EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

PLEVÁN TÍMEA

A MAGYARORSZÁGI SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS A KUTATÁSI EREDMÉNYEK, VALAMINT AZ ANYAI TAPASZTALATOK TÜKRÉBEN

BUDAPEST
2020/2022. tanév

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés

PLEVÁN TÍMEA

A MAGYARORSZÁGI SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS A KUTATÁSI EREDMÉNYEK, VALAMINT AZ ANYAI TAPASZTALATOK TÜKRÉBEN

SZAKDOLGOZAT

TÉMAVEZETŐ
Dr. Kekecs Zoltán
PhD. egyetemi adjunktus

BUDAPEST, 2022.

elte | ppk

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Tanulmányi Hivatal

1075 Budapest, Kazinczy utca 23–27./113.
+36-1-461-4568; +36-1-461-4500/3832
fax: +36-1-461-4586
th@ppk.elte.hu
http://www.ppk.elte.hu

EREDETISÉGNYILATKOZAT

(Kitöltés után a szakdolgozat/diplomamunka részét képezi.)

Alulírott Pleván Tímea az ELTE PPK perinatális szaktanácsadó szak hallgatója fegyelmi felelősségem tudatában nyilatkozom, és aláírásommal igazolom, hogy a(z) A magyarországi szülészeti ellátás a kutatási eredmények, valamint az anyai tapasztalatok tükrében című szakdolgozat/diplomamunka **saját, önálló szellemi munkám,** az abban hivatkozott, nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok szabályainak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat/diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- a szó szerinti idézet vagy fordítás közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- a tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát, valamint a HKR 74/A–C. §-aiban foglalt rendelkezéseket megismertem, és tudomásul veszem, hogy

- a szakdolgozatom/diplomamunkám szövege a benyújtása után plágiumellenőrző szoftverrel vizsgálható,
- plágium esetén szakdolgozatom/diplomamunkám értékelés nélkül visszautasításra kerül,
- plágiumvétség esetén fegyelmi eljárás indítható.

Budapest, 2022. április 11.

Pleván Tímea
.....
aláírás

Konzultáció igazolás Beérkező levelek x

Kekecs Zoltán 12:30 (4 perccel ezelőtt)
címzett: én

Tisztelt Bizottság,

Igazolom, hogy Pleván Tímea, a Perinatális szaktanácsadó szakirányú
továbbképzés hallgatója "A magyarországi szülészeti ellátás a kutatási eredmények, valamint az anyai tapasztalatok tükrében" című szakdolgozatát velem konzultálva
készítette el.

Témavezetőjeként a szakdolgozat benyújtásához hozzájárulok.

Dr. Kekecs Zoltán
...

Tartalom

1. Bevezetés ... 5

1.1. A szülészeti beavatkozások ... 5

1.2. A szülés élménye ... 6

2. Evidencia alapú orvoslás, irányelvek, minőségbiztosítás ... 9

2.1. Nemzetközi ajánlások ... 10

2.2. Szülészeti protokollok Magyarországon ... 12

3. A szakdolgozat célja ... 14

4. A hazai szülészeti ellátásról rendelkezésre álló információk ... 15

4.1. Tájékozódási lehetőségek ... 15

4.1.1. Tauffer-adatbázis ... 15

4.1.2. Zsebinet ... 16

4.1.3. Így szültem ... 17

4.1.4. Jobbulást Alapítvány ... 19

4.1.5. Kórházak által közzétett statisztikák ... 19

4.1.6. Bábapraxisok statisztikái ... 19

4.1.7. Internetes fórumok, közösségi média ... 20

4.1.8. Hol jó szülni? ... 21

4.1.9. Ablak a világra – Szülészeti adatbázis ... 21

4.2. A kutatási eredmények és az anyai tapasztalatok ... 21

4.2.1. Beavatkozások a vajúdás és a szülés alatt ... 22

4.2.1.1. A szülés indítása ... 22

4.2.1.2. Beöntés, borotválás, vénabiztosítás ... 25

4.2.1.3. Burokrepesztés ... 26

4.2.1.4. Az evés és az ivás korlátozása, infúziós folyadékpótlás ... 27

4.2.1.5. Oxytocinos fájáserősítés ... 29

4.2.1.6. Magzatmonitorozás ... 33

4.2.1.7. Méhszájvizsgálat ... 34

4.2.1.8. Kristeller-manőver ... 36

4.2.1.9. Gátmetszés ... 36

4.2.1.10. Szabad mozgás és szabadon választott testhelyzet a vajúdás alatt, illetve a kitolási szakban ... 37

4.2.2. Császármetszés ... 40

4.2.3. Császármetszés utáni hüvelyi szülés (VBAC) ... 43

4.2.4. Aranyóra és újszülöttellátás ... 45

4.2.4.1. Szoptatás az aranyórában ... 46

4.2.4.2. Késleltetett köldökzsinór elvágás ... 46
4.2.4.3. Szülés utáni szeparáció ... 47
4.2.5. Gyermekágyasosztály ... 48
4.2.6. Szoptatástámogatás ... 49
4.2.7. Tájékozott beleegyezés ... 53
4.2.8. Szülésélmény és gyermekvállalási kedv ... 55
5. Megbeszélés ... 56
6. A dolgozat erősségei és korlátai ... 60
7. Összefoglalás ... 61
8. Köszönetnyilvánítás ... 63
Hivatkozások ... 64

1. Bevezetés

Nincs könnyű dolgunk, ha meg szeretnénk tudni, hogy Magyarországon milyen arányban hajtanak végre beavatkozásokat a különböző szülészeteken. Az internetes keresőt használva legkönnyebben a császármetszés statisztikáiról tájékozódhatunk, de részletes adatokat erről is, csak 2015-ig visszamenőleg találunk. Az ezt megelőző évek adatait – ha nem szeretnénk hivatalos adat kikéréssel élni – hosszadalmas munkával lehet összeollózni a különböző könyvekből, cikkekből, hírportálokról, azonban nem mindig egyértelmű az adatok forrása. Ha bővebb információk érdekelnek minket, például, hogy mennyi szülést indítanak, netán mik a leggyakoribb szülésindítási okok, milyen arányban történik burokrepesztés, vagy oxytocinos fájáserősítés, akkor gyakorlatilag nem sok mindent találunk. Miközben az anyák közötti beszélgetések azt mutatják, hogy intézményenként eltérő vajúdástámogatási, szülésvezetési, gyermekágyas gyakorlat a jellemző, nincs olyan hivatalos forrás, ahol ezekről az érintettek tájékozódhatnának. A szülészetek honlapjait böngészve nem találunk statisztikákat, de a legtöbb esetben még a betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatoknak sem leljük nyomát. Rutinos, internetes keresésekben jártas és a szülészeti mutatók iránt élénk érdeklődéssel rendelkező, a témában szakdolgozatot író felhasználóként sem sikerült olyan hivatalos és nyilvánosan elérhető adatok birtokába jutnom, mint amivel már rendelkeztem, pedig kapva az alkalmon, megpróbáltam újra. Mielőtt azonban elmerülnék a szülészeti adatszolgáltatás témájában teszek egy látszólagos kitérőt.

1.1. A szülészeti beavatkozások

Izgalmas kérdés annak meghatározása, hogy mit tekintünk beavatkozásnak. Gaskin szerint (2015) a várandósság és a szülés az élet normál folyamatai, és a szülések az esetek 85-95%-ában beavatkozás nélkül, biztonsággal lezajlanának, ha a szüléseket bábai szemléletben kísérnék. Gondolataival egybecseng a WHO álláspontja, mely szerint a rutinszerű bábai ellátás mértékének 80% körül kellene mozognia (Wagner, 2003), illetve az is, hogy a WHO a császármetszések orvosilag indokolt arányát 10-15% körüli értékben határozza meg (WHO, 2015). Mivel a szülés élettani folyamat, szigorúan véve beavatkozásként tekinthetünk mindenre, ami nem a szülő nő belső késztetése, hanem külső kérés, utasítás, kényszer okán történik a vajúdás és a szülés alatt, így az élettani folyamatba való első beavatkozásnak számít, hogy az anya elhagyja az otthonát és a kórházba indul, hogy ott adjon életet gyermekének. A gondolat meghökkentő lehet, de megvizsgálva, hogy Odent milyen fontos szerepet tulajdonít a szülés során a neocortexet, az agy legifjabb területét érő hatásoknak, már nem is tűnik annyira elrugaszkodottnak a kijelentés. A szülés ősi, ösztönös, hormon vezérelt, az agyunk „primitív" része által irányított folyamat, míg a beszéd, a gondolkodás, az érvelés a neocortex által működtetett területek, és Odent szerint (2004) utóbbi túlsúlya gátolhatja előbbi működését. Ebből fakadóan az utazás, a kórházi felvételi procedúra, a felmerülő kérdések, hogy számokat kell felidézni, viselkedni kell és nem lehet egyre mélyebbre süllyedni a szülés módosult tudatállapotába, már önmagában is befolyásolhatja a vajúsás haladását.

Ha kevésbé szeretnénk szigorúak lenni, és kézzelfoghatóbb dolgokat sorolnánk a beavatkozások közé, akkor beavatkozás alatt értjük az egészségügyi dolgozók által végzett eljárásokat, az anyának adott gyógyszereket, az anya vajúdás és szülés alatti tevékenységének szabályozását, korlátozását. Fontos hangsúlyozni, az, hogy vannak beavatkozási lehetőségek, gyógyszerek, eljárások, a legcsekélyebb mértékben sem jelent problémát és a beavatkozás nem

negatív csengésű szó. A tudomány fejlődésének hála számtalan olyan helyzetre van megoldásunk, amire korábban nem volt. Amikor a szakemberek azt látják, hogy egy vajúdás az élettani folyamattól eltérő pályára kezd áttérni, akkor alapos megfontolás, kockázat-haszon elv mérlegelést követően lehetőség van a helyzetnek leginkább megfelelő beavatkozással vagy visszaterelni a szülést az élettani mederbe, vagy csökkenteni a kockázatokat. Van úgy, hogy egy vagy akár több beavatkozásra van szükség, mert ez az anya-baba páros érdeke és a téma vizsgálata nagyon határozottan nem ezek létjogosultságát vitatja. Azonban minden beavatkozásnak van kockázata, ebből fakadóan az alkalmazásuk kizárólag abban az esetben lehet megalapozott, ha az előnyei meghaladják ezeket, illetve, ha a beavatkozás elmaradása nagyobb kockázatot rejt, mint az elvégzése. Az Egészségügyi Törvény a következőképpen fogalmaz:

„129. § (2) A választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy
a) ahhoz a beteg e törvény szabályai szerint beleegyezését adja, valamint
b) a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.” (1997. évi CLIV. törvény 129 § , 1997)

Ezzel szemben a szülészeti beavatkozások gyakori indikációja a szülés felgyorsítása, adott időintervallumon belül történő lezajlásának biztosítása, illetve a folyamat feletti kontroll. Ezek az okok azonban nincsenek összhangban a szülés egyénileg változó ütemével, mellőzik a személyre szabott gondoskodást és nem teljesítik a fent megszabott feltételeket sem.

A felesleges beavatkozások kockázatai az egyéni szinten túl társadalmi szinten is hatnak. A fellépő szövődmények további kezeléseket tesznek szükségessé, amik extra költségekkel terhelik a szűkös kerettel rendelkező egészségügyi rendszert, és plusz feladatot jelentenek a már amúgy is túlterhelt egészségügyi dolgozók számára. Jogos elvárás hát, hogy a meglévő erőforrások a legoptimálisabban kerüljenek felhasználásra, és az is, hogy ne legyen több baba-mama páros kitéve bármilyen kockázatnak, mint amennyi esetében ez elkerülhetetlen.

Egy másik, ami lényegessé teszi a felvetett szempontok vizsgálatát: a szülés élménye.

1.2. A szülés élménye

Anyaként, és a szülészeti ellátás kérdéseivel foglalkozó aktivistaként is azt tapasztalom, hogy kevés dolgot kezel olyan méltánytalanul a társadalmunk, mint a szülésélményt. Az asszociációkban összekapcsolódik a bulizással, nyaralással, füstölőkkel, valóságtól elrugaszkodott hippi-módival. Amikor a szülésélmény szóba kerül, csakhamar megjelennek a negatív megjegyzések, indulatok, értetlenség és a szülés élményét fontosnak tartó anya jellemzően megkapja az önzőség vádját is. A társadalmi többség szerint a szülés nem kéjutazás, amin élményeket kell gyűjteni, és az egyetlen elfogadható szempontnak a gyermek egészségét tartják, melynek érdekében a szülő nőnek bármit és mindent el kell viselnie. Elgondolkodtató, hogy az „utca embere” azt gondolja, hogy ő az intelmeivel, ítéletével jobban vigyáz egy gyermek egészségére, életére, mint a tulajdon anyja, aki a szíve alatt hordja őt. Érdekes az is, hogy miközben a szülést az anya meghatározó életeseményének tekintjük, a körülményeket már nem tartjuk fontosnak, és elvárjuk, hogy az anyák úgy őrizzék gyermekük világrajöttét a legcsodálatosabb emlékként, hogy közben szőnyeg alá kell söpörniük, ha olyan történt velük, amit negatívan éltek meg. Bármilyen más élethelyzetben könnyebben elfogadhatónak tartjuk a

kellemetlen események miatti rossz érzéseket, viszont az érzelmileg talán legkiszolgáltatottabb, legérzékenyebb periódusában lévő nővel kifejezetten keményen bánunk.

A baba egészségére való hivatkozás azért is ellentmondásos, mert az egészség jóval összetettebb annál, minthogy kezünk-lábunk megvan, és nem lenne szabad figyelmen kívül hagynunk a vajúdás alatt kapott gyógyszerek és elvégzett beavatkozások rövid és hosszú távú hatásait sem. A beavatkozások testet érintő kockázatain, szövődményein, vagyis a fizikai egészségen túl jelentősége van a szülés alatt megélt eseményeknek is. A XXI. században bőségesen rendelkezünk már információval arról, hogy a testet és a lelket érő történések egymástól nem választhatóak el, és a mentális jóllétünk hatással van a fizikai egészségünkre is. Mégis, ha a szülés kerül szóba, a testi történésekre helyeződik a fókusz. Így fordulhat elő, hogy a szülés kevés elfogadható anyai dilemmája közül az egyik a kontrakciók fájdalma, és így fordulhat elő az is, hogy a szülés pozitív megélésének kulcsát az anyák egyre inkább a fájdalomcsillapításban látják. Miközben az epidurális érzéstelenítés (EDA) a fájdalommentes szülés ígéretével kecsegtet, Waldenström és munkatársai 1996-os vizsgálatukban arra az eredményre jutottak, hogy az EDA a fájdalommal kapcsolatos élményt nem javította, és a fájdalom megélésével kapcsolatos beszámolókban az epidurális érzéstelenítéssel szült anyák tapasztalatai nem voltak pozitívabbak, mint az EDA nélkül szülő anyáké (Waldenström, Bergman, & Vasell, 1996).

