHO például 5 ilyen kategóriát sorol fel: 1. rutinszerű és szükségtelen beavatkozások az anyán vagy a csecsemőn; 2. szóbeli bántalmazás, megalázás vagy fizikai agresszió; 3. az eszközhiány és a nem megfelelő felszerelés; 4. az egészségügyi személyzet által beleegyezés nélkül végzett beavatkozások és 5. a kulturális, gazdasági, vallási és etnikai alapon történő diszkrimináció (Jardim & Modena, 2018; WHO, 2014). Az egyik legátfogóbb csoportosítást (systematic review) azonban Bohren és szerzőtársai nyújtják 2015-ös összefoglaló munkájukban, melyben 34 országból származó, összesen 65 db, a témát középpontba állító tanulmányt dolgoznak fel; áttekintésük eredményeként pedig a szülészeti visszaélés következő kategóriáit különítik el: 1. fizikai bántalmazás; 2. szexuális bántalmazás; 3. szóbeli bántalmazás; 4. stigmatizálás és diszkrimináció; 5. a szakmai standardok be nem tartása; 6. elégtelen kapcsolat a nők és az egészségügyi dolgozók között; 7. az egészségügyi rendszer körülményei és korlátai (Bohren et al., 2015).

A szülészeti abúzus kapcsán egy olyan komplex fogalomról van tehát szó, mely leginkább gyűjtőfogalomként értelmezhető (Annborn & Finnbogadóttir, 2022). A tipizálásokra jellemző, hogy a verbális abúzus jellemzően egy markánsan

elkülönülő alcsoportként, önálló kategóriaként jelenik meg bennük (ld. Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Bohren et al., 2015; d'Oliveira et al., 2002), alaposabb leírása, átfogó és szisztematikus elemzése azonban ritkán történik meg. Kutatásom során ezért arra teszek kísérletet, hogy anyák beszámolóí alapján vizsgáljam meg részletesebben és elemezzem a magyar kórházak szülészeti osztályán, illetve a szülést követő, legtöbbször néhány napos kórházi tartózkodás során, a szüléssel együttműködő csecsemőreszlegen megjelenő verbális abúzus előfordulásait, jellemző típusait.

2.2. Terminológiai kérdések

A világszinten egyre többet kutatott téma kapcsán nincs egységes terminológia a különböző országok, szervezetek és szerzők körében.

Az utóbbi évek nemzetközi szakirodalmában a leginkább az *obstetric violence* ('erőszak') kifejezés terjedt el (pl. Chadwick, 2023; d'Oliveira et al., 2017; Diaz-Tello, 2016), és gyakran alkalmazzák a *mistreatment* ('rossz bánásmód') szót is (pl. Bohren et al., 2015; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Lappeman & Swartz 2021), illetve a *disrespect and abuse* ('tiszteletlenség és abúzus') előfordulása számottevő még a témával foglalkozó kutatók körében (pl. Abuya et al., 2015; Bowser & Hill, 2010; Freedman & Kruk, 2014; Kruk et al., 2018; Sando et al., 2016; WHO 2014).

Chadwick (2023), aki maga az *erőszak* kifejezést tartja a legmegfelelőbbnek, hívja fel arra a figyelmet, hogy a *rossz bánásmód, tiszteletlenség* kifejezések alkalmazása a jelenség bagatellizálásához vezethet: a finomkodó kifejezések nem segítik a jelenség elleni világszintű küzdelmet. Az *erőszak* kifejezést kifogásolók (pl. Lappeman & Swartz, 2021; Jewkes & Penn-Kekana, 2015) pedig azzal érvelnek, hogy az egészségügyi dolgozók megbélyegzése, címkézése nem segíti a szülészeti ellátás javítására, reformjára irányuló erőfeszítéseket, sőt, nemcsak a szakemberekre nézve lehet káros hatása, hanem közvetve a szülő nőkre is. Más szerzők egy lehetséges alternatívaként használják az *abuse (during childbirth)*, azaz 'abúzus (a szülés során)' kifejezést, mely amellet, hogy mutatja a történések súlyát, megfelelően fókuszál a jelenség lényegi sajátosságára: a hatalmi alá-főlé rendeltségre, a szülő nő és a szülés körül szerepet kapó egészségügyi dolgozók közötti egyenlőtlenségre. Magam is az *abúzus* terminust tartom a legmegfelelőbbnek, mivel ebben kifejeződik az a hatalmi hierarchia, a bántalmazottnak az a kiszolgáltatottsága, amely a mai magyar szülészeti ellátásban is markánsan jelen van – ahogy erről a szülésbeszámolók is tanúskodnak.

Az *abúzus* szó a magyarban leginkább a *visszaélés, túlkapás, bántalmazás* szavakkal rokonítható; a *Magyar etimológiai szótár* szerint a szó a latin *abusus*-ból származik, (*ab-* 'el, félre', *utere, usum* 'használ'), melynek jelentése: 'visszaélés (hatalommal, vagyonnal, erővel)' (Magyar etimológiai szótár, 2001). A visszaélés egy speciális formája az *egészségügyi ellátásban történő abúzus*; ez

a megnevezés egyrészt megjelöli a bántalmazás helyét, másrészt utal egy olyan intézményi-strukturális környezetre, amely előre meghatározott szabályokkal, szerepekkel jellemezhető (Brüggemann et al., 2012). Az egészségügyi ellátásban tapasztalható abúzus korábban hiányzó definíciójának megalkotásához Brüggemann és szerzőtársai 13, a témát érintő, 1997 és 2009 között megjelent tanulmányt elemeztek a fogalmi elemzés (konceptuális analízis) módszerével, a fogalmat a tudományos szakirodalomban említett esetek szisztematikus elemzésével tisztázva. Ennek az átfogó elemzésnek az eredményeképpen született meg az alábbi definíció:

Az egészségügyi ellátásban tapasztalható abúzus meghatározása a betegek szubjektív tapasztalatai alapján történik az egészségügyi ellátórendszerrel való találkozást követően, amelyet olyan események jellemeznek, amelyekből hiányzik a gondoskodás, ahol a betegek szenvednek, és úgy érzik, hogy elveszítik emberi értéküket. Az események legtöbbször feltehetően nem szándékosak, és a strukturális és kulturális kontextus, amelyben a találkozás zajlik, táplálja és legitimálja őket. Az egészségügyi ellátásban elkövetett visszaélések negatív kimenetelűek a betegek, és bizonyára a személyzet, valamint az egészségügyi rendszer számára is. (Brüggemann et al., 2012: 130)¹

Témám szempontjából az egészségügyi ellátásban tapasztalható abúzusnak a fenti, Brüggemann és szerzőtársai által alkotott definícióját tartom a legpontosabbnak, ezért kutatásom során ezt alkalmazom szülészeti kontextusban is.

2.3. A kutatás elméleti kerete

Jelen kutatás általános elméleti keretként egy funkcionális pragmatikai alapra épül. A pragmatika ebben a szemléletben a nyelvi tevékenységre átfogóan alkalmazható „szemléletmód”, mely a nyelvet a maga komplexitásában, mentális és társadalmi-kulturális tevékenységként, viselkedésként is vizsgálja. Jelen kutatással kapcsolatban fontos kiemelni a szemléletmód egyik központi elméletét, a dinamikus, kontextusfüggő jelentésképzést.

A jelentés a konkrét diskurzusok kontextusában létrejövő dinamikus jelenség, amely folyamatosan (procedurálisan) és aktuálisan konstruálódik (Verschueren, 1999). A kontextus ebben a megközelítésben egy olyan értelemtartomány, amely tartalmazza a diskurzus résztvevőinek a szituációra, a cselekvésre és a témára vonatkozó ismereteit, valamint magába foglalja azok fizikai, szociális és mentális

¹ A szerző fordítása. Eredeti angol nyelvű definíció: *Abuse in health care is defined from patients' subjective experiences of encounters with the health care system, characterized by events that lack care, where patients suffer and feel they lose their value as human beings. The events are most often unintentional and nurtured and legitimized by the structural and cultural contexts in which the encounter takes place. The outcomes of abuse in health care are negative for patients and presumably for staff and the health care system as well. (Brüggemann et al. 2012: 130)*

világát is (Tátrai, 2011). A jelentésképzés a közös háttértudás közegében kibontakozó közös, interaktív mentális folyamat, mely a beszélő és a hallgató közötti kooperáción alapul. A kommunikáció során minden résztvevőnek más lehet a nézőpontja, eltérőek lehetnek a háttérismereteik, céljaik és következtetései, ezért nem feltétlenül azonos jelentést tulajdonítanak az egyes megnyilatkozásoknak. Egy megnyilatkozás kapcsán tehát beszélhetünk beszélői (intencionális) és befogadói jelentésről, a kettő azonban nem feltétlenül esik egybe (Tátrai, 2011; Verschueren, 1999).

A funkcionális pragmatika keretében megemlíteném továbbá a kutatásom alappilléreit jelentő interperszonális és interszubjektív metafunkciók, valamint az interszubjektív nyelvi megismerésben foglalt tudás, a cselekvés és az érzelem hármasságának dimenziója (Croft 1994, 2009). Az interperszonális metafunkció központi eleme, hogy az emberek a nyelvi tevékenység során egymásra is tekintettel vannak, céljuk a személyközi kapcsolatok kialakítása és fenntartása. A nyelvi tevékenység interszubjektív viszonyrendszere pedig feltételezi, hogy a pillanatnyi beszélő és hallgató egy közös figyelmi helyzetben, a világgal kapcsolatos tapasztalataikról együtt hozzák létre, vagyis konstruálják a közös kommunikációs folyamatot és az abban foglalt szövegek, nyelvi szerkezetek megértését (Tolcsvai szerk, 2017). A továbbiakban ezt a két metafunkciót egyszerűsítve interszubjektív, azaz megismerő, valamint interperszonális, vagyis kapcsolatteremtő metafunkciókként interpretelem. Ez a két (meta)funkció, ahogyan a később bemutatott kategóriák elemei, nem válnak el élesen egymástól: egyszerre, egymást feltételezve működnek, hiszen a nyelvi tevékenység egyszerre megismerés és kapcsolatteremtés. A nyelv elsődlegesen interperszonális vagy interszubjektív használatáról akkor beszélhetünk, ha az egyik vagy másik metapragmatikai funkció dominánssá válik adott beszédhelyzetben (Tátrai, 2011). Az interszubjektív dimenzióban foglalt tudás-cselekvés-érzelem hármassága (Croft 1994, 2009) pedig arra vonatkoztatható, hogy a beszédhelyzetben a kommunikációs partner figyelmét aktuálisan mire szándékozunk irányítani: szeretnénk informálni, tájékoztatni az egyes történésekről, ezzel pedig a világgal kapcsolatos tudását befolyásolni; a tapasztalatok megosztásával a (közös) cselekvésekre kívánunk hatni, azokat összehangolni vagy a világ dolgaihoz és eseményeihez; illetve a beszédpartnerhez fűződő érzelmek megjelenítésével azokat a másik tudomására akarjuk hozni, ilyen módon hatással lenni rá.

A funkcionális pragmatikán túl a kritikai diskurzusvizsgálat (CDA) elméleti megközelítésére is nagyban támaszkodik a kutatás, mely a nyelvhasználatnak a hatalommal és alá-fölé rendeltséggel való kapcsolatát vizsgálja, segít feltárni, hogy adott szövegben hogyan jelennek meg nyelvi szinten a hatalmi viszonyok az olyan intézményes – így többek között egészségügyi – gyakorlatokban is, ahol hatalmi aszimmetria tapasztalható (P. Szilczi, 2018, Van Dijk, 2015; Wodak & Michael, 2008). A szülészeti abúzus általános kutatásai, mint a jelen munka is, ezen hatalmi aszimmetrikus viszonyból következően gyakran kapcsolódnak ebbe

az elméleti keretbe (pl. Burnett, 2021; Mayra et al., 2022; van der Waal et al. 2022).

3. A kutatás bemutatása

3.1. Kutatási célok és kérdések

Kutatásom során célom, hogy az anyai beszámolók alapján elkülönítsem és csoportosítsam a szülés körüli kommunikáció során, az egészségügy dolgozók beszédében fellelhető tipikus érzelmi bántalmazási technikákat, valamint bemutassak néhányat az anyák által pozitívan megélt kommunikációs gyakorlatokból is. Jelen tanulmány egy készülő, a szülészeti verbális abúzzsal jóval tágabban, részletesebben foglalkozó, a témát több aspektusból megvilágító doktori disszertáció része, így terjedelmi okokból itt csupán a leggyakrabban előforduló esetek rövid ismertetésére nyílik lehetőség. Az elemzést és értelmezést meghatározza, hogy az egészségügyi dolgozók beszédéről közvetett adatok állnak rendelkezésre, az elemzés utólagos anyai beszámolók, nem pedig közvetlen megfigyelések alapján történik.

A legtöbb pragmatikai és diskurzuselemző munkában jellemzően a jelentés kérdésköre van a figyelem fókuszában, a befogadói megélések, érzelmek ritkán kerülnek a kutatás és elemzés középpontjába. Jelen kutatás ezért narratívák elemzésén alapul, és két külön sík, jelenségkör feltárása a cél: az egészségügyi dolgozóknak az anyával folytatott kommunikációs eseményeinek a vizsgálata, valamint az anyák ezen kommunikációs eseményekhez (és a szülés egészéhez) kötődő érzelmei, élményei. Fontos célkitűzés tehát számomra, hogy a kortárs diskurzuselemzésben csupán periférusan megjelenő érzelmi komponenst kiemeljem, bemutatva, hogy az egyes kommunikációs stílusoknak milyen hatása van az anyákra nézve.

Kutatási kérdéseim ennek megfelelően a következők: (1) Az elemzett korpuszban az anyák által megélt verbális abúzus mely típusai különíthetők el. (2) Ezek a példák hogyan rendezhetők el a nyelv fő metafunkciói, valamint a tudás-cselekvés-érzelem dimenziók mentén. (3) Az anyák általánosságban milyen, számukra elfogadható, megerősítő kommunikációs formákról számoltak be. (4) A befogadók részéről milyen érzelmi komponensek kötődnek az két kommunikációs stílushoz.

3.2. A kutatás anyaga és módszertani megközelítés

Az elemzés anyaga két internetes forrásból tevődik össze. A korpuszt egyrészt a *Másállapotot a szülészetben*, a nők központú szülészeti ellátásért küzdő mozgalom, civilszervezet Facebook-oldalának gyűjtése adja, ahol a nők anonim, írásos módon számolnak be szülésélményeikről, ellátórendszerrel kapcsolatos tapasztalataikról. A korpusz ezen része a 2022–2023-as év összes bejegyzését, azaz 59 anyai beszámolót tartalmaz 58 819 szó terjedelemben. A korpusz másik részét a *Hoztam e világra* című „művészeti projekt” Youtube-csatornájának

videóinterjú adják, melyekben a nők arcukat, keresztnévüket vállalva osztják meg szüléssel kapcsolatos tapasztalataikat. Itt szintén a 2022–2023-as év összes beszámolóját feldolgoztam, szám szerint 80 interjút 155 436 szó terjedelemben. A videók átíratát az Alrite program segítségével készítettem el. A gépi átírást minden egyes beszámoló esetén manuálisan ellenőriztem, mely során javítottam az egyes elírásokat, mondatvégi írásjeleket, vesszőket, szövegbeli tagolásokat – mint új mondat, új bekezdés. A gépi átírás nem jelölte továbbá a hezitálásokat (pl. *ööö, hát.., nem is tudom...*) valamint a szöveget kísérő nonverbális, szupraszegmentális elemeket, mint a sírás, nevetés, szarkasztikus hangvétel stb. Ezekkel a szövegeket kiegészítettem, a nonverbális jelzéseket a szöveg megfelelő része után szögletes zárójelben közöltem. A korpusz így összesen 139 anyai beszámolót tartalmaz mintegy 214 255 szó terjedelemben.