A pozitív szülésélmény érdekében tett erőfeszítések egy másik megnyilvánulása a szülőszobák felújítása. A modernizáció, a kellemes környezet, a jól felszerelt helyiségek valóban pozitívan hatnak a komfortérzetre. A melegséget, nyugalmat, biztonságot árasztó helyszín támogatja az oxytocinnak, a szülés kulcshormonjának felszabadulását. Azonban a kellemes környezet, a szépen festett falak önmagukban nem elegendőek.

Kutatások szerint az anya szülésélménye és az, hogy a szülésére pozitívan emlékezzen nem annyira a gyógyszeres fájdalomcsillapítási lehetőségektől, vagy a környezettől függ. Viszont számít a kontrollérzete (bevonják-e a döntésekbe, aktív részese vagy passzív elszenvedője az eseményeknek), a saját testébe vetett bizalom, a fájdalommal való megküzdés képessége, vagy hogy az anya mennyire érzi, hogy támogatják a szülés alatt. Utóbbi segít csökkenteni az érzelmi distresszt, a fájdalmat, és ezzel megerősíti a biztonság- és a komfortérzetet, mindezek pedig támogatják a vajúdás folyamatát (Green & Baston, 2003). Bryanton és munkatársai (1994) a szülés pozitív megélését támogató tényezőket a következőkben összegezték:

az anya

- *fizikai szükségleteinek kielégítése* (megtámasztás, borogatás, evésben, ivásban támogatás),
- *érzelmi támogatása* (megnyugtatás, bátorítás, megfelelő verbális és nem verbális kommunikáció, diszkréció, negatív gondolatok átkeretezésére való képesség, osztatlan figyelem, ítélkezésmentes elfogadás, tiszteletteli bánásmód, rugalmas hozzáállás, helyzetnek megfelelő fizikai és mentális jelenlét,),
- *tájékoztatása* (a szülés helyszínének megmutatása, a beavatkozások ismertetése, információk átadása, bevonás a döntésekbe, fájdalomcsillapítási lehetőségekről adott tájékoztatás, partner információkkal való ellátása) és
- *érdekeinek képviselete* (privát szférájának védelme, szülésre vonatkozó kéréseinek kihangosítása, szükségleteinek előtérbe helyezése).

Hasonló körülmények hatnak a szülésnél jelen lévő apák megéléseire is. Az apák szülésélményét egyebek mellett befolyásolja, hogy jelenlétük mennyire elfogadott a

szülőszobán, mennyi támogatást, megerősítést kapnak az ottlétükhöz, mennyi és milyen információt kapnak a szakszemélyzettől a szülés eseményeivel kapcsolatban, érzelmileg támogatják-e őket, kapnak-e segítséget ahhoz, hogy hogyan támogassák jól az anyát, biztosított-e a kapcsolatuk az újszülöttjükkel és hogy mennyi aggodalmat élnek át a párjuk, gyermekük iránt (Soltész, Rigó, & Pápay, 2020). Az apák negatív szülésélményéhez hozzájárul, ha haszontalannak, tehetetlennek, felkészületlennek vagy feszültnek érzik magukat, ha a vártnál megterhelőbbnek érzik a szülés élményét (Johansson, Rubertsson, Rådestad, & Hildingsson, 2012). Mindezek azért is nagyon fontosak, mert ahogy az anyák szülésélmény feldolgozása, úgy az apák szülésélmény feldolgozása is hozzájárul a mentális egészségükhöz, a depresszió valószínűségének csökkentéséhez és ahhoz, hogy az átélteket integrálni tudják az élettörténetükbe (Soltész, Rigó, & Pápay, 2020).

Mindezek jól magyarázzák, hogy az Egészségügyi Törvény fent idézett szövegében miért van jelentősége az anya beavatkozásba való beleegyezésének, illetve, hogy miért tartom fontosnak az önrendelkezés megvalósulásának vizsgálatát. A szülésélmény különböző területekre való hatását hosszan lehetne fejtegetni, de a jelentőségét legszemléletesebben talán a gyermekvállalási kedvre gyakorolt hatása mutatja. A szülésélmény és a gyermekvállalási kedv összefüggését Gottvall és Waldenström bizonyította. Vizsgálatukba több, mint 600 nőt vontak be és arra a megállapításra jutottak, hogy azok a nők, akik az első szülésüket negatívan élték meg, később nagyobb valószínűséggel nem vállaltak gyermeket, vagy a következő gyermekük vállalásáig hosszabb idő telt el (4,2 év a 2,4 évvel szemben), mint azoknak a nőknek a körében, akik a szülésüket pozitívan élték meg (Gottval & Waldenström, 2002).

A szülés helyszíne mindig valakinek a territóriuma. Otthonszülés esetén az anyáé, míg kórházi szülés esetén a kórházi dolgozóké. A szakértelem és a környezet automatikusan kialakít egy alá- fölérendeltségi viszonyt. Az orvos, a szülésznő ezt tanulta, a mindennapi munkája, náluk a tudás, a rutin, a tapasztalat, míg a szülni érkező nő ritkán szül 1-2 gyermeknél többet. Mindennek azonban nem lenne szabad azt eredményeznie, hogy a szülő nők igen jelentős része tájékoztatás és beleegyezés nélkül essen át gyakran olyan beavatkozásokon, amelyeket inkább a rutin, mint a szakmai indokok vezérelnek. Az így végzett beavatkozások a szülészeti erőszak körébe tartozó eljárások. Szülészeti erőszak „*minden olyan beavatkozás és bánásmód, mely a szülő nő beleegyezése (gyakran tudta) nélkül, illetve akarata ellenére történik vele vagy újszülöttjével, a szülészeti ellátás bármely szakaszában, ideértve a várandósgondozást, a szülés folyamatát és a gyermekágyas időszakot is. Az emberi méltóság, a betegjogok, a szülő nő önrendelkezési jogának megsértése hatalmi pozícióból.”* (Garai, 2016) A szülés során elszenvedett erőszak hatással van az anya-gyermek kötődés alakulására és ezzel a család életére, megnehezíti a család alkalmazkodását az új élethelyzethez és növeli a PTSD előfordulását. Utóbbi kiváltó tényezőiként a szülészeti erőszakon átesett nők hasonlóról számolnak be, mint például nemi erőszak áldozatai: a test feletti kontroll elvesztése és önmaga hibáztatása. Bár azt feltételeznénk, hogy a trauma az orvosi vészhelyzet súlyosságával mutat összefüggést, de valójában inkább a tájékoztatástól és a bánásmódtól függ (Garai, 2016). Vagyis egy relatív egyszerűbb vizsgálat elvégzése az anyával való bánásmód függvényében okozhat nagyobb traumát, mint egy sürgősségi beavatkozás, ha az anyát utóbbiról megfelelően tájékoztatják, és nem az események passzív elszenvedőjeként, hanem kompetens, aktív résztvevőjeként lehet jelen. Az egészségügyi dolgozók többségének azonban nincs gyakorlata abban, hogyan kezelje partnerként a szülő nőt. A tájékoztatás ritkán terjed ki mindenre és még ritkább, hogy az anya valódi döntéshelyzetben azt érezhetné, hogy számít, mit válaszol. Azok az anyák, akik kérdeznek, időt kérnek, érteni szeretnék az események miértjét, hamar magukon érezhetik a „nem együttműködő kismama” címkéjét. Az önrendelkezési jog csorbításának, az

anyai szarvak letörésének és az együttműködésre bírásnak gyakori módja a baba halálával való fenyegetés, amiért az egészségügyi személyzet már előre az anyát teszi felelőssé.

A szülés a nőiség megélésének kulcseseménye. A vajúdás során szerzett tapasztalat, arról, hogy az anya többre képes, mint valaha gondolta volna, életre szóló munícióval ruházhatja fel, könnyebben veheti a szülés utáni időszak nehézségeit, formálhatja a magáról alkotott képét (Varga, 2020). Amikor egy beavatkozás szükségessé válik, azt üzenheti az anyának, hogy a teste a szülés élettani folyamatában segítségre szorul (Kitzinger, 2008), ezért sem a beavatkozás oka, sem annak körülményei nem elhanyagolhatóak. A vajúdás és szülés alatt végrehajtott beavatkozások mennyisége, miértje, az, hogy az anyát bevonják-e a döntésekbe, és hogy miként bánnak vele, befolyásolják a szülésélményt (Héjja-Nagy, 2019), ami többek között hatással van a későbbi gyermekvállalási kedvre (Gottval & Waldenström, 2002), és az anya szülés módjával kapcsolatos preferenciájára is (Nilsson, Lundgren, Karlström, & Hildingsson, 2012).

2. Evidencia alapú orvoslás, irányelvek, minőségbiztosítás

Az evidencia alapú (evidence based medicine=EBM) vagy más néven bizonyítékokon alapuló orvoslás (BAO) olyan döntési folyamat, melynek során a legmegbízhatóbb tudományos bizonyítékokat veszik alapul, miközben a szakember felhasználja a saját klinikai tapasztalatait, illetve figyelembe veszi a beteg egyéni szükségleteit, állapotát, preferenciáit is. Az evidenciákra épülő irányelvek olyan ajánlásokat tartalmaznak, melyek a megjelenésükkor elérhető szakmai és tudományos információk körültekintő, kritikus mérlegelésére épülnek. A bizonyítékokon alapuló orvoslás a korszerű orvoslás alapja (ÁEEK, dátum nélk.).

A bizonyítékok rangsorolása során figyelembe veszik a tanulmány típusát és minőségét, valamint a bizonyítékokok erősségét, ami az előbbieken túl kitér a bizonyítékok mennyiségére és egybehangzóságára is.

Az Institute of Medicine definíciója szerint a klinikai irányelvek olyan szisztematikusan kidolgozott állásfoglalások, amelyek segítik a gyakorló orvosok és a betegek döntéseit a konkrét klinikai körülményeknek megfelelő egészségügyi ellátással kapcsolatban. Az irányelvek leírják az egyes technikák, beavatkozások alkalmazásának elfogadható okait, a diagnosztikai vizsgálatoktól a műtéti eljárásokig (Field & Lohr, 1990). Az elmúlt évtizedekben az irányelvek az intézményi gyakorlatok általános részévé váltak. Ezek olyan tömör utasítások, amik segítenek eldönteni, hogy például milyen vizsgálatokat szükséges adott állapot esetén elrendelni, vagy, hogy mennyi ideig szükséges egy betegnek a kórházban maradnia. Az egészségügyi ellátás iránti növekvő kereslet, a növekvő egészségügyi költségek, a régiók közötti eltérő eljárások, illetve az egészségügyi szakemberek törekvése, hogy mindig a lehető legjobb ellátást nyújtsák megnövelték az irányelvek iránti érdeklődést. A politikai döntéshozók, a biztosító és az orvosok a következetesebb és hatékonyabb ellátás lehetőségét, illetve az evidenciák által alátámasztott, megkívánt ellátás és a mindennapi gyakorlat közötti szakadék áthidalását várják az irányelvektől (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999).

Az Egészségügyi Világszervezet kívánalma, hogy a várandósok, majd az anyák és újszülöttjeik bizonyítékokon alapuló ellátásban részesüljenek, miközben gondot fordítanak az anya szülésélményére is (Rubashkin, és mtsai., 2017). Miteniece vizsgálata szerint azonban a közép-

és kelet-európai régióban kevés a rendelkezésre álló és megfelelő minőségű vizsgálat, hiányoznak a mutatók, a szülészet területén dolgozó szakembereket elavult tantervek alapján képzik, ami azon túl, hogy túl sok nem bizonyítékon alapuló eljárás alkalmazását vonja maga után, a nem megfelelő kommunikáció, az anyával való nem megfelelő bánásmód veszélyét is magában rejti (Miteniece, Pavlova, Rechel, & Groot, 2017).

Az egységesen alkalmazandó irányelvek kiszámíthatóvá teszik a rendszert, egységesítik az ellátást, minőségbiztosítással összekapcsolva összehasonlíthatóvá teszik az intézményeket és támogatják az ellátás folyamatos javulását. Az irányelvek előnye, hogy támpontot nyújtanak bizonytalan helyzetekben, segítik felszámolni az elavult gyakorlatokat és javítják az ellátás következetességét, tisztázzák mik az elavult, káros gyakorlatok és mik azok, amik bizonyítottan hasznosak, hivatkozási alapul szolgálnak, az egészségügyi dolgozók számára például szakmai megbeszélések, vagy munkájának ellenőrzése során (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999).

A betegek (és a szülő nők) számára az egységes irányelvek leglényegesebb előnye az egészségügyi eredmények javítása. A bizonyítottan előnyös eljárások előtérbe kerülése, valamint a káros gyakorlatok háttérbe szorulása csökkenthetik a megbetegedéseket, a halálozást és hozzájárulhatnak az életminőség javulásához. A következetesebbé váló ellátásoknak köszönhetően csökken annak a valószínűsége, hogy 2 ugyanabban a helyzetben lévő beteg lényegesen eltérő ellátásban részesüljön. További előny, hogy a klinikusoknak szóló irányelvek közérthető formában elérhetővé válnak laikusok számára is, ami megkönnyíti a betegek tájékozódást, az információszerzést és a döntéshozatalt (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999).

Mindemellett érdemes észben tartani, hogy az irányelvek is lehetnek hibásak (például hiányzó, vagy félreértelmezett tudományos bizonyítékok miatt), és a nem megfelelő irányelvek hatástalanok vagy akár károsak is lehetnek, míg, ha egy irányelv túl merev, akkor nincs lehetőség a személyre szabott gondoskodás megvalósítására. Az ajánlások folyamatos felülvizsgálatot igényelnek, mert az elavult ajánlások, életben tartják a káros gyakorlatokat.

2.1. Nemzetközi ajánlások

Szülés témájában az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásai megkerülhetetlenek, de gyakran kerülnek elő a FIGO (Nemzetközi Szülészeti és Nőgyógyászati Szövetség) és az ACOG (Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium) iránymutatásai is. Mégis, most a Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (ICI) 12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátásért írásának összefoglaló változatát idézem, mert azt gondolom tökéletesen összefoglalja a szülés-születés területén kitűzendő célokat, megírásának alapját pedig a rendelkezésre álló bizonyítékok képezték.

„1. lépés: Minden nőt és újszülöttet együttérzéssel, tisztelettel és méltósággal kell kezelni, fizikai, verbális és érzelmi bántalmazás nélkül, kulturálisan biztonságos és érzékeny ellátást nyújtva, amely tiszteletben tartja az egyén szokásait, értékrendjét, valamint jogát az önkifejezésre, a tájékozott döntésre és a magánéletre.

2. lépés: Tiszteletben kell tartani minden nő jogát az ellátáshoz való hozzáférésre; továbbá azt a jogot, hogy megkülönböztetéstől mentes és ingyenes, vagy legalább megfizethető ellátásban

részesülhessen a gyermekvállalás egész folyamata során, azzal együtt, hogy semmilyen körülmények között nem utasítható vissza egy nő vagy egy baba ellátása sem, illetve nem akadályozható meg a távozásuk a szülés után a fizetés elmaradása miatt.

3. lépés: Rutinszerűen legyen biztosítva az AnyaBaba-Család szülészeti ellátás modellje, amely integrálja a bábai/szülésznői tevékenységi kört és szemléletet, továbbá bármilyen helyszínen, az ellátás nyújtásának minden szintjén, minden szülészeti szakember által gyakorolható.