Ezen szövegek elemzését a Maxqda szoftver segítségével végeztem. A szövegek jellegéből adódóan narratívaelemzésről van szó, tehát az egészségügyi dolgozók kommunikációjáról közvetetten vonhatók le következtetések. Az induktív módszerrel végzett, szisztematikus kvalitatív elemzés során az egyes, anyai beszámolók alapján abuzívnak megélt szövegrészeket kijelöltem, elkülönítettem, majd hasonlóságaik és különbségeik mentén a grounded theory módszertanának² megfelelően, a „constant comparison method”, azaz a folyamatos összehasonlítás elve szerint rendeztem el hierarchikus kódstruktúrákba, melyben a nyílt kódok létrehozását az axiális kódok, majd a szelektív kategóriák követik (vö. Charmaz 2000, 2006). A nyílt vagy más néven soronkénti, lineáris kódok az elemzett szövegek sorról sorra történő átolvasását követően a kutatási téma szempontjából releváns szövegrészek tömör tartalmi kivonatai, melyek folyamatosan formálódva további összevonások, jelentéskiemelések által létrehozott hosszabb-rövidebb szövegegységekké alakultak a szövegek feldolgozása során. Az axiális vagy tengelykódok a nyílt kódok között kirajzolódó összefüggések, ellentmondások alapján azok olyan csoportokba rendezése, melyek a hierarchikus kódrendszer középső, absztraktabb szintjét adják. S végül a szelektív kategóriák olyan magasabb absztrakciós szinten lévő kategóriákat jelentenek, melyek az axiális kódokat fogják össze közös tartalmi-logikai egységekbe (vö. Charmaz 2000, 2006; Sallay & Martos, 2018).

Az egyes, fenti módszerrel konstruált csoportok azonban nem egymástól mereven elkülönülő kategóriákat eredményeznek, hiszen egy, az anya által verbálisan abuzívnak megélt megnyilatkozás egyszerre hordozhatja (és hordozza is) magában valamelyest az alább bemutatott főbb csoportok (nyelvi metafunkciók és tudás-cselekvés-érzelem dimenziók) elemeit is. Ugyanakkor az egyes csoportok alakítása mindig a szövegben fellelhető, lehangsúlyosabb

² A Grounded Theory (GT), vagy magyarul „megalapozott elmélet” módszer kvalitatív kutatási megközelítés, amely az adatokból kiindulva épít elméletet – nem előre meghatározott elméleti keretek alapján dolgozik, hanem induktívan, az adatelemzés során fokozatosan formálódik az elmélet. Bár eredetileg szociológiában (Glaser & Strauss, 1967) alkalmazták, a módszertant a nyelvészetben is egyre gyakrabban használják, különösen a diskurzuselemzés, pragmatika, és interakcióelemzés területén (vö. Charmaz, 2006; Dornyei 2007).

aspektus mentén történt. Az egyes megnyilatkozások elkülönítésében a kontextusnak volt elsődleges szerepe. Mindennek eredményeként egy-egy megnyilatkozás, szövegrész mindig csak egy, a leghangsúlyosabban érvényesülő alcsoport eleme lehetett.

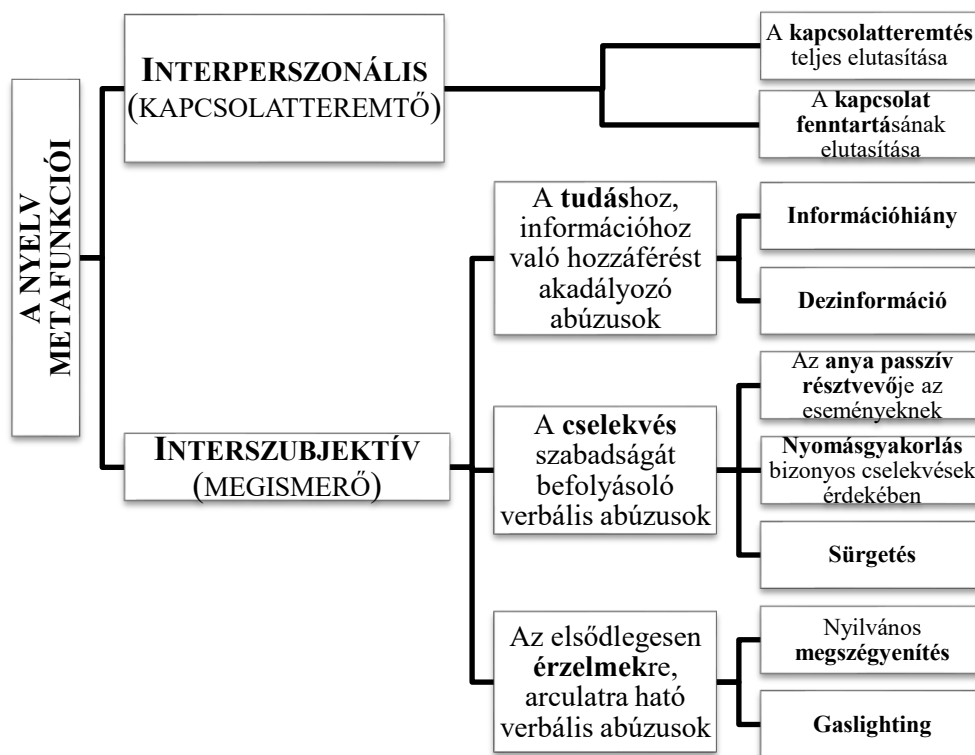
Az egyes példák után zárójelben jelzem a forrás pontos helyét egy kezdőbetűvel és egy számmal: ennek megfelelően a Hoztam e világra „H”, Másállapotot a szülészetben „M” jelzést kap. E mögött áll az adott bejegyzés száma az egyes korpuszokon belül, a megjelenés sorrendje szerint. Így például a Hoztam e világra 199. interjúja a H199, míg a Másállapotot a szülészetben 308. bejegyzése az M308-as kódot kapja. Terjedelmi korlátok miatt az egyes kategóriák bemutatásakor példát csak a leggyakrabban előforduló, legjellegzetesebb esetekről hozok majd.

4. Eredmények

4.1. A verbális abúzus példái az anyai szülésbeszámolók alapján

Az elemzés eredményeként összesen 757 db olyan megnyilatkozást különítettem el a korpuszból, amelyeket az anyák a róluk való beszámolóban abuzívként megéltnek konstruáltak. Ezek 34,9%-a (264 db megnyilatkozás) az egészségügyi dolgozókkal való kapcsolat minőségére vonatkozóan okozott hiányt, nehézséget; a további 65,1%-ban (493 db megnyilatkozás) az interszubjektív dimenzió sérüléséről beszélhetünk: a nők ezen belül egyrészt a tudáshoz, azaz az őket vagy gyermeküket érintő információhoz való hozzáférést érezték nehéznek vagy lehetetlennak (110 db megnyilatkozás, az összes eset 14,5%); másrészt a szabad cselekvésben érezték magukat korlátozva (219 db megnyilatkozás, az összes eset 28,9%), harmadrészt a közvetlenül az érzelmeikre ható, arcukat fenyegető abúzustípusokról számoltak be (164 db megnyilatkozás, az összes eset 21,7%-a). A kategóriarendszer fő tengelyeit az alábbi, 1. ábra szemlélteti.

1. ábra: A verbális abúzus példáinak főbb kategóriái az interperszonális-interszubjektív nyelvi metafunkciókon belül



Az interperszonális, azaz a társas kapcsolatalakító viszony sérülése a beszámolók alapján két vonatkozásban figyelhető meg. Egyrészt beszélhetünk a kapcsolatteremtés teljes hiányáról, elutasításáról (84 db megnyilatkozás, az összes eset 11%-a), mely a példák alapján megmutatkozhat abban, hogy az egészségügyi dolgozók az első találkozáskor nem teremtenek kapcsolatot: nem néznek az anyára, nem köszönnek vagy nem mutatkoznak be. Előfordul, hogy az anyát nem vonják be a róla szóló diskurzusba; az anya jelenlétében vagy füle hallatára kibeszélik vagy ítélik föl. A kapcsolatteremtés elutasítása jelentkezhet továbbá abban is, hogy az egészségügyi dolgozók teljesen elhanyagolják vagy levegőnek nézik a nőt, illetve az anyára figyelés helyett egy merőben más, nem odaillő cselekvést végeznek, ahogyan ez a példa is mutatja:

A műtét alatt az orvosok megbeszélték fölöttem a karácsonyi ajándékokat, a gyerekkori élményüket, és mint egy darab hús, én ott feküdtem (H199).³

³ Az esetleges, az eredeti példákban szereplő elírásokat, nyelvi hibákat a továbbiakban változtatás nélkül, betűhűen közlöm.