4. lépés: El kell ismerni az anya jogát a folyamatos támogatáshoz a vajúdás és szülés alatt, és meg kell kapja a tájékoztatást ennek jótékony hatásairól; továbbá biztosítani kell, hogy az anya ezt a támogatást az általa választott ellátóktól és kísérőktől kapja meg.

5. lépés: Nem-gyógyszeres kényelemnövelő és fájdalomcsillapítási módszereket kell felajánlani a vajúdás alatt első, biztonságos lehetőségként. Ha a gyógyszeres fájdalomcsillapítás ehetőségei rendelkezésre állnak, és az anya igényt tart rájuk, el kell magyarázni ezek előnyeit és kockázatait.

6. lépés: Bizonyítékokon alapuló eljárásokat kell biztosítani, amelyek előnyösek az AnyaBaba-Család számára a gyermekvállalás teljes időszakában.

7. lépés: Kerülni kell a potenciálisan ártalmas eljárásokat és gyakorlatokat, amelyek esetében nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték arra nézve, hogy a normális várandósság, vajúdás, szülés, gyermekágy, illetve újszülöttkor során történő, rutinszerű vagy gyakori alkalmazásuk kapcsán fellépő kockázatokat ellensúlyozza jótékony hatásuk.

8. lépés: Olyan intézkedéseket kell bevezetni, amelyek elősegítik az AnyaBaba-Család jóllétét, és megelőzik a betegségeit, úgy, mint megfelelő táplálék, tiszta víz, közegészségügyi feltételek, higiénia, családtervezés, a betegségek és szövődmények megelőzése, szülés előtti és utáni oktatás.

9. lépés: Biztosítani kell a megfelelő szülészeti, újszülött és sürgősségi ellátást, amikor szükséges. Gondoskodni kell arról, hogy a személyzet megfelelően képzett legyen a (potenciálisan) veszélyes állapotok és szövődmények felismerésében és abban, hogy hatékonyan el tudja látni vagy stabilizálni tudja a pácienseket, továbbá legyenek jól működő konzultációs kapcsolatok, illetve biztonságos és hatékony továbbirányítási rendszer.

10. lépés: Legyen érvényben támogató emberi erőforrás politika az elkötelezett személyzet alkalmazására és megtartására vonatkozóan; illetve legyen biztosítva számára a megbízható, biztonságos és tiszteletteljes környezet, amely lehetővé teszi a jó minőségű, együttműködő, személyre szabott ellátás nyújtását a nők és újszülöttek részére egy pozitív munkahelyi környezetben.

11. lépés: Legyen biztosított az együttműködő ellátás folytonossága, amelyben részt vesz valamennyi releváns egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény és szervezet, amelyeknél rendelkezésre áll a kommunikációra, konzultációra és továbbirányításra vonatkozó terv és logisztika az ellátás minden szintje között.

12. lépés: Valósuljon meg a Bababarát Kórház Kezdeményezés 10 lépése (átdolgozott verzió, 2018) – védeni, elősegíteni és támogatni kell a szoptatást a szülészeti szolgáltatást nyújtó létesítményekben."

(ICI, 2018, old.: 28-29)

2.2. Szülészeti protokollok Magyarországon

A 2013-as EMMI rendelet értelmében az egészségügyi szakmai irányelv:

„olyan szisztematikusan kifejlesztett ajánlássorozat, amely meghatározott ellátási körülmények között az ellátandók jól körülhatárolt körére vonatkozik, ajánlásai jól azonosíthatók, tudományos bizonyítékokra, illetve valamennyi érintett szakterület szakértőinek véleményére támaszkodva, a betegek szempontjainak figyelembevételével az ellátók és ellátandók adott egészségügyi ellátással kapcsolatos megfelelő döntéseit segíti elő” (EMMI, 2013).

Az Egészségügyi Törvény 119 § (3) bekezdésének b) pontja szerint:

„az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások” (1997. évi CLIV. törvény 119 §, 1997)

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő honlapján, a szakmai irányelvek között egymás alatt időrendi sorrendben a következő címeken találunk ajánlásokat:

Jelenleg hatályos irányelvek

- Az anyai vérben keringő sejtmentes szabad magzati DNS alapú non-invazív tesztekről (NIPT) A Down-szindróma és a gyakori számbeli kromoszóma-rendellenességek prenatális szűréséről és diagnosztikájáról
- Az infertilitás és subfertilitás kivizsgálásáról és az asszisztált reprodukciós kezelésekről A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikóbesorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából
- A genetikai tanácsadásról
- A koraterhességi diagnosztikus és az alap (basic) szülészeti ultrahang-szűrővizsgálatokról
- A fenyegető koraszülés diagnózisáról, megelőzéséről és a kezeléséről
- Az alap ultrahangvizsgálatokat végző szülészeti-nőgyógyászati szonográfusok szakmai tevékenységéről
- **A családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról**

Lejárt irányelvek:

- A várandósgondozásról – lejárt: 2021. 12.01.

Forrás: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/szakmai_iranyelvek (NEAK, Szakmai irányelvek)

Valamivel könnyebb dolgunk van az Egészségügyi Szakmai Kollégium honlapján, ahol nem kell átnéznünk mindent, lehetőség van szűrő felületet használni. Itt a fent is felsorolt hatályos

irányelvek mellett láthatjuk a már hatályukat vesztett iránymutatásokat is. A teljesség igénye nélkül ezek között találjuk a:

- **Császármetszés** – lejárt: 2013.06.30.
- **Szülésindukció** – lejárt: 2013.06.30.
- **Túlhordásról, terminus túllépésről** – lejárt 2013.12.31.

szóló szakmai irányelveit.

Forrás: https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index (ESZK, dátum nélk.)

Mindezek mellett a HBCS Audit honlapján elérhető **Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról** című jelenleg is érvényes ajánlás.

Forrás:
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2981/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_%20csecsemo.pdf (HBCS, dátum nélk.)

A vastagon szedett ajánlások a szakdolgozat témája, és egyben a szülés körüli időszak szempontjából releváns írások, melyeken kívül nem találtam mást, ami szorosan kapcsolódna.

Miközben a császármetszés aránya 2013 és 2019 között is folyamatosan nőtt és jelenleg is 40% felett van az országos átlag, több, mint 8 éve nincs érvényes ajánlás a császármetszésekre vonatkozóan, ahogy nincs érvényes ajánlás a szülések indítására és a terminustúllépés kezelésére sem, miközben az anyai tapasztalatok azt mutatják, hogy a szülések harmadát indítják, és a szülésindítás vezető oka a terminus túllépése (Pleván, 2020a).

Az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) intézményi listájáról random kiválasztott 10 szülészettel rendelkező intézmény között 1 kórház honlapján találtam betegtájékoztatót (ez a császármetszésről szólt), részletes leírást a szüléskísérés intézményi menetéről sehol nem találtam, és a 10 kórházból 2 honlapján találtam meg a 2021 decemberében megjelent, szülő nők részére írt tájékoztató anyagot, amit kötelező lenne elhelyezni minden intézmény honlapján.

Mindezek igazolni látszanak Miteniece (2017) megállapításait a szűkösen rendelkezésre álló ajánlások problémájáról.

1985-ben a fortalezai konferencián az Egészségügyi Világszervezet azt javasolta, hogy a szüléseket ne csak az orvosok és a kórházak kontrollálják, hanem a kormányok is monitorozzák, mint tudományos bizonyítékon alapuló ellátást (Wagner, 2001).

Az egészségügy minőségbiztosítási rendszerének kiépítése is olyasvalami, ami régóta várat magára hazánkban, pedig az Egészségügyi Törvény külön fejezetben foglalkozik a témával Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása cím alatt, és részletesen kifejti például a minőségügyi rendszer működési céljait:

*121. § * (1) Minden egészségügyi szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célja*

a) a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is,
b) a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése,
c) a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,
d) a szakmai és működési követelményeknek való megfelelés és a saját követelményrendszer fejlesztése,
e) a betegek jogainak, igényeinek és véleményének figyelembe vétele, valamint
f) hatékony és biztonságos munkavégzést támogató környezet biztosítása belső követelményrendszer fejlesztése során. (1997. évi CLIV. törvény 121 §, 1997)

Mivel nincs mindenre kiterjedő, szisztematikus adatgyűjtés, nem lehet összehasonlítani az egyes szülészeteket se egymással, se a nemzetközi ajánlásokban megfogalmazott mutatóknak való megfelelés terén. Minőségbiztosítás és számok nélkül azonban csak érzésekre alapozhatunk. A számok objektív képet adnak, összehasonlíthatóvá tesznek, megmondják azt is, ha valamiben nagyon jók vagyunk, és azt is, ha valamiben fejlesztésre szorulunk. A számok segíthetnek optimalizálni folyamatokat, csökkenteni a költségeket, növelni a szülő nők és az egészségügyi szakemberek elégedettségét.

A minőségbiztosítás alapját a korszerű, legújabb kutatási eredményekre épülő ajánlások képezik. A minőségbiztosítás lehetőséget teremt az evidenciák mentén összeállított irányelvek betartásának ellenőrzésére, a fejlesztési irányok kijelölésére, a továbbképzési programok megszervezésére, az elvárt szint alatti teljesítmény okának feltárására és a szükséges lépések meghatározására. Olyan ösztönzőrendszer alakítható ki általa, ami az alapján finanszírozza az intézményeket, hogy a működésük mennyire felel meg a legkorszerűbb ajánlásoknak.

A kismamák számára az információhoz való hozzáférés segíti a tájékozódást, a felkészülést, a preferenciák megfogalmazását, a felmerülő kérdések időben történő feltételét. Az evidenciákra épülő irányelveken és minőségbiztosítási rendszeren keresztül képet kaphatnak az egyes szülészetek működéséről, és lehetőségük nyílik objektív tényezőket is figyelembe véve dönteni arról, hogy hol szeretnének szülni. Mert bár egyéni eltérések lehetségesek, és az egyéni preferenciák figyelembe vétele fontos, az evidenciák nem változhatnak kórházról kórházra, orvosról orvosra, és nagy összességében hasonló helyzetben, hasonló eljárás várható el, függetlenül attól, hogy az ország melyik részében és kitől vesz igénybe ellátást valaki. Ettől lesz kiszámítható a rendszer, és ez a kiszámíthatóság ad biztonságérzetet minden szereplőnek.

3. A szakdolgozat célja

A szakdolgozat célkitűzése, hogy szakirodalmi áttekintésen keresztül, a nyilvánosan elérhető statisztikák segítségével megpróbálja bemutatni a hazai szülészeti ellátás aktuális helyzetét. Ismerjük a szülésélmény jelentőségét, tudjuk azt is, hogy minden beavatkozásnak megvan a maga kockázata, de nem tudjuk, mi a helyzet itthon. A szakdolgozatomban szeretném

- felderíteni mennyire könnyű vagy nehéz szülészeti ellátással kapcsolatos statisztikákhoz hozzáférni,
- a fellelhető statisztikák segítségével bemutatni a hazai szülészeti ellátást,
- összevetni mindezeket kutatási eredményekkel, WHO ajánlásokkal és az EMMI irányelvében megfogalmazott javaslatokkal.

4. A hazai szülészeti ellátásról rendelkezésre álló információk

A dolgozat következő részében először olyan csatornákat mutatok be, ahol találhatóak a szülészeti ellátásra vonatkozó adatok, majd a szülészeti ellátás különböző területeit érintő kutatási eredményekről lesz szó, kiegészítve az egyik információs forrás statisztikáival.

4.1. Tájékozódási lehetőségek

Az alábbiakban a szülészeti ellátásról szerezhető információs forrásokról lesz szó röviden.

4.1.1. Tauffer-adatbázis

Tauffer Vilmos volt talán a világon az első, aki 1881-ben elkezdte összegyűjteni a szülészeti adatokat. 10 éves munkája nyomán, 1891-ben jelent meg A szülészeti ügyek (bábaügy) állása hazánkban, mint a gyermekek és a gyermekágyasok nagy halálozásának egyik tényezője címmel. Ő volt az első szülész hazánkban, aki sikeres császármetszést hajtott végre, dolgozott a bábaképzés megújításán és célul tűzte ki az egységes szülészeti adatszolgáltatás megvalósulását. 1931-ben jött létre a Szülészeti Rendtartás, amiben megvalósult Tauffer Vilmos álma, és ami 50 évig egyedülálló részletességgel gyűjtötte az adatokat a szülészeti eseményekről, a magzatokról és a szülési szövődményekről. Az 1980-as évektől a Központi Statisztikai Hivatal vette át az adatok gyűjtését, azonban sokkal kevesebb adatot kért, és a publikációk is elmaradtak a korábban megszokottól, ezért az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet (OSZNI) 1989-ben megkezdte egy korszerű adatszolgáltatási rendszer kidolgozását a Tauffer-adatbázis mintájára. Ekkor még a szülészetektől havonta bekért adatlapokról kézileg rögzítették számítógépre az információkat, ezt 1994-től váltott fel a kötelező jellegű adatszolgáltatás, amit 1994 és 2002 között postán és lemezen, majd ezt követően teljes körűen az internet használatával gyűjtöttek. Ez lett az úgynevezett „OSZNI-program”, melynek adatlapja szinte minden olyan adatot gyűjtött, amit korábban Tauffer is. A programban bizonyos kérdések megválaszolása kötelező, anélkül nem lehet tovább lépni, míg mások kitöltése opcionális. A gyűjtött adatok alapján nyomon követhető a várandósok átlagéletkorának változása, a várandósgondozás megkezdésének időpontja, az intrauterin és a perinatális halálozás arányának alakulása. Az OSZNI adatgyűjtését később az OSZMK (Országos Szakmai Módszertani Központ) vette át (Csákány, 2010). Az új adatbázis összesen 40 kérdésen keresztül dolgozza fel a szülések alapvető adatait, mint a magzat fekvése, a szülészeti műtétek, születési súly, illetve kitér a szülés alatt alkalmazott érzéstelenítésre és a magzati monitorozásra is. Ezen túl a program lehetőséget teremt a szülészek egyéni teljesítményének mérésére is, azonban ezt a fakultatív funkciót csak kevés helyen használják. Bizonyos adatok párhuzamosan gyűlnek a KSH-nál és korábban az OEP-nél (Országos Egészségbiztosítási Pénztár), most NEAK-nál (Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő Központ), és ezek az adatok nem mindig fedik egymást, például a császármetszés okai lényeges eltérést mutatnak a különböző helyeken (Csákány, 2007).

A Tauffer-statisztika adatai – bár igen részletes képet mutathatnak a szülészeti ellátásról – nem nyilvánosak és pontos tartalmuk sem hozzáférhetőek a nagyközönség számára.

A Magyar Folyóiratok Tartalomjegyzékeinek Kereshető Adatbázisában (MATARKA) a Tauffer keresőszóra több, a Magyar Nőorvosok lapjában megjelent, szülészeti mutatókra vonatkozó cikk található – Csákány György (2018): A szülészeti mutatók alakulása az utóbbi években és tanulságai. A „Tauffer statisztika"; Csákány György (2016) 2015. év szülészeti adatai és tanulságai a Tauffer-adatbázis alapján – ezek azonban csak díjfizetés után elérhetőek, és postán kerülnek megküldésre.