A nőt a beszámolók tanulságai szerint gyakran tárgyiasítják is, azaz úgy beszélnek az anyáról annak jelenlétében, mintha jelen sem lenne:

És ez volt az első élményem gyakorlatilag az első fiam születésénél, meg az a brutális tény, amit megint csak évekkel később tudtam meg, hogy mi az a férj öltés, amikor a doktor urat a varrásnál majdnem szájba rúgtam frankón. Azt mondta, hogy már nem tud több érzéstelenítőt adni a gátvarrásnál, de nekem olyan brutálisan fájt, hogy az összes tűszúrást éreztem. Erre is tisztán emlékszem - mondta a doktor úr Robinak, hogy na, ha szeretnéd, akkor egy picit szűkebbre varrom. Robi megmondta, hogy persze, jól van, csináld, azt se tudta, hogy miről van szó. Én se tudtam, hogy miről van szó. (H133)

A kapcsolatteremtés hiánya mellett a másik fő csoportot az interperszonális viszonyrendszer sérülésén belül az egyenrangú, partneri kapcsolat sérülése jelenti (180 db megnyilatkozás, az összes eset 24%-a). A beszámolók elemzése alapján itt is több, összesen 10 db tematikus csoport különíthető el. Megfigyelhető például, hogy a nők az egészségügyi dolgozók részéről közönyös, unott hozzáállást tapasztalnak, nem veszik figyelembe az intim helyzetre való igényüket, és egyáltalán, az alapvető igényeik iránt sem mutatnak megértést. Gyakran elmarad a segítségnyújtás a kérés ellenére is, az előzőekben megígértéket nem tartják be, nem kérnek bocsánatot hibázás esetén, vagy egyszerűen elmarad az anyáknak ilyenkor oly sokat jelentő támogató, biztató kommunikáció. Egyes esetekben az is megfigyelhető, hogy az egészségügyi dolgozók kilépnek a kapcsolatból, cserbenhagyják az anyát. Ugyanezen kategórián belül a két leggyakrabban előforduló eset azonban az anyai kérésnek a figyelmen kívül hagyása vagy durva elutasítása (31 db megnyilatkozás):

Olyan volt mintha valami más világba kerültem volna. És természetesen, ha ez nem lett volna elég, fél-1 óránként jött a „kötelező” méhszáj vizsgálat, ami persze a kézi tágitást jelentette. Minden egyes alkalommal kértem, hogy ne csinálja. Mindig várni kellett a fájást, hogy az alatt csinálja, volt, hogy inkább rezzenéstelen arccal tűrtem a fájást és nem szóltam neki, hogy akkor van, mert egyszerűen nem bírtam tovább lelkileg azt a rendszeres erőszakot, fájdalmat. (M337)

A másik leggyakoribb az egyenrangú kapcsolat sérülésén belül az infantilizáció, azaz a nőt gyermeki létbe helyező, kioktató, számonkérő kommunikáció (47 db megnyilatkozás):

az a nővér, aki engem felvett az osztályra, ő nem volt kedves, és ez egy finom kifejezés volt. [...] Ez a hölgy megkérdezte tőlem, hogy hanyadik terhességem, vagy hanyadik születésem – nem tudom –, és akkor így rávágtam, hogy az első.

Majd utána az ügyeletes orvos megnézte a kiskönyvem, és mondta a nővérnek, hogy ez nem az első terhességem, hanem ugye a harmadik, mert volt két vetélésem. Ekkor ő azt mondta, hogy legközelebb, ha megkérdezik ezt tőlem, azt kell mondani, hogy a harmadik terhességem, de otthon élő gyermekem nincs. Ezek azok a mondatok, meg ez az egész, amitől nekem az összes fájásom elmúlt. (H158)

Az interperszonális, azaz a társas kapcsolatépítő nyelvi metafunkció sérülése mellett sokkal nagyobb számban, mintegy az esetek kétharmadában az interszubjektív, megismerő dimenzió sérüléséről számolnak be a nők, mely manifesztálódhat a tudáshoz, információhoz való hozzáférésük akadályozása, a cselekvésük korlátozása, vagy az érzéseik, személyiségük sérülésén keresztül.

A tudáshoz, információhoz való hozzáférést akadályozó, információt torzító verbális abúzustípusok két főbb alcsoportra oszthatók: egyrészt megfigyelhető az információhiány (85 db megnyilatkozás, az összes eset 11%-a), például az anyák akadályoztatva érzik magukat a kórházi felvételhez szükséges papírok tartalmának megismerésében, más esetekben elmarad a tájékoztatás az anyát/babát érintő történésekről, a beavatkozások lehetséges következményeit az egészségügyi dolgozók nem közlik. Ez egyben a Magyarországon jelenleg érvényben lévő egészségügyi törvényben foglalt *Tájékoztatáshoz való jogot* is sérti (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről). Ennek egyik altípusa, mikor az anya kifejezett kérdésére sem érkezik válasz, vagy a válasz hiányos:

Ritkán fordult elő, hogy elmondták, mit miért csinálnak akár velem, akár a babával. Rájöttem, sokszor az is problémát jelent, ha kérdezek. A baba kezében volt korábban branül, amin keresztül az antibiotikumot kapta, egyik szoptatás alkalmával már a fején láttam. Azt mondták, a kezén levő „elromlott”, ezért van most a fején. Egyik alkalommal nem volt rajta sehol, kérdeztem, legközelebb hova teszik, erre a válasz az volt: „ahol találunk vénát, de anya, maga ezzel ne foglalkozzon, csak jöjjön szoptatni és szeretgesse a babát”. (M330)

A tudáshoz, információhoz való hozzáférést akadályozó abúzustípusok másik csoportját a dezinformáció, félretájékoztatás esetei jelentik (25 db megnyilatkozás, az összes eset 3%-a), amikor is az anyák következtelenséget, összevisszaságot tapasztalnak az információban, vagy esetleg az egészségügyi dolgozók kifejezetten valótlanságot állítanak. Az anyai beszámolók egy részében megjelenik a szintén jogszabályt sértő *Dokumentációs kötelezettség sérülése*, azaz a tények, események megmásítása, tagadása az írott dokumentációban:

Ja, és a zárójelentésen rajta sem volt a tápszer, az oxi, vagy köze nem volt a valósághoz (M307).

A cselekvés szabadságát befolyásoló verbális abúzustípusok jelentik a másik, és egyben számban a legjelentősebb alkategóriát az interszubjektív dimenzió belül, itt három alcsoportot lehetett elkülöníteni. Az elsőben az anya leginkább csak passzív résztvevője az eseményeknek (121 db megnyilatkozás, az összes eset 16%-a), a másodikban nyomást gyakorolnak rá az egészségügyi dolgozók bizonyos cselekvések érdekében (58 db megnyilatkozás, az összes eset 8%-a), a harmadik csoportban pedig az események lefolyásának idejével, tempójával kapcsolatos elégedetlenség következményei lesznek ezek az anyákat ért abúzusok (40 db megnyilatkozás, az összes eset 5%-a).

Az első esetben az anyai szabad cselekvések korlátozásáról beszélhetünk. Az anya önmagát passzív résztvevőnek érzi azokban az esetekben, mikor megtiltják vagy korlátozzák a saját gyermek láthatását úgy, hogy annak ismert jogi-egészségügyi akadálya nem áll fenn, mikor az „így szoktuk” és a protokoll felülírja a valós, egyedi szituációt, vagy amikor egyszerűen a dolgozók kényelmét szolgálja, ha az anya megadott módon viselkedik. A nők több esetben számoltak be arról is, hogy az ösztönös igényeik szerinti cselekvésben akadályozták őket azzal, hogy utasították például arra, mikor és hogyan nyomjanak a kitolási szakaszban, illetve belekényszerítve érezték magukat bizonyos helyzetekbe (pl. császármetszés, kötelezőn felüli kórházi tartózkodás), amikor annak orvosi indikációja tisztázatlan maradt vagy egyenesen nem volt egészségügyi indok mögötte. A leggyakrabban ebben a csoportban a női beszámolók szerint az elvégzendő beavatkozáshoz szükséges engedélykérés maradt el (*Önrendelkezéshez való jog sérülése*):

bejött egy alacsony férfi orvos, odaállt mellém, hozott egy sámlit, és azt mondta, hogy ha jön a következő tolófájás, akkor ő belekönyököl a gyomromba, és nyomjak, és ő kitolja a gyereket. És hogyha magamnál lettem volna, akkor én ezt biztos, hogy nem hagyom. De nyilván, mivel olyan gyorsan történt minden, még a férjem sem tudta azt mondani, hogy nem, meg hát nem is mersz ellenállni vagy azt mondani egy orvosnak, hogy ezt nem csinálhatja veled. (H139)

A második nagy csoport a cselekvés szabadságát befolyásoló abúzustípusokon belül a nyomásgyakorlás bizonyos beavatkozások igénybevétele vagy egy eljárásrend betartása érdekében. Ez történhet enyhébb esetben unszolással, nyaggatással, tudománytalan indokokra hivatkozással a meggyőzés érdekében, súlyosabb esetben indirekt büntudatkeltéssel vagy nyílt fenyegetéssel is. Egy, az anyai érzéseket és hosszútávú, az anya-gyerek kapcsolatra vonatkozó következményeket is nagyon jól illusztráló példa arra, mikor a megfélemlítés a negatív jövőkép felvázolásával, az anyai kompetenciák leértékelésével történik:

A szülést követő hat órában elvették tőlem a gyereket, úgy, hogy minden rendben volt. Hogy minden rendben volt. Semmi nem indokolta, hogy el kellene venni vagy vizsgálatra kéne vinni, és már onnantól kezdve olyan brutális büntudatom volt Máté irányába, a kisfiam irányába, hogy azt elmondani nem tudom. Este tízkor behozták az üvöltő gyerekemet – én zokogtam már akkor –, bejöttek 10-kor, és azt hiszem, 11-kor elvitték, mert hogy este fürdetés van, és náluk az a szokás, hogy beviszik az osztályra, a csecsemőosztályra, és onnantól kezdve majd csak holnap reggel hatkor hozzák vissza. Első este. Megkérdeztem, hogy miért. Azt mondta a csecsemős nővér, hogy azért, mert az én ügyeletemben egy csecsemő sem fog meghalni. Mondom, miért halna meg? Vagy most mi történik? Azt mondta, hogy le vagyok gyengülve, ki vagyok merülve, és ne akarjam az ő munkáját megnehezíteni azzal, hogy ha leejtem a babát, akkor milyen sérülései lehetnek, és hogy koponyatörés, és satöbbi satöbbi. Amúgy nem volt semmi bajom. Hát kurvára ki voltam merülve, de volt két kezem, tudtam volna szoptatni, és nem engedték. Vagyis hát ezt elmondták, és én azt mondtam, hogy jó, vigyétek a gyereket, nem akarok kárt tenni benne, vidd el nyugodtan, vidd el. Átvitte a csecsemőosztályra, és ahogy kitette a lábát, én onnantól kezdve egész éjjel zokogtam. És önmarcangolás, mekkora szaranya vagyok. Tönkretettem a kötődést, de akkor minek akartam ennyire természetesen szülni, hogyha már most az első alkalommal nem állok ki a gyerekemért, ez így minden végigpörgött, és olyan szinten kivoltam, hogy semmilyen fájdalomcsillapító nem segített. Rettenetesen fájt mindenem, de azt hiszem, [sír] hogy szóval szeretném nekik elmondani úgy igazán, hogy nem nekik kell dolgozni éveken keresztül azon, amit okoztak ott, abban az egy napban, amíg nem adták oda a gyerekemet. (H133)

Az események lefolyásának idejével, gyorsaságával kapcsolatos megnyilatkozások jelentik a harmadik csoportot az anyai cselekvés szabadságát befolyásoló abúzustípusok közül. A leggyakrabban ez sürgetés formájában jelentkezik, amikor az anya egyéni tempóját nem veszik figyelembe, és emögött nincs ismert egészségügyi ok. Ez történhet az egészségügyi dolgozó saját időbeosztásának előtérbe helyezésével is:

jött egy szülésznő, hozzám vágott egy kórházi ruhát, mert addig a saját pizsamámban lehettem, és mondta, hogy most akkor indulás a szülőszobára. Egy darab fájásom nem volt, semmi, de kedden ügyelt az orvosom (H189).

Az interperszonális metafunkción belül a harmadik és egyben utolsó, ám nőkre nézve talán leg súlyosabb hatással bíró kategóriát az érzelmekre, arcukra ható, a nők hatalmi pozícióját gyengítő abúzustípusok jelentik, melynek további két alcsoportját a nyilvános megszégyenítés (77 db megnyilatkozás, az összes eset 10%-a) és a gaslighting (87 db megnyilatkozás, az összes eset 12%-a) jelenti. A

megszégyenítés, azaz a nyilvánosan, mások előtt megfogalmazott negatív vélemény, öncélú kritika vonatkozhat az anyai cselekvésekre (*nem jól csinálja*), anyai „teljesítményre”, képességekre (*ez magának nem fog menni*); lehet szó személyeskedésről, személyiségvonás kritikájáról, történhet megszégyenítés vagy negatív diszkrimináció életkor, faji-etnikai hovatartozás vagy éppen olyan alternatív igények miatt, mint az otthonszülés. Az egyik leggyakoribb ezek közül, mikor a nőt testszégyenítés éri:

„Gombolkozzon csak ki, kismama! Hát, ez jó lesz (mutat az egyik mellemre), de az nem jó. Ilyen hülye formája van, látja? Nem emelkedik ki a bimbó. Ezzel nem lehet majd szoptatni...Na nem kell kétségbe esni anyuka! Hát ezért is van kettő! Azért rakja rá valahogy, hátha...” Első babám volt. Fogalmam sem volt, mit csinálok, de ennyi elég volt ahhoz, hogy azt gondoljam, nem tudom majd táplálni a gyermekem megfelelően, mert „nem jó” az egyik mellem. (M313)

Az érzelem dimenzióján belül a másik csoportot a gaslightinghoz kapcsolódó abúzustípusok jelentik. A gaslighting fogalma Patric Hamilton 1938-as drámájára, majd az ebből készült feldolgozásra, a Gázláng című filmre vezethető vissza. Ennek középpontjában egy házaspár áll, Gregory és Paula. A nő egy nagyobb összeget örököl nagynénjétől, melyet a férfi mindenáron meg szeretne szerezni magának, ezért a nőt olyan helyzetekbe sodorja, amelyek során, megkérdőjelezve a felesége által megélt történeteket, érzéseket, észleléseket, megpróbálja elhitetni vele, hogy mentálisan instabillá vált. A film címe és a majdani fogalom is innen ered: minden alkalommal, mikor Gregory a padláson kutat az értékes ékszerek, az örökség után, a lenti gázlámpák fénye elhalványul. Mikor Paula ezt szóvá teszi, a férfi annak észleléseit képzelgésnek nyilvánítja, megélt valóságát tagadja. Ennek következtében a nő maga is kételkedni kezd megéltéiben. A gázlángozás tehát egy olyan visszaélés, érzelmi bántalmazás, mely során a gaslighter (egy személy vagy csoport) megkérdőjelezi, tagadja az áldozat észleléseit, megéltéit, meggyőződéseit, emlékeit, érzéseit (Abramson, 2014). A pusztán egyet nem értéstől abban különbözik, hogy az elkövető nem reagál a felhozott bizonyítékokra, érvekre, illetve a kapcsolat az áldozattal nem szimmetrikus. Kirk-Giannini (2023) kiemeli továbbá, hogy a gázlángozáshoz szükséges lehet a felek közti hatalmi alá-fölé rendeltségen túl, hogy az áldozat jelentős súlyt tulajdonítson az elkövető vélekedésének, utóbbi egy szakértő, egy számára valamilyen szempontból tekintélyt képviselő személy legyen. A gázlángozás tehát egy hatalomgyakorlási forma, melynek kutatása a családi-párkapcsolati színterekről indult, de ma már jelentős eredményeket láthatunk az intézményi, azon belül az egészségügyi vonatkozásokban is (vö. Fielding-Singh & Dmowska, 2022; Fraser, 2021; Riggs & Bartholomaeus, 2018; Sebring, 2021). Fontosnak tartom továbbá kiemelni, amit a kutatók is gyakran hangsúlyoznak, hogy a gaslighting a társadalmi működés egészében kollektíven jelen van (Stark, 2019), és az azt

alkalmazó személy tudatos szándékától függetlenül is előfordulhat, sőt, a környezeti tényezők elő is idézhetik, ezért ez a strukturális-kulturális erőszak egyik formájaként, nem pedig kizárólag személyközi jelenséggént értelmezhető (Fielding-Singh & Dmowska, 2022; Galtung 1969, 1990).