4.1.2. Zsebinet

A www.zsebinet.hu oldalon elérhető szülészetválasztó a Kanga Egyesület kezdeményezése. Az Egyesület közérdekű adatigénylés formájában kereste meg a szülészeteket, illetve a bábapraxisokat, hogy összegyűjtse a szülőszobákkal, gyermekágyas szobákkal, vajúdással, szüléssel, aranyórával kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat, amik segíthetik a kismamák tájékozódását (Kanga Egyesület, 2017). Az oldalon a 2016-os információk találhatóak meg. A közérdekű adatigénylésre a kórházak 88,1%-a válaszolt, a választ adó kórházak adatait böngészve azonban feltűnik, hogy nem válaszolt mindenki minden kérdésre, illetve vannak olyan kórházak, ahová érkeztek anyai hozzászólások, amik a saját tapasztalataik alapján vitatják az adatok helyességét. Például a békéscsabai kórház által megadott 0%-os Kristeller-manőver arányra reagálva 2 hozzászólás is érkezett, amiben nem értenek egyet azzal, hogy ne lenne ilyen beavatkozás.

A kórházaknak feltett 39 kérdés közül, szinte maradék nélkül érkezett válasz a szülőszoba ágyszámára, vajúdóra, gyermekágyasosztályra, orvosválasztásra vonatkozó kérdésekre. Megszaporodtak azonban a hiányzó adatok, amikor a szülési testhelyzet vagy az egyes beavatkozások aránya került szóba, és volt ezek között 1-2, amire tipikusan nem érkezett válasz. Míg a császármetszés arányára mindössze 3 intézmény nem válaszolt, addig az oxytocinos fájáserősítő használatát, a fájdalomcsillapító injekció és a Kristeller-manőver mértékét firtató kérdésre a kórházak harmada nem reagált (21, 19 és 20 kórház). További érdekesség, hogy ezeknél a beavatkozásoknál, ahol érkezett válasz a kérdésre, gyakran fordul elő 0%, ami azt jelenti, hogy az adott intézményben nem alkalmazzák azt a beavatkozást, nem használják azt a gyógyszert. A Kristeller-manőver kapcsán 19 kórház nyilatkozott így (48,7%), a fájdalomcsillapító injekciók kapcsán 15 (37,5%), az oxytocinról 6 (15,8%), az epidurális érzéstelenítésről 14 (27,5%).

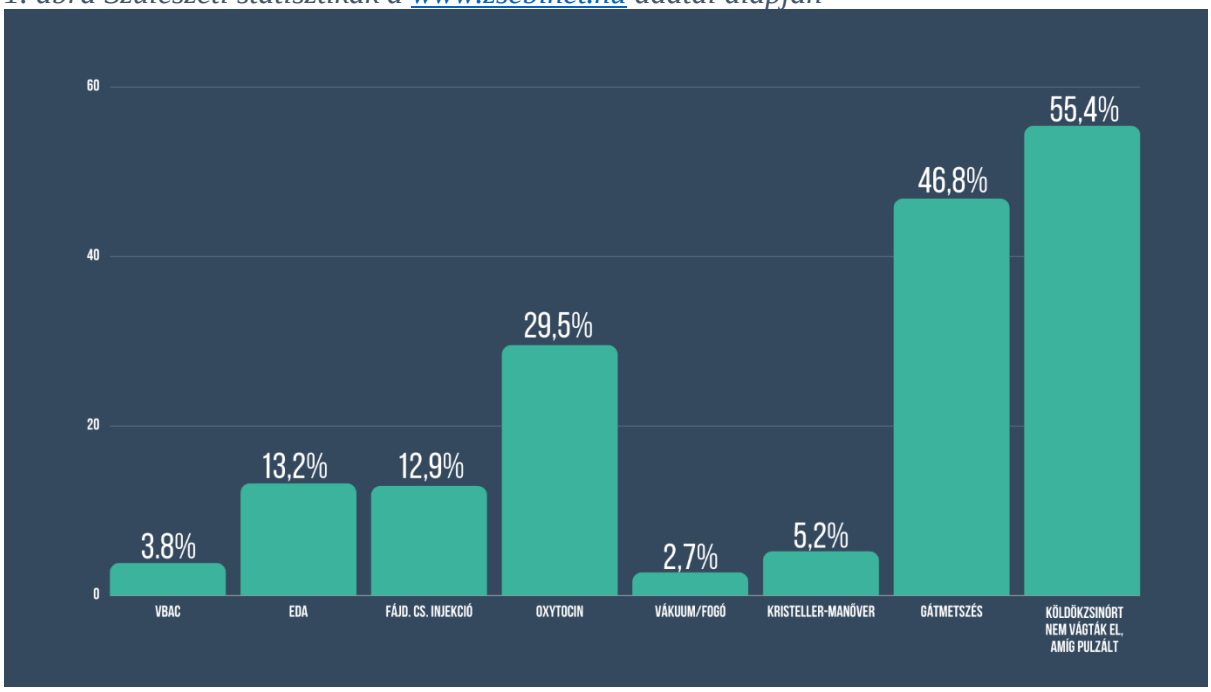
Arra kérdésre, hogy a megszületés után mikor vágják el a köldökzsinórt az 59-ből 56-an válaszoltak és 31-en (1. ábra) válaszolták, hogy a pulzáció megszűnése után.

A közérdekű adatigénylésre reagáló 59 kórház közül 57 válaszolta, hogy van lehetőség az intézményükben hüvelyi szülésre 1 császármetszés után. Arra kérdésre, hogy hány esetben volt erre példa a 2016-os évben 38 esetben érkezett válasz. Összegezve a választ adó kórházak 2016-os születési számait, illetve az egy császármetszés utáni hüvelyi szülések (VBAC) számait, azt láthatjuk, hogy a VBAC aránya 3,8% volt (1. ábra). Az, hogy ezek a szülések a sikeres hüvelyi szülések voltak, vagy azokat is beleértették, akik végül ismét császármetszéssel adtak életet a gyermeküknek, nem egyértelműen, ám ha utóbbiról van szó, akkor az arány még alacsonyabb. Ez igen aggasztó annak fényében, hogy a császármetszés aránya az elmúlt 20 évben megduplázódott. Már a 2000-es években is magasnak számító 20% felett járt, de a 2010-es évekre meghaladta a 30%-ot és 2016-ban a császármetszés országos aránya már 39,22% volt (Pleván, 2022d). A császármetszés kockázatairól, rövid- és hosszú távú szövődményeiről egyre

szaporodó kutatások kiemelt jelentőségűvé teszik a császármetszés utáni hüvelyi szülések támogatásának és sikerességének minél magasabb arányát.

A Kanga Egyesület összesített adatain keresztül ad további betekintést a szülészeti ellátásba 1. ábra.

1. ábra Szülészeti statisztikák a www.zsebinet.hu adatai alapján



4.1.3. Így szültem

A www.igyszultem.hu oldalon elérhető kutatás a hazai K-monitor és EMMA Egyesület, valamint a romániai Funky Citizens közös projektje. Az internetes, kérdőíves, anonim adatgyűjtés célja a hazai szülészeti ellátás feltérképezése, kiemelten fókuszálva a hálapénz rendszert torzító hatására. Az adatgyűjtés 2020. júliusában kezdődött, a kérdőívet 2020. október végéig, több, mint 11.000-en töltötték ki. A honlapon található térképen látható, hogy az egyes intézményekről mennyi tapasztalat érkezett már, és ezek a tapasztalatok egyesével olvashatóak is. A beérkezett adatokról 2020. decemberében tették közzé elemzésüket (Így szültem, 2020).
Az adatokat területi szempontok, valamint a szülés módja szerint súlyozták, hogy a 2018-as NEAK adatközléshez mérten reprezentatívnak lehessen tekinteni. Mivel a hivatalos adatok nehezen hozzáférhetőek, a 2016 előtti szülések tapasztalatait a kutatásból kizárták, azonban ezeknek az anyai tapasztalatoknak az olvasását továbbra is lehetővé teszik a honlapon. Lehetséges torzító tényezőként említik az online adatgyűjtést, a válaszadói önszelekciót, amik alapvetően a jó egzisztenciális körülmények között, a közügyek iránt érdeklődő kitöltők irányába mozdíthatják az adatokat. A kérdőívet kitöltő anyák 68%-a fizetett hálapénzt. A hálapénzt az esetek többségében (88,3%) a szülészorvosoknak fizették, de igen gyakran kaptak a szülésznők is (59,8%). A hálapénzeket az esetek 96,9%-ában a szülést követően adták át. A hálapénz átlagos összege 111.000 Ft volt. A hálapénzfizetés fő okai között szerepelt

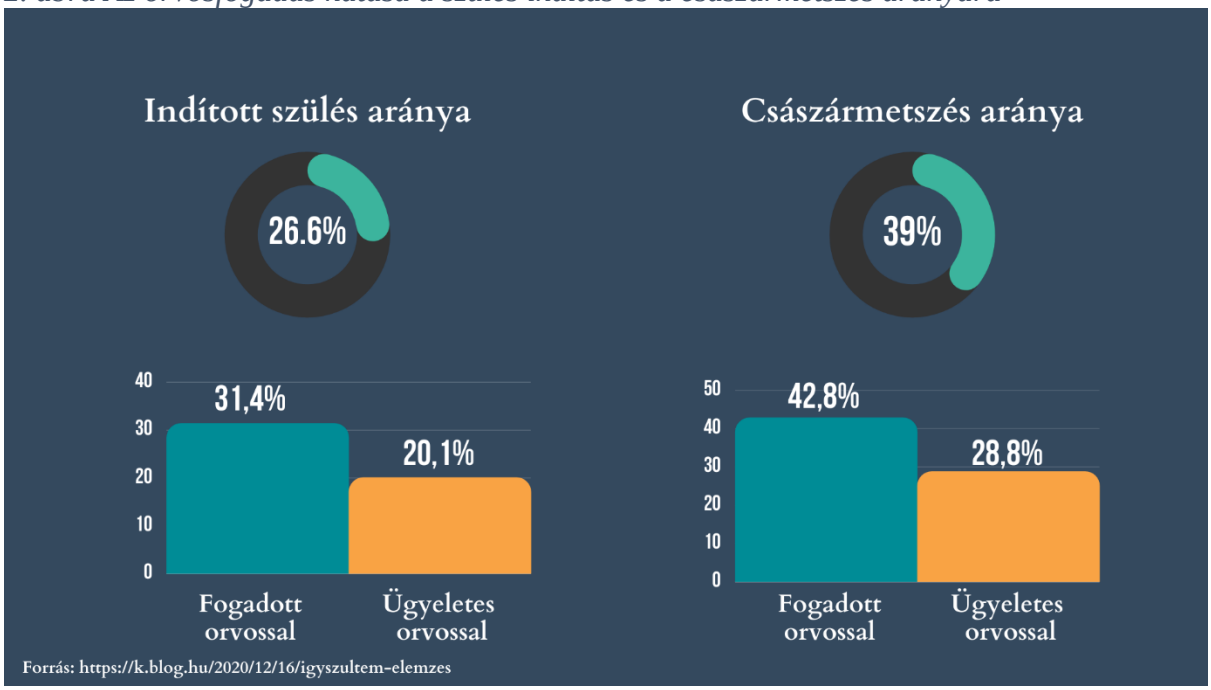
- a saját választott orvos jelenléte a szülésnél (55%),

- a hála (45,5%),
- a várandósság alatti rendelkezésre állás (38,3%),
- több figyelem (29,4%),
- szülési igények figyelembe vétele (25%),
- magasabb minőségű ellátás (22,5%)

(Merényi, 2020).

Ahogy arra már más kutatások is felhívták a figyelmet, fogadott orvos esetén több beavatkozás történik és magasabb a császármetszés aránya is (Baji, Rubashkin, Szebik, Stoll, & Vedam, 2017). A K-monitor elemzése a 2. ábra adatai alapján hasonló eredményre jutott:

2. ábra Az orvosfogadás hatása a szülés indítás és a császármetszés arányára



A felmérésben közel 3000 anya számolt be a szülésélményéről. Traumatikus szülésélményt az anyák 11%-a osztott meg. A negatív tapasztalatok vezető oka a bánásmód volt (86%), ezt követte a tájékoztatás hiánya (49%). Az infrastruktúra állapotát a válaszadók 20%-a jelölte meg (Merényi, 2020).

Mindezek az adatok megerősítik a dolgozat korábbi, a szülésélmény jelentőségéről szóló részében már tárgyaltakat: az, hogy egy anya miként éli meg a szülését sokkal inkább függ attól, hogy kompetensnek érzi-e magát, úgy érzi-e, hogy aktív részese a szülésének, akit bevonnak a döntésekbe, akivel méltó módon bánnak, mint attól, hogy milyen fizikai környezet veszi körül (Green & Baston, 2003; Bryanton, Fraser-Davey, & Sullivan, 1994).

4.1.4. Jobbulást Alapítvány

A Jobbulást Alapítvány kezdeményezése az egészségügyi ellátást igénybe vevő betegek véleményét, tapasztalatait szeretné egy online, anonim kérdőívvel összegyűjteni, mert hiszik, hogy ezek megismerése szemléletváltást eredményezhet az egészségügy területén. A közfinanszírozott kórházat és szakrendelők nyilvános és strukturált értékelésének lehetőségét, a betegelégedettség felmérését szeretnék biztosítani (Jobbulást Alapítvány, 2020). A számos lehetőség között szerepelnek a szülészeti osztályok is. A beérkezett vélemények közötti böngészést szűrőfelület teszi könnyebbé, ahol a szülészetet és a fekvőbeteg ellátást kiválasztva megjelennek egymás alatt az intézmények, illetve, hogy mennyi vélemény érkezett már róluk, és az alapján a maximum 5-ből hány pontot értek el. Rákattintva az intézményre részletesebben is megtekinthetjük az adatokat. Csillagok mutatják, hogy az eddig megosztott vélemények alapján a betegek mennyire voltak elégedettek a dolgozók szakmai felkészültségével, a tisztasággal, tájékoztatással, döntésbe való bevonással, illetve egy nemtől igenig terjedő skálán láthatjuk, hogy például mennyire volt jellemző, hogy volt szappan, WC-papír vagy kéztörlő a mosdóban. A kérdőív kitöltése során lehetőség van szöveges értékelésre is, ezeket is elolvashatjuk egyesével.

A tisztelet, méltóság, tájékoztatás, döntésekbe való bevonás nagyon fontos szempontok és jó, hogy így ki vannak emelve és lehetőség van ezekről véleményt mondani, azonban abból a kérdésből, hogy az anya elégedett volt-e a szakszemélyzet szakmai felkészültségével, nem derül ki, hogy ez a szakmai felkészültség evidencia alapú ellátásban nyilvánult-e meg.

4.1.5. Kórházak által közzétett statisztikák

A betegtájékoztatók miatt random kiválasztott intézmények honlapján a beleegyező nyilatkozatokon túl a beavatkozások arányára vonatkozó információkat is kerestem, azonban egyik kórház honlapján sem találtam statisztikákat, amik az szülészeti osztály működésébe engedtek volna betekintést.