Az anya valóságának megkérdőjelezése, tagadása történhet a külső adatokkal, tényekkel kapcsolatos meghazudtolással, mely leggyakrabban kórelőzményekkel, vizsgálat meglétével, eredményével kapcsolatos információk megkérdőjelezésére, egyes, szülést megelőző vagy kísérő történések kétségbe vonására vonatkozik, illetve az anya által megélt belső állapotok, érzések tagadása, megkérdőjelezése, lekicsinylése révén is megvalósulhat a gaslighting. Ezzel kapcsolatban az egészségügyi dolgozók által a leggyakrabban az anya által érzett fájdalom meglétének, mértékének a megkérdőjelezése, az anyai rosszullét, komplikációk, kórállapotok bagatellizálása, tagadása történik, valamint a szülés dinamikájának változása kapcsán tagadják az anyai megéléseket. A belső állapotok megkérdőjelezésén belül megkülönböztethető az a helyzet, mikor az anyának külön erőfeszítésébe kerül az állapota súlyosságára, helyzete fontosságára felhívnia a dolgozók figyelmét:

Elkezdtek felválni a hasamat, és ordítottam velük, hogy mindent érzek, mert nem hatott az érzéstelenítő. [sír] És mondták, hogy nem érezhetem. És mondtam, hogy érzem. És akkor adtak még egy érzéstelenítőt. Szintén elkezdtek megválni, és azt is éreztem, és akkor mondták, hogy de hát ez nem lehet, mozgassam meg a lábamat. És megmozgattam, és akkor mondták, hogy Úristen, hát neki tényleg mozog a lába. (H139)

Külön csoportot alkot a belső érzések megkérdőjelezésén belül a bagatellizálás, mely során valaminek a jelentőségét jelentősen lebecsülik, valamely problémát csekélységnek tartanak. Ezen belül egy sajátos alcsoportot alkot a „hiszti”, az egészségügyi dolgozók ugyanis gyakran ennek minősítik az anyai panaszokat, innen tehát az alcsoport elnevezése. A *hiszti* a *hisztéria* szóból ered, mely orvosi értelemben olyan kórállapotot, idegbetegséget jelent, mely váratlan indulati kitörésekkel, szorongással és kényszercselekvésekkel jár. Köznapi értelemben túlfűtött, ingerlékeny, beszámíthatatlan állapot, az önuralom hiánya, mely szót elsősorban a szülő-gyermek kontextusban, vagy jelentős hatalmi alá-fölé rendeltség esetén használják. (Magyar etimológiai szótár 2024)

Aztán volt egy méhszájvizsgálat, és így mindig előre mondom a megvizsgáló orvosnak, hogy van egy ilyen problémám [vaginizmus]⁴ és elnézést kérek. És aki ott volt szülésznő, az abszolút nem mutatott megértést, így mondta, hogy ne

⁴ A gát és a hüvely izmainak görcsös állapota, mely a nő akarata ellenére megnehezíti, fájdalmassá vagy akár lehetetlenné teszi a hímvesztő, ujj vagy bármilyen tárgy (pl. nőgyógyászati vizsgálóeszköz) hüvelybe jutását (a szerk.).

hisztizzek, honnan fog onnan egy gyerek kijönni? Kapjam már magam össze! Ilyen nincsen, ezt tudom kontrollálni. Tehát így abszolút nem értette meg, hogy ezt nem direkt csinálom. (H156)

Legszélsőségesebb esetben és egyben a gaslighting kategórián belül a leggyakrabban az anyai megélések teljes tagadása történik meg a beszámolók alapján, erre egy példa:

Hát én úgy sikongattam a fájdalomtól, meg mondtam nekik, hogy ez fáj, ez fáj. A doki meg mondta, hogy hát ez magának nem fáj. Hát ez nem, hát érzéstelenítettük, hát ez nem fáj. Meg hogy ne sikongasson, kérem, hát izé, hát én nem akarom itt azt érezni, hogy én valami rosszat csinállok önnek, így. Mondom, hát gondoltam, hogy akkor lehet, hogy nem így kéne viselkednie, hogyha nem akarja, hogy rosszul érezze magát. Tehát hogy ez a nehogy már nekem itt valaki ellentmondjon. Tehát hogy annyira ez volt az a hierarchia, hogy na, én vagyok itt a főmufti, és én majd megmondom, hogy magának mi fáj, meg mi nem fáj. Így viszonyult hozzám az orvos. (H167)

4.2. A pozitívan megélt kommunikáció jellemzői az anyai narratívákban

A verbálisan abúzív, hatalmi alá-fölé rendeltséget eredményező és fenntartó kommunikáció példái mellett a nők esetenként, bár a korpuszok jellege miatt jóval kisebb számban, beszámolnak a pozitív kommunikációs tapasztalataikról, illetve gyakrabban az elvárásaikról is (összesen 125 db megnyilatkozás). (A példák kis száma miatt részletesebb, a fentihez hasonló elemzés egyelőre ezekből az esetekből nem készíthető. Az alábbi összegzés elsősorban azt a célt szolgálja, hogy a verbális abúzus esetei mellett a kíváncsatos kommunikáció irányát jelölje ki, rámutatva egyben a két stílus közötti szakadékra is. A téma alaposabb kibontása, az anyák által megfelelőnek, pozitívnak ítélt kommunikáció elemeinek mélyreható bemutatása egy kulcsfontosságú, jövőbeli kutatás témájául szolgálhatna.)

Az egészségügyi dolgozókkal való viszonyukat illetően az anyák a kapcsolat minőségi vonatkozásban a leggyakrabban azt fogalmazzák meg, hogy fontos számukra a bizalom, hogy azt érezhessék, bármit megoszthatnak velük, odafigyelnek rájuk és meghallgatják őket. Gyakori igény ebben az intim helyzetben a közvetlen, személyes kapcsolat, a kedves, támogató, segítőkész attitűd, illetve egyfajta „csendes” nem tolaakodó jelenlét, mely aláazatos, tiszteletteljes magatartással párosul. Mindemellert gyakran megfogalmazódnak a fent bemutatott tapasztatokkal ellentétes elvárások: az anyák szeretnék, ha a dolgozók elismernék, ha hibáztak, bocsánatot kérnének érte, betartanák, amit megbeszéltek, amit megígértek. Szintén gyakran említett elvárás, hogy emberként, és ne csak egy testként bánjanak velük; illetve, hogy krízishelyzetben

az egészségügyi dolgozók képesek legyenek határozott, de tiszteletteljes támogatást, tanácsot adni.

Az interperszonális aspektuson belül a tudással, információhoz való hozzáféréssel kapcsolatos igények közt a leggyakrabban megfogalmazott elvárás, hogy folyamatosan tájékoztassák az anyákat arról, hogy mi történik; az egészségügyi dolgozó szánjon időt arra, hogy érthetően, világosan elmagyarázza, mire miért van szükség, hogy ezáltal az anya megalapozott döntést tudjon hozni. Banálisnak tűnő, de sokszor megfogalmazott kíváncsi, hogy a szakember igazat mondjon.

A cselekvéssel, annak szabadságával kapcsolatban megfogalmazott szükségletek között szerepel, hogy az anyák választhassanak, dönthessenek: a dolgozók, ha lehet, ajánljanak fel alternatívákat, a beavatkozásokról az anya, ha állapota engedi, szabadon dönthessen az információk birtokában. A nők kiemelik továbbá, hogy a saját szülésüket ők szeretnék irányítani a testük jelzéseinek megfelelően, ezt az egészségügyi dolgozók fogadják el, ne siettessék őket, engedjék, hogy a saját tempójukban haladjak (ha egyéb veszélyeztető tényező nem áll fenn), és mindenekelőtt kérjenek engedélyt az egyes beavatkozások előtt. A segítségadás legyen egyenlő a rendelkezésre állással, de ne vegyék át az irányítást, az anya szabadon cselekedhessen.