4.1.6. Bábapraxisok statisztikái

Az intézményen kívüli szülés hazai kereteit felállító rendelet 2011-ben jelent meg, és az első bábapraxis 2012-ben kezdte meg működését. A kórházi statisztikákhoz hasonlóan, véletlenszerűen választottam közülük hármat, hogy lássam találok-e, és ha igen, milyen adatokat a szülészeti ellátásukra vonatkozóan.

Az első kiválasztott bábapraxis honlapjának már a főoldalán az előző évi statisztikák főbb számaiba botlottam, ahonnan a „Részletes statisztikák” gombra kattintva, további keresés nélkül olvashattam arról, hogy

- 2021-ben hány szülés kezdődött és fejeződött be otthon,
- ahol kórházba szállítás történt, annak mi volt az oka, és hány esetben, illetve összesen milyen arányban végződött császármetszéssel a szülés,
- milyen testhelyzetben hozták világra az anyák a babáikat

- akik várandósan kizáródtak az otthonszülés lehetőségéből, ők milyen okokból nem szülhettek otthon,
- végül pedig, hogy minden anya és baba egészséges.

Az oldalon tovább görgetve lefelé, összesített statisztikát találunk a praxissal otthon szült anyák szüléseire vonatkozóan, illetve tájékoztatást arról, hogy a többi év adatai nem térnek el szignifikánsan a 2021-es év adataitól.

A következő honlapon, ugyan nem a főoldalon, de onnan a menüből könnyen megtalálhatóan és egy kattintással a statisztikákra vonatkozó oldalon találtam magam. Itt 2016-ig visszamenőleg olvashattam a fentiekhez hasonlóan arról, hogy hányan terveztek otthon szülni, aki nem tehette meg, miért záródott ki az otthonszülés lehetőségéből, vajúdás közben mennyi kórházba szállítás történt, milyen testhelyzetben szültek az anyák, történt-e gátmetszés.

A harmadik véletlenszerűen kiválasztott honlapon nem találtam statisztikákat.

4.1.7. Internetes fórumok, közösségi média

A különböző internetes fórumokon és a közösségi médiában se szeri, se száma a szüléssel, szülési helyszínnel, szülészekkel kapcsolatos kérdéseknek. Előnye ezeknek a felületeknek, a személyes kapcsolódás lehetősége, és hogy gyorsan érkezik reakció. Hátrányai között említhetjük, hogy

- a szisztematikus adatgyűjtésekhez képest kevesebb válaszból kell következtetést levonni,
- ezek a válaszok nagyrészt szubjektív, nehezen megfogható vélemények („X. Y-t ajánlom, nagyon profi.” „Plusz 1 szavazat X. Y-ra.”),
- amik nehezen összesíthetőek, és
- az érkező válaszokat befolyásolhatja, ha nem biztosított az anonimitás, így az érintett intézmény dolgozói is olvashatják a beszélgetést, ami torzíthat a válaszokon, illetve a kérdező és a válaszadó privát üzenetben történő tapasztalat cseréjéhez vezethet, ami a többi olvasót, érdeklődőt kizárja a beszélgetésből.

Miközben fontos, hogy a szülésnél olyan szakember legyen jelen, akiben az anya bízik, aki mellett biztonságban érzi magát, a személyes szimpátia nem mindig elég. Az az orvos, aki nekem szimpatikus, akivel én biztonságban érzem magam, nem biztos, hogy másnak is ugyanazt adja. Különbözőek vagyunk, az eltérő személyiségünk, eltérő szakembert kíván. Egymást nem ismerve, pusztán szimpátia alapján nem biztos, hogy jól tudunk ajánlani. Emellett, attól, hogy valaki kedves, szimpatikus, még nem biztos, hogy követi az evidenciákat, viszont beavatkozásokra vonatkozóan sokkal ritkábban merülnek fel kérdések. Ha mégis, és a kismama esetleg konkrétan megfogalmazza a preferenciáit, melyben korlátozni szeretné a rutin beavatkozások lehetőségét, hamar olyan válaszok tömegét kaphatja, ami szerint, majd az orvos tudja mi a jó, és ő csak ne akarjon tervezni.

4.1.8. Hol jó szülni?

Velkei Éva és Sződy Judit Születéskalauz és Hol jó szülni? címmel írt könyvei, a Mérce Egyesület és a Kismama magazin közös kiadványa. Hogy megkönnyítsék a választást, összegyűjtötték a Kismama magazin olvasóinak tapasztalatait, illetve levélben keresték fel a szülészetek vezetőit. Több ezer kismama mellett a szülészeti osztályvezetők többségének válaszai alapján készült el és jelent meg a Születéskalauz 1999-ben, 2001-ben és 2005-ben. A könyv már nem kapható és új, frissített kiadás nem jelent meg, ezért a szülészeti ellátás aktuális helyzetéről nem tudunk belőle tájékozódni.

4.1.9. Ablak a világra – Szülészeti adatbázis

Az Ablak a világra – Szülészeti Adatbázis projekt a saját kezdeményezésem, mellyel 2019 óta gyűjtöm anyák tapasztalatait a hazai szülészeti ellátásról online kérdőívek segítségével, anonim módon. 2020 decemberéig 11.954 kórházi szülésről és 337 tervezett otthonszülésről érkezett beszámoló. Az adatgyűjtés nem terjed ki a koraszülésekre és azokra a szülésekre, melyet követően az anya és/vagy a baba állapota intenzív ellátást igényelt volna. A kérdőív néhány a várandósgondozásra vonatkozó kérdést követően részletesen kitér a szülésindulás módjára, a lehetséges beavatkozásokra, a tájékozott döntés megvalósulására, a kitolási szak és az aranyóra főbb kérdéseire, a császármetszés okára, körülményeire, a csecsemőosztály működésére, a szoptatástámogatási gyakorlatra és végül a szülést követő anyai érzésekre. A projekt célja a szülészeti ellátás minél objektívebb feltérképezése, az anyai tájékozódás megkönnyítése.

Mivel a felsorolt információs források közül utóbbi rendelkezik a legtöbb és a legrészletesebb, valamint frissnek mondható statisztikákkal (a kérdőívet kitöltő anyák háromnegyede 2017-2020-ban szült (Pleván, 2020a)), a dolgozat következő fejezetében ezeken keresztül mutatom be a hazai szülészeti ellátást és kapcsolódó kutatási eredményeket.

4.2. A kutatási eredmények és az anyai tapasztalatok

Ebben a fejezetben több alfejezeten keresztül fogok beszélni a különböző vajúdás során előforduló beavatkozásokról, a kitolási és lepényi szakról, az aranyóra megvalósulásáról, a császármetszésről és a császármetszés utáni hüvelyi szülésről, az anyák tájékoztatásáról és döntési lehetőségeiről, illetve a szülésélmény alapján kirajzolódó gyermekvállalási kedvről. Terjedelmi korlátok miatt lesz, amiről hosszabban és lesz, amiről rövidebben, de releváns kutatások alapján a legfontosabbakat mindenképp megemlítve, és az Ablak a világra projekt statisztikáin keresztül a hazai helyzetre rámutatva.

A 337 tervezetten otthon szült édesanya közül 306-ról rendelkezünk részletesebb statisztikákkal. Ezeknek az anyáknak a 80%-a 2017-2020-ban szült, 28%-uk első gyermekének a születéséről számolt be, míg a többi anya második vagy többedik szüléséről, az anyák 79%-a alacsony rizikójú várandósnak számított (Pleván, 2020b). Ez a 306 anya a 2012-2020 időszakban tervezetten otthon szült nők 16,6%-a (Csákány, 2022).

A 11954 intézményben szült anya közül 11110 szülés esetén érhető el nyilvános statisztika arról, hogy az anya mikor szült és hányadik gyermekének születéséről számolt be a kérdőívben. Ezalapján az anyák 75%-a szült 2017-2020-ban, 68%-uk első gyermekének születéséről számolt be, és a várandósságok 63%-a volt alacsony rizikóba sorolva. Az anyák 67%-a fogadott orvossal szült (Pleván, 2020a). A 11110 anyai tapasztalat a 2012-2020 közötti szülések 1,4%-a (Csákány, 2022).

4.2.1. Beavatkozások a vajúdás és a szülés alatt

4.2.1.1. A szülés indítása

Arról, hogy egy kisbaba mikor fog megszületni, csak becsléseink vannak. Tudjuk, hogy egy várandósság 9 hónap, de ritkán tudjuk biztosan a fogantatás időpontját. A terminust, a szülés várható napját általában a Naegele-módszer segítségével számolják. Eszerint az utolsó menstruáció első napjából elvesznek 3 hónapot és hozzáadnak 7 napot. Ez a számítási mód 28 napos, szabályos ciklusokkal számol és ciklus közepén történő peteéréssel, vagyis nem veszi figyelembe az egyéni eltéréseket. Viszont a terminus napja, mintegy középérték kerül meghatározásra és a kisbaba születését a 37. hét betöltésétől kezdődően a 42. hét betöltéséig várjuk. Ebben az intervallumban bármikor születhet. A 37. hét előtt koraszülésről, a 40. hét betöltése után terminus túllépésről, a 42. hét után pedig túlhordásról beszélünk. A 2019. decemberében megjelent, családbarát alapelvekre épülő egészségügyi szakmai irányelv ennek megfelelően úgy fogalmaz, hogy a szülés spontán megindulásának támogatása az ajánlatos egészen a várandósság 41. hét +7. napjáig (EMMI, 2019).

A WHO a szülésindítások orvosilag indokolt arányát már 1985-ben maximum 10%-ban határozta meg (Gaskin, 2015), Marsden Wagner amerikai szülész, perinatális epidemológus, a WHO Női és Gyermekegészségügyi Programjának egykori programvezetője, még ettől is szigorúbb, maximum 5%-os arányról ír könyvében (Wagner & Gunning, 2017). Emellett Wagner (2017) a szülésindítás okait, a következőkben foglalja össze:

- oxigénhiány jeleit mutató baba,
- jelentős mértékű túlhordás,
- elégtelen lepényi működés,
- a baba méretei jelentősen alulmaradnak a várandósság szerinti koránál,
- preeklampszia tünetei jelentkeznek: fehérje a vizeletben, magas vérnyomás, hányinger, fejfájás, látászavar, jelentős ödéma,
- ha burokrepedést követő türelmes várakozás (Wagnernél ez 48 óra!) után sem indul be a vajúdás.

Ugyanitt Wagner a szülés megindításának megkérdőjelezhető okaiként tartja számon:

- ha méhlepény elégtelen működése nélkül állapítják meg, hogy a baba túl nagy,
- a terhességi diabéteszt,
- a túl kevés vagy túl sok magzatvíz diagnózisát.

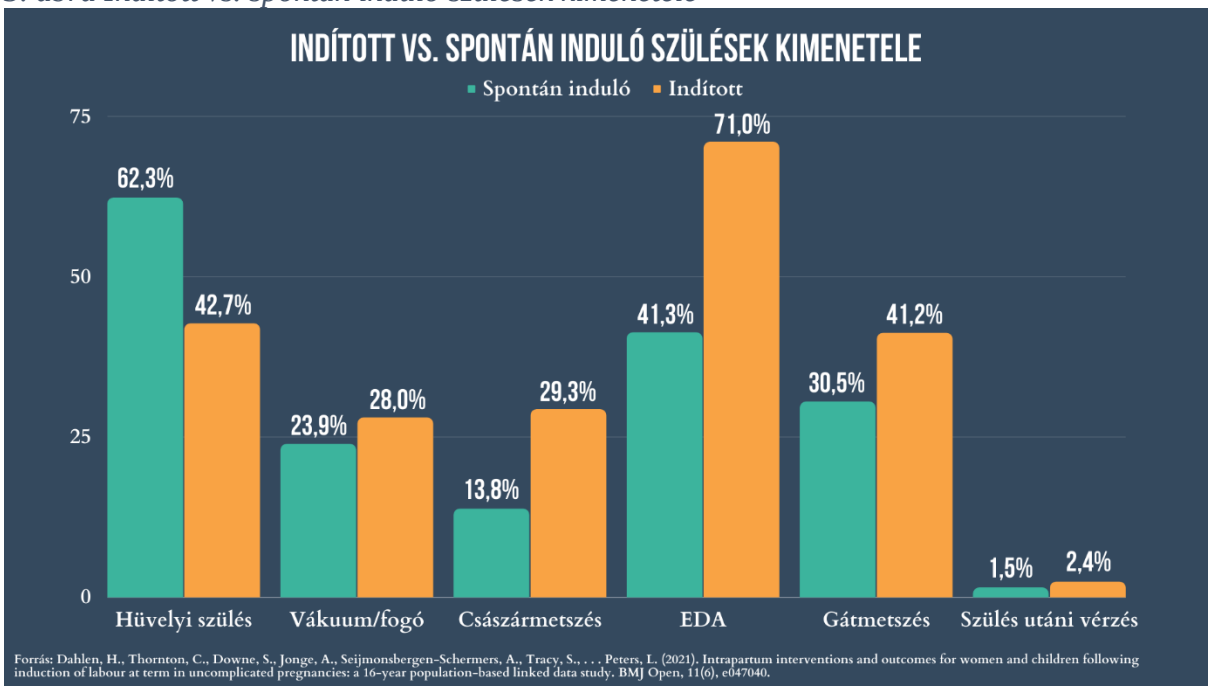
Több kutatás is megjelent, amik azt mutatják, hogy indított szülés esetén nagyobb az esély a további beavatkozásokra, illetve megnő a császármetszés szükségességének kockázata is.

Dahlen és munkatársai (2021) kutatásukban csaknem 500.000 szülés adatait vizsgálták. A kutatás során kizárták azokat az anyákat, ahol a fellelhető adatok arra utaltak, hogy orvosi ok szükségessé tehette a szülés megindítását. Arra az eredményre jutottak, hogy indított szülés esetén

- alacsonyabb volt a spontán (műszeres szülésbefejezés nélküli) hüvelyi szülés aránya,
- magasabb volt a műszeres szülésbefejezés aránya,
- magasabb volt a császármetszés aránya,
- az anyák többször kaptak epidurális érzéstelenítést,
- gyakrabban végeztek gátmetszést,
- gyakrabban fordult elő szülés utáni vérzés,

mint a spontán induló szülések esetében 3. ábra.

3. ábra Indított vs. spontán induló szülések kimenetele



Egy korábbi, 2011-es svéd vizsgálatban indított szülés esetén az anyák gyakrabban kértek epidurális érzéstelenítést, ritkábban alkalmazták a vizet (zuhanyt, kádat) fájdalomcsillapításra és gyakrabban fordult elő császármetszés. A beavatkozások összehasonlításán túl ez a kutatás azért érdekes, mert az anyák megélésén keresztül is vizsgálja a szülések indítását. Az indítással szülő anyák között nagyobb volt a szüléstől való félelem a szülés előtt, kevesebben számoltak be pozitív szülésélményről és a vajúdást szubjektíven hosszabbnak érzékelték, mint azok a nők, akiknek a szülése spontán indult (Hildingsson & Karlström, 2011).

A szülés indulását a természet ugyanúgy nem bízta a véletlenre, ahogy a magzat fejlődésének minden mozzanata is jól megszervezett, pontosan egymásra épülő folyamat része. Az anyai test számos módon védekezik a szülés korai megindulása ellen (Lockwood, 2004):

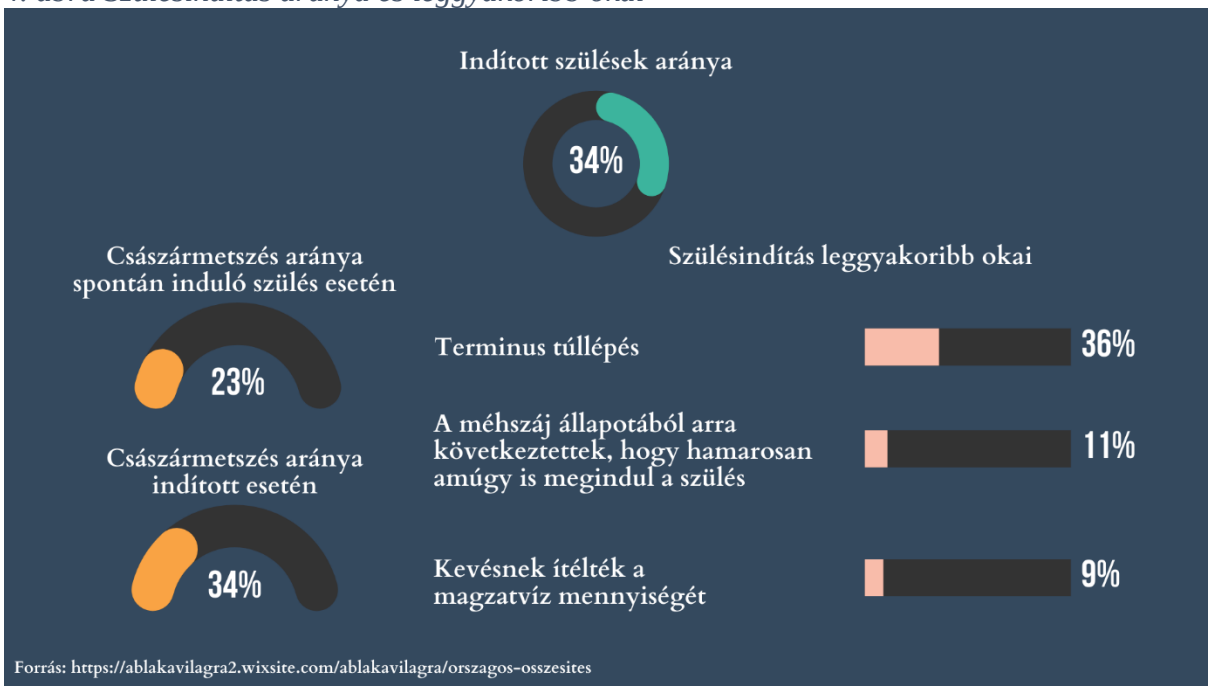
- a méhizomsejtek közötti alulfejlett réskapcsolatok, a gátlás alatt lévő connexin fehérjék és az egyéb endogén inhibitorok közösen akadályozzák a kontrakciók létrejöttét.

- Bár a várandósság alatt az oxytocin szint folyamatosan nő, az oxytocináz enzim szintje, illetve az oxytocint felvevő receptorok szintje alacsony.
- A folyamatosan jelenlévő prosztaciklin izomrelaxációt biztosít
- A terhesség idején az ösztrogénszint alacsonyabb, mint a progeszteronszint és ez így is marad, amíg a magzat mellékveséje el nem éri a megfelelő érettséget és el nem kezd kortizolt termelni. A kortizol termelés hatására indul egy ösztrogén-termelő folyamat, ami növeli a méh oxytocin-érzékenységét, illetve lazítja a méhszájat. Ekkor a progeszteron-ösztrogén egyensúly elkezd az ösztrogén irányába mozdulni, aminek hatására emelkedik a prosztaglandin mennyisége, ami egyrészt a méhszáj érésében szerepet játszó hormon, másrészt a méhizomsejtek prosztaglandin receptoraihoz kapcsolódva összehúzódásokat indukál.

Mindez jól magyarázza, hogy mi húzódhat a szülésindítással összefüggésbe hozható gyakoribb és magasabb beavatkozási arányok mögött, illetve, hogy miért igyekszik Wiessinger, West, és Pitman könyvükben a sikertelen szülésindítást átkeretezni, és miért javasolják az anyáknak, hogy gondoljanak erre úgy, hogy a testük sikeresen megvédte a babájukat az idő előtti megszületéstől (Wiessinger, West, & Pitman, 2017). Romano és Lothian (2008) pedig úgy fogalmazott, hogy a szülés spontán megindulása annak a jele, hogy az anya teste készen áll a szülés folyamatára és a baba készen áll a megszületésre.

Az Ablak a világra – Szülészeti Adatbázis adatai szerint (Pleván, 2020a) a szülések 34%-át indították, az indított szülések 34%-a ért véget császármetszéssel – szemben a spontán induló szülésekkel, ahol 23% volt az arány –, és a szülésindítás vezető oka a terminus túllépés volt (36%) (4. ábra).

4. ábra Szülésindítás aránya és leggyakoribb okai



Az indított szülések aránya több, mint háromszorosa a WHO által ajánlott, és csaknem hétszerese a Wagner által ajánlott mértéknek. A császármetszés aránya a kutatási eredményekkel összhangban az indított szülések esetén magasabb, ami összefüggheet azzal,

hogy a szülésindítás vezető oka a terminustúllépés, illetve, hogy a méhszáj állapota alapján azt mondták az anyának, hogy nem számít várnak-e a szülés spontán indulására.

4.2.1.2. Beöntés, borotválás, vénabiztosítás

Az Egészségügyi Világszervezet a beöntést és a borotválást már az 1996-os ajánlásában is a nem ajánlott kategóriába sorolta, és az ajánlások 2018-as frissítését követően is ott találjuk őket (WHO, 2018c).

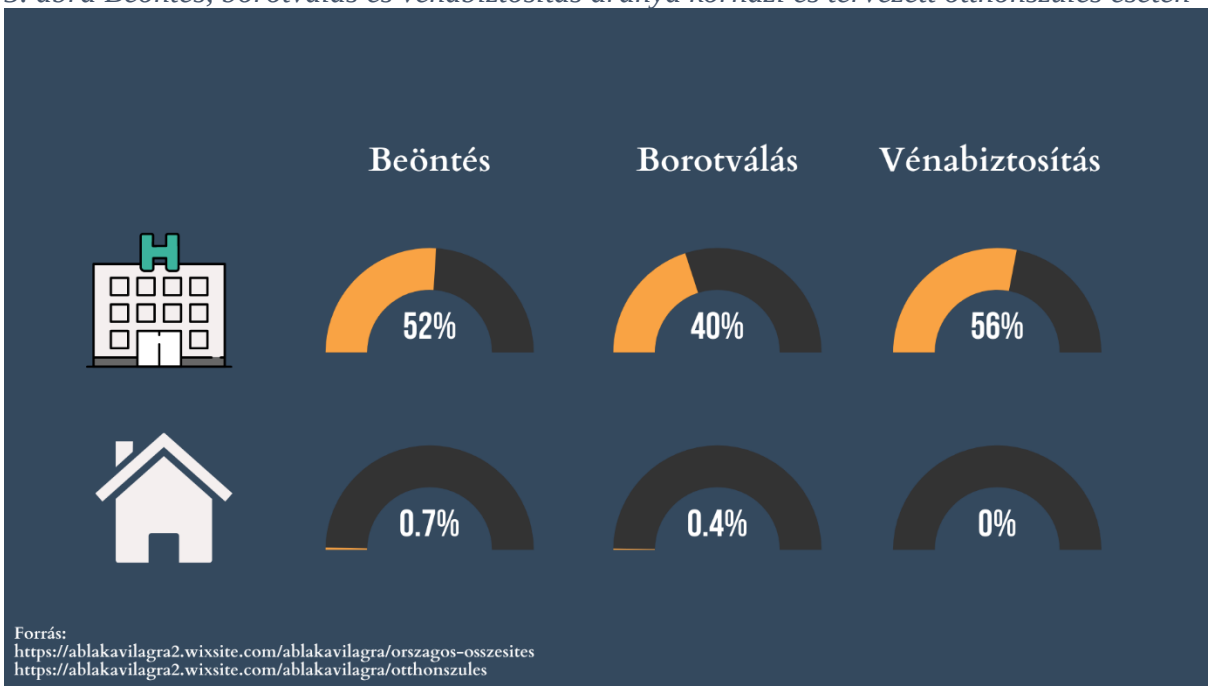
A beöntésről sokáig úgy tartották, hogy segíthet megindítani a szülést, de ma már inkább úgy látjuk, hogy a már beindult szülés kontrakciónak a rendezésében jelenthet minimális segítséget, a szülés beindulására csekély hatással bír (Bálint, 2019).

A szeméremtest borotválása a szülések kórházi eseménnyé válásával és a rutinszerű gátmetszéssel egy időben terjedt el. Az volt a célja, hogy a gátmetszés sebébe ne érjenek bele a szőrszálak és csökkentse a fertőzés kockázatát. Később kutatások bizonyították, hogy borotválás esetén – valószínűleg a borotva által okozott hámsérülések miatt – gyakrabban fordulnak elő fertőzések (Gaskin, 2015). Kitzinger (2005, idézi Kisdi, 2019) a borotválást a nőiességtől való szimbolikus megfosztásként és társadalmi kontrollként értelmezi.

A kórházi felvételi procedúra része, hogy az anya kezébe, karjába branült helyeznek azzal a céllal, hogy ha gyógyszer adása lenne szükséges, akkor már bent legyen a tű. Az egészségügyi dolgozók oldaláról ez egy praktikus eljárás lehet, az anya oldaláról nézve azonban negatív szuggesztiók sorát indíthatja el ez az egy momentum is. A véna biztosítása egy gyorsan elvégezhető rutin eljárás. Amikor egy egészséges várandós, egy élettani folyamat részeként kórházba érkezik és egy tűvel fogadják, egyrészt azt az üzenetet közvetítik számára, hogy bármi megtörténhet, másrészt azt, hogy ez a bármi, olyan sebességgel érkezhet, hogy jobb, ha a tű már most a karjában van. A tű utat nyit a fertőzéseknek és a helye napokkal később is érzékeny, fájdalmas lehet (Gaskin, 2015).

A Szülészeti Adatbázis statisztikái szerint (Pleván, 2020a; Pleván, 2020b) mindhárom beavatkozás előfordulása igen magas kórházi szülések esetén, míg az otthonszülések során nem vagy alig alkalmazzák ezeket az eljárásokat 5. ábra.

5. ábra Beöntés, borotválás és vénabiztosítás aránya kórházi és tervezett otthonszülés esetén



4.2.1.3. Burokrepesztés

A magzat az anyaméhen belül a magzatburokban fejlődik, a burokban magzatvíz veszi körül. A magzatvíz szabad mozgást és megfelelő fejlődési környezetet biztosít a baba számára, illetve védi őt és a köldökzsinórt a sérülésektől, nem engedi, hogy a baba az anya csontjainak nyomódjon, csökkenti a fertőzés veszélyét, illetve a szülés során segíti a baba fejének forgását (Simkin & Ancheta, 2013; Wagner & Gunning, 2017).

A szülések 80-85%-a összehúzódásokkal kezdődik, és mindössze 15-20% a magzatvíz elfolyásával induló szülések aránya. A kontrakciókkal kezdődő szülések során az esetek 70%-ában a burok a kitolási szak előtt nem szokott megrepedni (Simkin & Ancheta, 2013). A burokrepedéssel induló szüléseknél a kontrakciók az esetek 80%-ában 24 órán belül megkezdődnek (Noll, 2017), viszont a fertőzés miatti aggodalom 6-12 óránál hosszabb várakozást általában nem tesz lehetővé a kórházakban. Fontos megjegyezni, hogy a fertőzés kockázatát nem önmagában a burokrepedés növeli, hanem az, ha valami a hüvelybe kerül. Például a méhszáj állapotát vizsgáló kesztyűn, a hüvelybemenetnél található baktériumok egyenesen a méhszájig jutnak, növelve és felgyorsítva a fertőzés kockázatát és értékes időtől fosztva meg ezzel az anyát. Éppen ezért ha a szülés korai szakaszában reped meg a burok vagy válik szükségessé burokrepesztés, akkor a vajúdás aktív szakaszáig (5-6 cm-es tágulás) lehetőség szerint nem lenne szabad semminek a hüvelybe kerülnie, nem ajánlott ülőfürdőt venni, szexuális életet élni, és csak elkerülhetetlen esetben lenne szabad méhszájvizsgálatot végezni, mert kutatások szerint a fertőzés kockázata nem a burokrepedést követő 24 órával nő meg, hanem az első hüvelyi vizsgálatot követő 24 óra elteltével (Noll, 2017).

A burokrepesztés azáltal indítja be, gyorsítja a szülés lefolyását, hogy a magzatvíz elfolyását követően nagyobb lesz a nyomás a méhnyaknál, ami fokozza a prosztaglandin és az oxytocin termelődését (Simkin & Ancheta, 2013).
A burokrepesztés kockázata (Simkin & Ancheta, 2013; Noll, 2017), hogy

- ha a baba feje még nem illeszkedett be a szülőcsatornába, a kizúduló magzatvíz magával sodorhatja a köldökzsinórt a hüvelybe, ami így az anya csontjai és a baba közé kerülve elnyomódhat, elvágva ezzel a babát az oxigénforrástól;
- a kontrakciók fájdalmasabbá válhatnak;
- a burokrepesztés nem biztos, hogy meghozza a várt eredményt és
- további beavatkozások válhatnak szükségessé;
- nő a császármetszés kockázata.

A kockázatok csökkentése érdekében 4 cm-es tágulás, a méhnyak teljes felszedődése és a baba megfelelő beilleszkedése előtt nem tanácsos burokrepesztést végezni (Simkin & Ancheta, 2013), illetve pusztán a vajúdás elhúzódásának megelőzése miatt a burokrepesztés nem tanácsolt (WHO, 2018c).

A Szülészeti Adatbázis adatai szerint a kórházi szülések 58%-ában történt burokrepesztés, illetve a szülésindítások vezető beavatkozása is ez volt, az anyák 55%-a számolt be burokrepesztésről az indítás módjaként. Otthonszülések esetén az anyák 7%-a számolt be burokrepesztésről (Pleván, 2020a; Pleván, 2020b).

4.2.1.4. Az evés és az ivás korlátozása, infúziós folyadékpótlás

Az evés és az ivás vajúdás alatti korlátozásának gyakorlata az 1900-as évek közepén terjedt el, amikor császármetszést még kizárólag altatásban végeztek és nagyobb volt az aspiráció okozta tüdőgyulladás kockázata. Az eltelt évtizedek alatt azonban hiába fejlődött sokat az anesztézia, hiába végzik már a császármetszések túlnyomó többségét gerincközeli érzéstelenítés mellett, hiába tudjuk, hogy a gyomor sohasem teljesen üres, a tilalom lassan kopik ki a gyakorlatból (Romano & Lothian, 2008).