Az érzelmekkel, saját a saját arc védelmével kapcsolatban fogalmazódik meg a legtöbb elvárás, illetve, ha van, pozitív tapasztalat. Ezek közül fontos, hogy ne kritizálja, ne kérdőjelezze meg az anya döntéseit az egészségügyi dolgozó. Figyeljenek oda az igényeire, kéréseire, úgy érezhesse az anya, hogy nem csak egy a sok közül. Tartsák tiszteletben a határait, fogadják el, ne ítélkezzenek akkor sem, ha másként viselkedik, mint amit elvártak, vagy amihez hozzászórtak. Nagyon gyakori elvárás továbbá, hogy megerősítő, pozitív kommunikációt alkalmazzanak, biztassanak, motiváljanak, dicsérjenek, emeljék ki a nő erősségeit, segítsenek hinni magában, hogy azt érezhesse, kompetens a saját szülésével kapcsolatban: meg tudja csinálni, hiszen erre született. Fontos továbbá, hogy emberként, érző lényként, empátiával kezeljék őket, és igyekezzenek oldani a feszültséget, szeretetteljes, kedves kommunikációt alkalmazzanak szupraszegmentális, nonverbális szinten is. Végül, de nem utolsó sorban a nők alapvető elvárása, hogy vegyék őket komolyan, higgyenek nekik, ha jeleznek egy problémát, ne bagatellizálják azt.

Mindennek szemléltetésére következzen egy idézet egy olyan, kétszeres császármetszéssel átesett anyától, aki mind a negatív, mind a pozitív kommunikációt és bánásmódot megtapasztalhatta az egészségügyi dolgozók részéről:

A sors fintora, hogy az orvosom, aki az első szülésemnél volt, időközben átkerült ebbe a kórházba, ahol másodjára szültem, és ő volt a második orvos a szülésem közben. Szóval ő is ott volt újra, viszont őt azóta próbálják teljesen

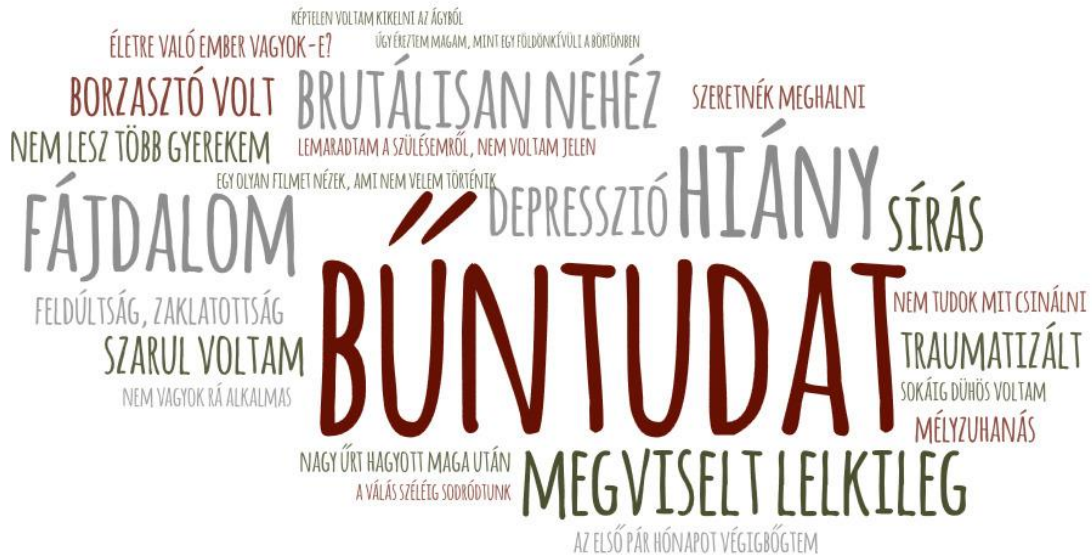
átformálni, hogy egy kicsit másabban álljon a nőkhöz, és egy filmnek a történetét sem kellett végighallgatnom, nem volt mozi est a fejem körül, mindenki rám figyelt, és egy ember voltam az asztalon, nem pedig csak egy test. És amikor megszületett a babám, akkor nem úgy éreztem, hogy őt kivették a hasamból, [sír] hanem úgy éreztem, hogy én megszülettem, hogy ez sikerült. És az őrzőben is csak mosolyogtam, hogy megcsináltam, igazából. És abból derült ki számomra, hogy tényleg nem az a lényeges, hogy mi lesz a szülésnek a vége, hanem hogy milyen lehetőségeket adnak nekünk, hogy hogy bánnak velünk, hogy mennyire tudnak emberként tekinteni ránk. És ez sikerült. (H186)

4.3. Az egyes kommunikációs stílusok hatására kiváltott érzelmek bemutatása

Amellett, hogy rendkívül fontos az egyes verbálisan abuzívnak tekintett szövegrészek elemzése és tematikus csoportokba sorolása, továbbá a pozitív kommunikációs attitűdök kiemelése is, annak is hatalmas jelentősége van, hogy az anyák általában milyen érzéseket társítanak az egyes kommunikációs stílusokhoz.

Az elemzések eredményeképpen elmondható, hogy a verbális abúzust elszenvedő nők legtöbbször a 2. ábrában szemléltetett szófelhőben látható érzéseket említik a szülés egészére vonatkozóan. Gyakran számolnak be negatív gondolatokról, nehéz, fájdalmas időszakokról, sok sírásról, hiányról, dühről, feldúltságról, zaklatottságról, a szülés hatására elszenvedett traumákról, a tehetetlenség érzéséről. Sokszor fogalmazódik meg a nőkben, hogy büntudatot éreznek, amiért nem tudtak kiállni magukért és a gyermekükért, hogy úgy érzik, nem voltak jelen a saját szülésüknél, mintha kívülről, csak egy filmet néznének, ha visszaemlékeznek rá. A saját magukba és képességeikbe vetett hit csorbulása is előkerül a beszámolókból: megfogalmazódik bennük az alkalmatlanság, életképtelenség érzése. Mindennek nyomában pedig a szülést kísérő depresszió, mely akár a halálvágyig is terjedhet. Egyes anyák a traumatikus szülésük hatására úgy érzik, nem szeretnék több gyermeket vállalni a történetek miatt, mert nem akarják újra átélni ezeket a traumákat. Nemcsak a saját életükre nézve számolhatnak azonban ilyen következményekkel, az események negatív hatásra érinti a gyermekükkel való kötődést, a házastárssal való kapcsolatot is, mely akár a válásig sodorhatja az eseményeket.

2. ábra: A verbális abúzust elszenvedő anyák körében leggyakrabban megjelenő érzések



A pozitív szülésélményt és ezzel együtt a megerősítő, támogató kommunikációt átélt nők ezzel szemben legtöbbször olyan szavakkal jellemzik szülésüket (3. ábra), mint a *békés, csodálatos, örömteli, nyugodt, meleg és puha*. Ezek a nők kiemelik, hogy azáltal, hogy a saját tempójukban és a saját maguk erejéből szülhették meg gyermeküket, egy olyan női erőforráshoz való hozzáférést tapasztalhattak meg, mely hatására úgy érzik, hegyeket tudnak megmozgatni, és ez az érzés elkíséri őket további életükben is: egy olyan kiapadhatatlan muníciót kaptak ezzel az erőpróbával, mely az élet további összes nehézségével szemben képessé teszi őket a megküzdésre, hiszen ebből az érzésből most már folyamatosan tudnak meríteni. Magukat kompetensnek, szülésre teremtett lénynek, erősnek és szabadnak, büszkének, energikusnak érezték szülés után közvetlenül, és kisbabájukkal is azonnal tudtak kapcsolódni, a kötődés problémamentes volt.

3. ábra: A pozitív kommunikációban részesülő anyák által kiemelt érzések, hangulatok



5. Összegzés

Az eredmények alapján megállapítható tehát, hogy a szövegből kinyert, anyai narratívák alapján abuzívnak megélt, különféle egészségügyi dolgozóktól származó megnyilatkozások hasonlóságai mentén csoportokba sorolhatók, a példák pedig elrendezhetők az interperszonális és interszubjektív nyelvi metafunkciók szerint, utóbbin belül a tudás, cselekvés, érzélem dimenziók mentén.

A terjedelmes korpusz és a nagyszámú példák rámutatnak, hogy nem egy-egy alkalmi figyelmetlenségről vagy egyéni félreértésről van szó az egészségügyi személyzet részéről, hanem ez egy rendszerszintű, témájában változatos, szóhasználatában sok hasonlóságot mutató, szándéktól függetlenül az anyákra nézve érzelmileg rendkívül megterhelő, negatív hatású jelenség. A pozitív és negatív kommunikációt és azok érzelmi következményeit összevetve az eddigieknél is jóval sürgetőbben jelenik meg az igény arra, hogy a nők jogait, igényeit, emberi mivoltát figyelembe vevő szülészeti ellátás megvalósulhasson, ezáltal a jogosan követelt, nyugodt, békés és boldog életkezdést biztosítsa az éppen csak világra jött gyermekek számára megvalósulhasson.

A jelenség szisztematikus vizsgálata és a szülészeti abúzus mélyebb megértése reményeim szerint hozzájárul a rutinszerű orvosi gyakorlat átalakításához, valamint ahhoz is, hogy elismerjék az anyák információhoz, döntéshozatalhoz és méltósághoz való jogát.

Irodalom

- Abramson, K. (2014). Turning up the lights on gaslighting. *Philosophical Perspectives*, 28, 1–30. <https://doi.org/10.1111/phpe.12046>
- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, Ch., Maranga, A., Mbrehero, F., Njeru, A. & Bellows, B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. In: *PLoS One*. 2015, 10(4): e0123606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>
- Annborn, A. & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* 2022/105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. In: *PLoS Med*. 2015,12(6) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Borges, M. T. (2018) A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures during Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal*, 67, 827–862. Letöltés: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/dukclr67&div=24&id=&page=>
- Bowser, D. & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a landscape analysis*. Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co.
- Brüggemann, A. J.; Wijma, B. & Swahnberg, K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26/1, 123-132. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x>
- Burnett, C. (2021). Commentary on the article “How gentle must violence against women be in order to not be violent? Rethinking the word ‘violence’ in obstetric settings,” Reframed within a critical discourse orientation. *Violence against women*, 27(8), 1001-1008. <https://doi.org/10.1177/1077801221996474>
- Chadwick, R. (2023). The dangers of minimizing obstetric violence. In: *Violence against women*, 29/9, 1899–1908. <https://doi.org/10.1177/10778012211037379>
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory methodology: Objectivist and constructivist qualitative methods. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. (eds.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage. 509–535.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Croft, W. (1994). Speech act classification, language typology and cognition. In: Tsohatsidis, Savas L. (ed.): *Foundations of speech act theory. Philosophical and linguistic perspectives*. 460–478. London: Routledge. <https://doi.org/10.1075/hcp.24.25cro>
- Croft, W. (2009). Towards a social cognitive linguistics. In: Evans, Vyvyan - Poursel, Stephanie (eds.): *New directions in cognitive linguistics*. 395–420. Amsterdam: John Benjamins.
- d'Oliveira, A. F., Diniz, S. G. & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. In: *Lancet*. 2002 May 11,359(9318):1681–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- d'Oliveira, T. R., Oliveira Lira Costa, R. E., Monte, N. L., de Moura Feitosa Veras, J. M. & Mendes da Rocha Sá, M. Í. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Journal of nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1). 40–46.
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. In: *Reprod health matters*. 2016, 24/47. 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Diniz, S. G., de Oliveira Salgado, H., de Aguiar Andrezzo, H. F., de Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. A., & Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377–382. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Dixon, L.Z. (2015). Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29, 437–454 <https://doi.org/10.1111/maq.12174>
- Dorneyi, Z. (2007). *Research methods in applied linguistics*. Oxford university press.

- Fielding-Singh, P., & Dmowska, A.** (2022). Obstetric gaslighting and the denial of mothers' realities. *Social Science & Medicine*, 301, 114938. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114938>
- Fraser, S.** (2021). The toxic power dynamics of gaslighting in medicine. *Canadian Family Physician* 67 (5): 367. <https://doi.org/10.46747/cfp.6705367>
- Freedman, L. P. & Kruk, M. E.** (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. In: *Lancet*. 2014, 384:e42–4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Galtung J.** (1969). Violence, peace and peace research. *Journal of Peace Research*, 6, 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Galtung, J.,** (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27 (3), 291–305. <https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L.** (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine. <https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014>
- Haut Conseil à l'Égalité Entre les Femmes et les Hommes** (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*. Rapport n°2018-06-26-SAN-034
- Jardim D. M. B. & Modena C.** (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, Article e3069. *Crossref* <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Jewkes, R. & Penn-Kekana, L.** (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Kirk-Giannini, C. D.** (2023). Dilemmatic gaslighting. *Philosophical Studies*, 180(3), 745–772. <https://doi.org/10.1007/s11098-022-01872-9>
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W. & Freedman, L. P.** (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health policy and planning*, 33(1), e26–e33. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>
- Lappeman, M. & Swartz, L.** (2021). How gentle must violence against women be in order to not be violent? Rethinking the word “violence” in obstetric settings. In: *Violence Against Women*, 27/8, 987–1000. <https://doi.org/10.1177/1077801221996444>
- Mayra, K., Sandall, J., Matthews, Z., & Padmadas, S. S.** (2022). Breaking the silence about obstetric violence: Body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04503-7>
- Marthy Annamária** (2023). *Nyelvi interakciók elemzése a szülészeti ellátásban. Magyar szaknyelv a külföldi szüléshallgatók képzésében*. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem. Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar. Nyelvtudományi Doktori Iskola. Alkalmazott Nyelvészet Doktori Program.
- P. Szilczl Dóra** (2018). Bevezetés a kritikai diskurzuselemzésbe. In: *Kommunikáció, közvélemény, média*. 2018/3. 1–20. <https://doi.org/10.20520/JEL-KEP.2018.3.3>
- Perrotte, V., Cpapaphaudhary, A. & Goodman, A.** (2020). “At least your baby is healthy” obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), 1544–1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C.** (2018). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and relationship therapy*, 33(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>
- Sallay Viola & Martos Tamás** (2018). A grounded theory (GT) módszertana. In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(1), 11-28. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.1.2>
- Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., Emil, F., Wegner, M.N., Chalamilla, G. & Langer, A.** (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>
- Sebring, J. C.** (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 1951–1964. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13367>

- Stark, C. A.** (2019). Gaslighting, misogyny, and psychological oppression. *The monist*, 102(2), 221–235. <https://doi.org/10.1093/monist/onz007>
- Tátrai Szilárd** (2011). *Bevezetés a pragmatikába. Funkcionális kognitív megközelítés*. Tinta Kiadó: Budapest.
- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. de A. & Diniz, S. G.** (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária/ : o que é e o que fazer. *RevBrasMed Família Comunidade*;10(35):1–12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
- Tolcsvai Nagy Gábor** (szerk.) (2017). *Nyelvtan. A magyar nyelv kézikönyvtára*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Van der Waal, R., & Mayra, K.** (2023). Obstetric violence. In *Gender-Based Violence: A Comprehensive Guide* (pp. 413-425). Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1002/fea2.12097>
- Van Dijk, T. A.** (2015). Critical discourse analysis. In: Tanned, D., Hamilton, H. & Schiffrin, D. (eds.): *The handbook of discourse analysis*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell. 466-480. <https://doi.org/10.1002/9781118584194.ch22>
- Varga Katalin** (2011). A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban. Medicina Kiadó Zrt.
- Verschueren, J.** 1999. *Understanding pragmatics*. London – New York – Sidney–Auckland: Arnold.
- WHO = World Health Organization** (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneve: HRP. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1
- Wodak, R. & Michael, M.** (szerk.) (2008). *Methods of critical discourse analysis*. 2nd ed. London/Thousand Oaks, CA: Sage.

Források

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
- Hoztam e világra*. Letöltés: <https://www.youtube.com/@HOZTAMEVILAGRA/videos>
- Magyar etimológiai szótár*. Letöltés: <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-magyar-etimologiai-szotar-F14D3/>
- Másállapotot a szülészetben*. Letöltés: https://www.facebook.com/media/set/?set=a.1742922429260632&type=3&locale=hu_HU