Gaskin szerint (2015) kapcsolat lehet az evés korlátozása és a fájásgyengeség diagnózisa között. Gondolata szerint, ha az anyának nincs lehetősége pótolni a vajúdás során elvesztett energiát, az a vajúdást elhúzódóvá és fájdalmasabbá teheti. Az egyre savasabbá váló vér kevesebb oxigént szállít, romlik a méhösszehúzódások hatékonysága, csökken a méhlepényen oxigénellátottsága, ami magzati distresszhez vezethet. Az ivás korlátozása a kiszáradás kockázata mellett ugyancsak okozhatja a szülés diszfunkcionálissá válását (Clark, Simpson, Knox, & Garite, 2009). Egy 2018-as vizsgálatban kimutatták, hogy miközben a vajúdás során elfogyasztott étel nem növelte sem az anyai, sem a magzati kockázatokat, nagyobb anyai elégedettséggel járt együtt. Azok között az anyák között, akik nem ehettek a vajúdás idején szignifikánsan magasabb volt a császármetszés aránya (Shea-Lewis, Eckardt, & Stapleton, 2018). Vannak intézmények, ahol csokoládé, szőlőcukor fogyasztása megengedett a vajúdás alatt, azonban egy 1984-es vizsgálat szerint a tiszta cukor csökkenti a fájdalomküszöböt és a fájdalomtűrés felső szintjét (Morley, Mooradian, Levine, & Morley, 1984).

Az ivás, azon túl, hogy megelőzhető vele a kiszáradás és az elhúzódó vajúdás, más módon is támogatja a vajúdás haladását. Az igény szerint folyadékot fogyasztó kismamának rendszeresen fel kell keresnie a mosdót. Mivel a vajúdás alatti szabad mozgás támogatása nem valósul meg mindenhol, ez egy jó alkalom arra, hogy a kismama kiszálljon az ágyból. A függőleges testhelyzet segíti a baba haladását. A WC-n ülve az anya ellazítja a medenceizmait, ami növeli a méhszájra gyakorolt nyomást, a kitolási szakban segíti a baba leszállását. A hólyag

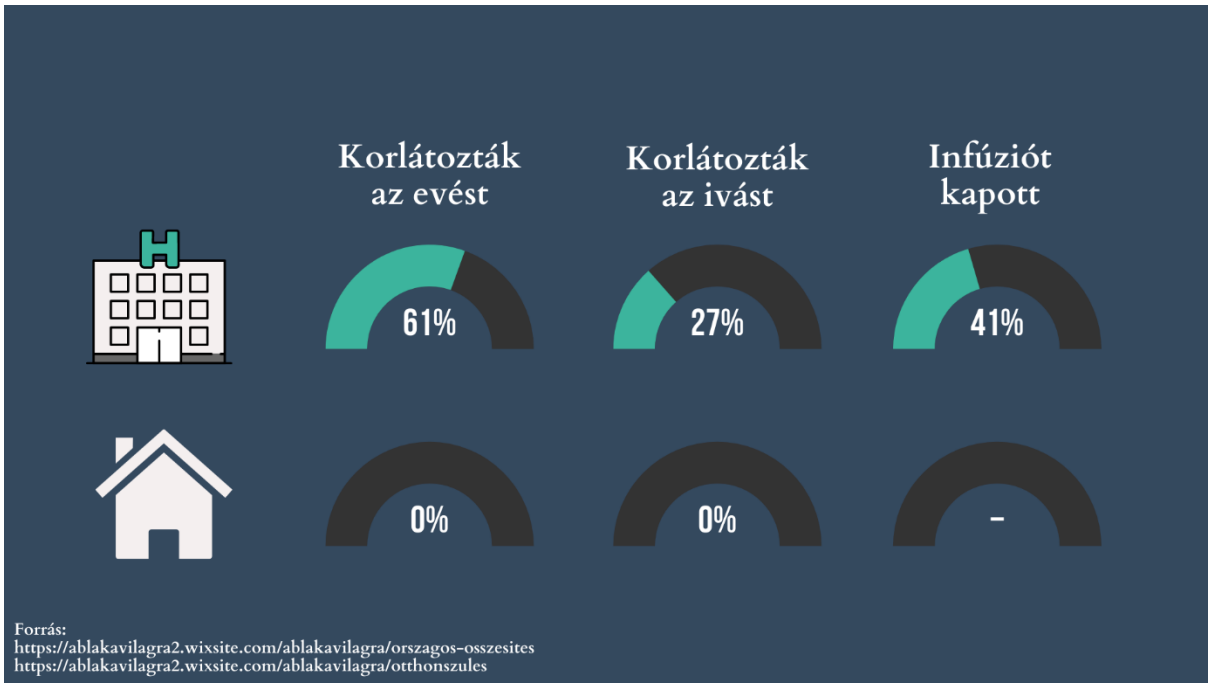
ürítése csökkenti a húgyvezeték megduzzadásának és ezzel a katéter szükségességének kockázatát. Ha az anyának nincs lehetősége szükségletei szerint felkeresni a mellékhelyiséget, a hólyagjában felgyülemlő vizelet akár fizikai gátat is képezhet a baba megszületésének útjában (Gaskin, 2015).

A folyadék- és energiapótlás egyik eszköze az anyának adott infúzió, ami valóban megakadályozza, hogy az anya kiszáradjon és pótolni lehet vele az energiát. Azonban míg a természetes módon bevitt étel és ital mennyiségét az anya a saját maga tudja szabályozni, addig infúzió esetén erre nincs meg a lehetősége, ami számos kockázatot hordoz magában:

- Az infúziós állvány, még ha rendelkezik is kerekekkel, korlátozza az anya mozgásszabadságát.
- Az infúziós folyadékpótlás kockázata, hogy ha a folyadékot gyorsabban adagolják, mint azt az anya szervezet ki tudná választani, akkor rángógörcsös állapot léphet fel vagy a tüdeje megtelhet vízzel, emellett a nagy mennyiségű folyadék csökkenti a baba nátrium- és vércukorszintjét, ami légzési nehézséget és rohamot is okozhat az újszülöttnél (Gaskin, 2015).
- A glükóz tartalmú infúzió növeli a sárgaság kockázatát a babánál (Kenepp, és mtsai., 1982).
- A túl sok folyadék az anyánál és a babánál is vizesedést okozhat. Ez az anyánál a végtagok duzzanata mellett a mellek ödémásodásával, a mellbimbók ellaposodásával járhat együtt, késleltetheti a tejbelövellést, illetve szerepet játszat a mellek túltelítődésében is (Noel-Weiss, Woodend, Peterson, Gibb, & Groll, 2011). A baba a felesleges vizet ugyan kipisili, azonban a születéskori súlya a plusz folyadék miatt magasabb, és a súlyvesztése is nagyobb lesz. Ha a baba súlyvesztésénél nem veszik figyelembe a szülés alatt kapott folyadékot, akkor ok nélkül kaphat pótlást, ok nélkül kell aggódnia az anyának, és a kompetenciavesztés, az esetleges helytelen pótlási gyakorlattal, negatív szuggesztiókkal társulva akadályt gördíthet a sikeres szoptatás elé.

Intézményi szülések esetén jellemző a táplálékfogyasztás korlátozása, de még az ivást is tiltják a vajúdások közel harmadánál, miközben az anyák 40% infúziót kap (Pleván, 2020a; Pleván, 2020b). Az intézményi szülések, illetve a tervezett otthonszülések statisztikáit mutatja a 6. ábra

6. ábra A vajúdás alatti evés és ivás korlátozása, illetve az infúziós folyadékpótlás aránya kórházban és otthon



4.2.1.5. Oxytocinos fájáserősítés

Sir Henrey Dale 1906-ban fedezte fel, hogy a hipofízisből nyert kivonat – ami később az oxytocin nevet kapta – méhösszehúzódásokat generál, majd felismerte, hogy a szülés beindítására is képes. Vincent du Vigneaud amerikai biokémikus 1953-ban írta le az oxytocin szerkezetét és sikerült szintetizálnia is azt. Az oxytocin mesterségesen előállított formája tökéletes lehetőségnek tűnt a szülészek számára a szülések megindítására vagy a vajúdás erejének fokozására. Anélkül, hogy a hatását vizsgálták volna, használata gyorsan elterjedt. Alkalmazzák a várandósság végén terhelés céljából, a szülés megindítására, a kontrakciók erősítésére, szülést követően a lepényi szak gyorsítására, atóniás vérzés csillapítására. Megfontolt alkalmazása segítség lehet például pszichés elakadások, vagy beilleszkedési rendellenesség esetén, azonban használata mára olyan mértékben elterjedt, hogy úgy tűnik, nem is menne a szülés nélküle. 1979-ben, negyed századdal a gyógyszer bevezetését követően Pedersen és Prange hívta fel a figyelmet arra, hogy az oxytocin a tejleadóreflex és a méhösszehúzódások mellet az anyai viselkedésért is felelős. Patkánykísérlet során szűz patkányok agyába fecskendeztek oxytocint, akiknél ezt követően annak ellenére kialakult az anyai viselkedés, hogy korábban nem tanúsítottak érdeklődést a kölykök iránt (Pedersen & Prange, 1979). Ezt követően újabb 30 év telte el, amíg a 2000-es évek epigenetikai kutatásainak köszönhetően felismerték az oxytocin generációkon átívelő hatását (Varga, 2019a).

Endogén oxytocin

Az oxytocin felfedezését perifériás hatása tette lehetővé, de ma már tudjuk, hogy centrális hatókörén belül legalább ekkora, ha nem még nagyobb jelentőséggel bír (Varga, 2012). Az oxytocinnal kapcsolatos kutatások rámutattak, hogy a hormon testünk számos területén megtalálható, és számos tevékenységben részt vesz. Oxytocinreceptorokat találtak a herékben, a petefészkekben, a nem várandós anyaméhben, a vesében, a hasnyálmirigyben, a szívben, a

belekben és az immunszövetekben is (Evans, 1997; Lippert, Mueck, Seeger, & Pfaff, 2003). Az oxytocin centrális hatókörében növeli a bizalmat, javítja a hangulatot, támogatja a társas viselkedést, elősegíti a barátságos társadalmi interakciókat, elcsendesíti a szimpatikus és növeli a paraszimpatikus idegrendszer aktivitását, csökkenti a félelmet, a stresszt, a szorongást, csillapítja a vajúdás fájdalmát, segíti a sebek gyógyulását. A társaskapcsolatokban betöltött szerepén keresztül hat a reproduktív viselkedésre, és azokra a magatartásformákra, amik szerepet játszanak az újszülött kötődési viselkedésének megalapozásában, a szülői viselkedés beindulásában és fenntartásában. A dopaminrendszeren keresztül gondoskodik arról, hogy az anya örömét lelje a gyermekével való foglalkozásban (Varga, 2012). Mindez arra utal, hogy az önálló boldogulásra még sokáig képtelen gyermek idő- és energiaigényes gondozásának alapjait, az anya-gyermek közötti érzelmi kapcsolaton és kötődésen keresztül a centrális oxytocinrendszer teremti meg (Varga, 2012).

Az endogén oxytocin impulzusokban termelődik (Russell, Leng, & Douglas, 2003). Az impulzusok gyakorisága, amplitúdója és időtartama a terhesség, majd a vajúdás előrehaladtával nő, és a baba megszületésével bár eléri az oxytocincsúcsot, nem ér véget, hanem folytatódik, és segíti ezzel a méhlepény megszületését, csökkenti a szülés utáni vérzést és támogatja az anya-baba páros egymásra hangolódását, valamint az imprintinget.
Az oxytocin kisebb részben a periférián, jelentős része a hipotalamuszban termelődik és onnan az agyalapimirigy hátsó lebenyén keresztül jut a véráramba. Periférián a felezési ideje 1-2 perc. A gyors felezési idő és az impulzusok a magyarázata a méhösszehúzódások hullámzásszerű jelenségének. A vajúdás előrehaladásával a kontrakciók közötti idő csökken, míg az összehúzódások ereje és időtartama nő, de az összehúzódások között mindig van szünet. Ez a szünet biztosítja, hogy a magzat oxigéndús vérhez jusson (megelőzve ezzel a magzati distressz kialakulását), és az anyaméh se merüljön ki a vajúdásban (ami a szülés után atóniás vérzést eredményezhet (Gaskin, 2015). A centrális oxytocin felezési ideje jelentősen hosszabb, 28-30 perc. Ez biztosítja a vajúdást támogató pszichés hatások folyamatosságát. A centrális oxytocin mennyisége 5-10-szerese a perifériás oxytocinszintnek (Buckley, 2015).
Az oxytocin a vérben és az agyban is felszabadul, azonban a vér-agy gát a perifériáról nem engedi az agyba jutni az oxytocint, vagyis a szülést támogató érzelmi, pszichológiai hatások a centrális oxytocinnak köszönhetőek (Varga, 2011c).

Az emelkedő oxytocinszint hatására emelkedik a béta-endorfinszint is az anya szerveztében. Az endorfinok testünk természetes fájdalomcsillapítói, amik segítenek a szülés során a fájdalommal való megküzdésben, illetve szülést követően az oxytocinnal közösen szerepük van a vajúdás, szülés intenzív testi élményeinek elfelejtésében, felülírásában (Evans, 1997).

A környezeti tényezők befolyásolják az oxytocin felszabadulását, illetve pozitív hatását. Az adrenalinszintet emelő körülmények – félelem, stressz, ismeretlen helyzet, méltatlan bánásmód – visszavetik az oxytocin termelődését. Ez egy ősi, ösztönös reakció. Az anya csak akkor szül, ha biztonságban érzi magát, veszély esetén előbb menekülnie, védekeznie kell, és majd csak akkor indul be ismét a vajúdás, ha az anya megint biztonságban érzi magát és születendő gyermekét.

A szülést követően a biológiai norma, hogy az újszülött az anyjával késlekedés nélkül bőr-bőr kontaktusba kerül. A bőr-bőr kontaktusban természetes módon termelődő oxytocin segíti a méh összehúzódását, a méhlepény leválását, a vérzés csökkenését. Anyja testén a baba adaptációja is zökkenőmentesebben zajlik le, könnyebben stabilizálódik a hőmérséklete, szívverése, légzése. A felszabaduló oxytocin bekapcsolja az anyai viselkedést (mothering), támogatja a kötődést, hozzájárul a szoptatás sikeréhez. Az anyamell közvetlenül a szülést követően

fokozottan érzékeny az oxytocinra, így az aranyórában megvalósuló első szoptatás több oxytocinreceptor létrejöttét eredményezi, ami hatással van a tejtermelésre. A baba-mama egység megtartása megfelelő centrális oxytocinszintet biztosít, csökkenti a baba fájdalmát, segít elbontani a kitolási szakban termelődött adrenalint, és a biztonság üzenetét közvetíti a babának (Varga, 2009; Varga, 2011b; Varga, 2011c).

Champagne és Curley kutatása a hormonális megtámogatottság és a korai tapasztalatok jelentőségére hívja fel a figyelmet. Állatkísérletükben azt tapasztalták, hogy a magasan gondoskodó anyák kölykei maguk is magasan gondoskodó anyákká válnak, míg a kevésbé gondos anyák kölykei is a saját anyai mintájukat viszik tovább. Ez azt is jelenti, hogy az anyai viselkedés, kihat az unokákig, és már akkor meghatározza az utód gondozói viselkedését, amikor az még maga is kölyök (Champagne & Curley, 2009). Az anyai viselkedés a kölyök stresszre adott reakciójára is hatással van. Kevésbé intenzíven reagál a stresszre a gondoskodó anya kölyke, mint a kevésbé gondoskodóé, aminek a magyarázata az lehet, hogy amíg gondoskodó anya mellett a kölyök azt tanulja meg, hogy a nehéz helyzetekben sincs egyedül és van megnyugtató válasz, addig kevésbé gondoskodó anya mellett hiányzik a stressz lecsendesítését támogató anyai reakció, és a stresszválasz magasabb szinten rögzül. Az oxytocinrendszer természetes működése generációkon átívelve hatással van az utódok szaporodási és anyai viselkedésére, valamint a stresszreakciójára (Varga, 2011a).

Császármetszés esetén az oxytocinrendszer működési mintázata eltér, mert a vajúdással együtt járó hormonális folyamatok csak részben vagy egyáltalán nem tudnak lezajlani. Ez hatással van a kötődés mellett a szoptatásra is. A szoptatás első 10 percében jelentkező pulzáló oxytocin-termelés, illetve a 20-30. percében jelentkező prolatkin emelkedés császármetszéssel szült anyák körében elmaradt, illetve szülést követően a prolaktinszint alacsonyabb volt, mint hüvelyi szülés esetén. Ez összefüggheet azzal, hogy a prolaktinszint emelkedését az oxytocin generálja a vajúdás második, aktív szakában (Jonas, és mtsai., 2009). Ez nem jelenti, hogy a császármetszéssel szült anyák ne kötődnének a gyermekükhöz, vagy ne tudnának kizárólagosan és hosszan szoptatni, azonban a hormonális megtámogatottság hiányában ez tőlük nagyobb tudatosságot, több energiát követel.

Mindez arra enged következtetni, hogy az oxytocinrendszer optimális működését a szülés természetes lefolyása biztosítja (Varga, 2012).

Szintetikus oxytocin

Az oxytocinnak a 20. század közepe óta létezik szintetikusan előállított változata. A szintetikus oxytocint alkalmazzák a szülések megindítására, az összehúzódások hatékonyabbá tételére, a vajúdás idejének csökkentésére, a lepényi szak gyorsítására, szülés utáni vérzés kezelésére.

A szintetikus oxytocint a vér-agy gát nem engedi bejutni az agyba, így hatását csak a periférián tudja kifejteni, ezért a vajúdást támogató pszichoemotív hatásokat a gyógyszer nem tudja biztosítani, miközben csökkenti a centrális oxytocin természetes szintjét is (Varga, 2011c).

A szintetikus oxytocin által generált vajúdás több területen különbözik az élettani vajúdástól:

- Míg az endogén oxytocin pulzáló, addig a gyógyszer egyenletes oxytocinszintet eredményez, ami hatással van a kontrakciók mintázatára és a méh hiperstimulációját okozhatja (Oscarsson, Amer-Wåhlin, Rydhstroem, & Källén, 2006). Az oxytocint kapó

anyák a fájdalmat jellemzően egybefüggőnek írják le és olyan erejűnek, amivel nem vagy alig bírtak megküzdeni.

- A fokozott fájdalom megnöveli a gyógyszeres fájdalomcsillapítás iránti igényt, így az oxytocinnal gyakran együtt jár az epidurális fájdalomcsillapítás (EDA). Az EDA – az egyéb mellékhatásai mellett – az anyában és a babában is csökkenti a centrális és a perifériás oxytocinszintet (Buckley, 2005).
- A kontrakciók alatt az erek elzáródnak és a magzathoz nem jut oxigéndús vér. Élettani vajúdás esetén ez nem szokott gondot okozni, a kontrakciók közötti szünetben a baba is pihen és elegendő oxigénhez jut. Azonban, ha az összehúzódások egymást érik, az nem csak az anya számára, hanem a babának is extra megpróbáltatást jelent és magzati distresszhez vezethet. Szintetikus oxytocin mellett a babák gyakrabban szorulnak intenzív ellátásra megemelkedett reflexirritábilitás, légzésritmus és pulzus miatt, gyakrabban mérnek náluk alacsonyabb pH-étéket és gyakrabban fordul elő, hogy az 5 perces Apgar-értékük 7 pont alatt van. Ezek a kockázatok valószínűleg összefüggésbe hozhatóak a hiperstimuláció miatt romló magzati gázcserével, illetve azzal, hogy megfigyelések szerint, amikor a kontrakciók túl sűrűn követik egymást, akkor a magzat oxigénszaturációja nem tud a normál értékre visszaállni (Bell, Erickson, & Carter, 2014; Oscarsson, Amer-Wåhlin, Rydhstroem, & Källén, 2006; Clark, Simpson, Knox, & Garite, 2009).
- A magzat állapotának nyomon követése folyamatos CTG monitorozást tesz szükségesség, ami még tovább korlátozza az anya mozgásszabadságát.
- Nő a méhrepedés kockázata, különösen, ha az anya korábban már átesett valamilyen méhet érintő műtéten, például császármetszésen (Dupont, Carayol, Le Ray, Deneux-Tharaux, & Riethmuller, 2017).
- Szintetikus oxytocin mellett gyakrabban van szükség szülésbefejező műtétekre (vákuumra, fogóra), többször alkalmaznak gátmetszést, és gyakrabban végződik a szülés császármetszéssel (Oscarsson, Amer-Wåhlin, Rydhstroem, & Källén, 2006).
- Mivel a szintetikus oxytocin mellé gyakran adnak epidurális érzéstelenítést, a kettő hatását nehéz külön vizsgálni, azonban kutatások arra engednek következtetni, hogy a mesterséges oxytocin negatívan befolyásolja a szoptatás sikerét:
    - Feltételezhető, hogy a mell receptoraira hasonlóan hat, mint a méhizomzatéra, és csökkenti azok érzékenységét, valamint gyengébb tejleadóreflexet eredményez. Emellett a centrális oxytocinszintet csökkentő hatásán keresztül valószínűleg csökkenti az anyában a baba szopási viselkedése által keltett agyi választ.
    - Minél hosszabb ideig és minél több oxytocint kapott az anya a vajúdás alatt, annál kisebb az esélye, hogy a baba sikeresen szopik az aranyórában, mert az oxytocin megzavarja a baba születés utáni viselkedését és megnöveli az anyamellhez való eljutás idejét (Brimdyr, és mtsai., 2015).
    - A magzat vér-agy gátja még fejletlen, ezért a méhlepényen átjutó oxytocin valószínűleg eléri az agyát befolyásolva ezzel a szopási viselkedését (Odent, 2013; Kenkel, Yee, & Carter, 2014).
    - A babák gyakrabban kapnak tápszeres pótlást, és gyakrabban fordul elő, hogy 3 hónapos koruk előtt elválasztásra kerülnek (Odent, 2013).
- Vizsgálatokból arra következtethetünk, hogy az endogén oxytocin felkészíti a babát a méhen kívüli életre, szerepe van abban, hogy megvédje a babát a hypoxiától és fájdalomcsillapítóként hat a születés során. Ezekre azonban csak megfelelő természetes oxytocinszint mellett képes, melyet a szintetikus oxytocin megzavar (Varga, 2019a).
- A babát érintő hosszú távú hatások között említendő
    - az ADHD-re való nagyobb esély (Dahlen, és mtsai., 2013),

    - az újra és újra felmerülő, de tisztázásra váró összefüggés az autizmussal (Kenkel, Yee, & Carter, 2014; Varga, 2019a).
    - Az autonóm idegrendszer egyensúlyát befolyásolja a születéskori oxytocinszint. Ennek hatása felnőttkorban jelentkezik és olyan területeket érint, mint a társas viselkedés, a kortizolszint, a súlygyarapodás, a vérnyomás vagy a fájdalomérzékelés.
- Szülést követően alacsonyabb saját oxytocinszintet mértek azoknál az anyáknál, akik a vajúdás alatt szintetikus oxytocint kaptak és ez a hatás dózisfüggő volt (Jonas, és mtsai., 2009).
- Az oxytocint kapó anyák körében gyakoribbak a szomatizációs, a szorongásos, a depressziós tünetek és ez a hatás ugyancsak dózisfüggőnek bizonyult (Gu, és mtsai., 2016).

A magas ártalomra való tekintettel az amerikai Gyógyszerek Biztonságos Használatának Intézete (Institute for Safe Medication Practices) az oxytocint aközé a 12 gyógyszer közé sorolja, amit kizárólag evidenciákon alapuló irányelvek mentén szabad alkalmazni (Clark, Simpson, Knox, & Garite, 2009).

A Szülészeti Adatbázis kérdőívét kitöltő, kórházban szült anyák között 66% az oxytocinos fájáserősítés aránya (Pleván, 2020a). Azok között az anyák között, akinek a szülése császármetszéssel fejeződött be, az esetek 35,8%-ában szerepelt a császármetszés okai között a magzati distressz. Ezeknek az anyáknak a 73%-a kapott oxytocint a vajúdás alatt (Pleván, 2020c). A Szülészeti Irányelv nem ad iránymutatást a gyógyszer használatára vonatkozóan. Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint, amennyiben az anya és a baba állapota megnyugtató, 5 cm-es tágulás elérése előtt nem javasolt sem az oxytocinos fájáserősítés, sem a császármetszés, mert a szülés látencia szakában előfordulhat, hogy a vajúdás nem gyorsul. Ezen kívül nem javasolja a vajúdás elhúzódásának megakadályozása érdekében a korai burokrepesztést az oxytocios fájáserősítéssel együtt, valamint az oxytocint az epidurális érzéstelenítést kapó anyák számára (WHO, 2018c).

4.2.1.6. Magzatmonitorozás

A magzati szívhang nyomon követése tájékoztatást ad a magzat állapotáról, arról, hogy hogyan viseli a vajúdást. Ha a szívverése túl gyors, vagy túl lassú az a szülés folyamatába való beavatkozást tehet szükségessé. A magzat állapotának és egyben a kontrakciók erejének monitorozására használt készülék a cardiotokográf (CTG). Alkalmazása úgy terjedt el széleskörben, hogy a vajúdásra gyakorolt hatását nem vizsgálták. Az elmúlt évtizedek eredményei alapján, a kutatók felhívják a figyelmet, hogy a magzati halálozások és a magzati agysérülések aránya nem csökkent a CTG-nek köszönhetően, azonban meredeken megemelkedett a császármetszések és a műszeres szülésbefejező műtétek száma. Az összes CTG riasztás között a téves riasztások aránya 99,4% (Romano & Lothian, 2008; Csákány, 2019).

Bár vannak már olyan CTG készülékek, amik szabad mozgást biztosítanak az anyának, sőt a vízbe merülést sem akadályozzák, jellemzőbb azoknak az eszközöknek a használta, amik mellet az anya az ágyban fekve vajúdik. A szabad mozgás korlátozása növeli a fájdalomérzetét, kevésbé támogatja a baba ereszkedését, forgásait, míg maga a monitorozás ténye eltereli az anyáról a figyelmet, a hogylétéről nem tőle, hanem a gép által nyomtatott papíron keresztül

szereznek információt. A gép az állandó megfigyelés érzését is kelti az anyában, ami stimulálja a neocortex működését.

Az Egészségügyi Világszervezet egészséges várandósok spontán vajúdása esetén nem javasolja a folyamatos magzatmonitorozást (WHO, 2018c). A 2019 decemberében megjelent szülészeti irányelv, ettől puhábban fogalmazva nem tartja szükségesnek a folyamatos CTG-t, de a szakszemélyzetre bízza a választást, igaz hozzáteszi, hogy az intermittáló szívhanghallgatás egyenértékű vele. Kutatások szerint, ha a fonendoszkóppal történő magzati szívhanghallgatást jól képzett személy végzi, akkor az nemcsak, hogy van olyan jó, mint a CTG-vel történő monitorozás, de kevesebb kellemetlenséggel is jár az anya számára, illetve a szakembert többlet információhoz juttatja a szülés dinamikáját, a vajúdó állapotát illetően (Haverkamp, Thompson, McFee, & Cetrulo, 1976; Wagner & Gunning, 2017).

Fokozott odafigyelést, szakaszos vagy folyamatos CTG monitorozást tesz szükségessé, ha a baba farfekvéses, ha a szakemberek magzati distresszre gyanakszanak, ha a szülést indították, vagy az anyának a vajúdás során fájáserősítőket adtak. A szoros CTG megfigyelés megteremtheti a lehetőségét a hüvelyi szülésnek olyan esetben, amikor mekóniumos magzatvíz miatt megnő a császármetszés valószínűségének a kockázata (Wagner & Gunning, 2017; Noll, 2017).

A Szülészeti Adatbázis anyai tapasztalatai 83,4%-os folyamatos magzatmonitorozást mutatnak. Az anyák 36,9%-ának biztosítottak olyan eszközt, amivel nem kellett folyamatosan feküdniük (Pleván, 2021a).

4.2.1.7. Méhszájvizsgálat

A várandósgondozás és a vajúdás során a méhszáj állapotának ellenőrzése rutinvizsgálatnak számít. Megfelelő okkal és alkalmanként valóban indokolt lehet az elvégzése, viszont nem mindegy a vizsgálat gyakorisága és oka. A méhszáj állapotából nem lehet megállapítani, hogy mikor fog megindulni a szülés és azt sem, hogy meddig fog tartani, ellenben minden vizsgálattal nő a fertőzés kockázata (Noll, 2017), különösen, ha már a magzatvíz is elfolyt. A Szülészeti Adatbázis egyik statisztikája szerint a 749 burokrepedést követően kórházba érkezett anya közül mindössze 9-nél nem vizsgálták a méhszáj állapotát a kórházi felvételkor és közülük 7 anyánál nem vizsgálták később sem, illetve 13 anyánál végezték el a vizsgálatot csak a kórházi felvétel során. Az anyák 44,9%-ánál 1-3, 35,6%-ánál 4-6 alkalommal került sor a vizsgálatra, míg a többi anyánál ennél is többször ellenőrizték a tágulás haladását (Pleván, 2021b).

A vizsgálat gyakran vált ki negatív pszichés hatást és az is előfordul, hogy a nők szexuális zaklatásként élik meg (Bálint, 2019). A hüvelyi vizsgálat zavarba ejtő, kellemetlen lehet az anyának, de akár okozhat vagy felidézhet traumát. Ezért kiemelten fontos lenne, hogy csak valóban indokolt helyzetben és az anya tájékoztatása, beleegyezése után kerüljön rá sor, lehetőség szerint két kontrakció közötti szünetben. Az összehúzódás közben történő vizsgálat a lehető legritkább esetben indokolt, a méhszáj tágítása pedig határozottan kerülendő. Utóbbi eljárást azzal szokták a kismamák számára indokolni, hogy lerövidítik vele a vajúdást, azonban ez nem feltétlenül van így, illetve nem mindegy, hogy milyen áron. Gaskin megfigyelései szerint a méhszáj ahogy nyílni, úgy zárulni is képes, különösen, ha az anyát rendkívül negatív hatás éri (Gaskin, 2015), illetve az eljárás olyan extra fájdalommal jár, ami a

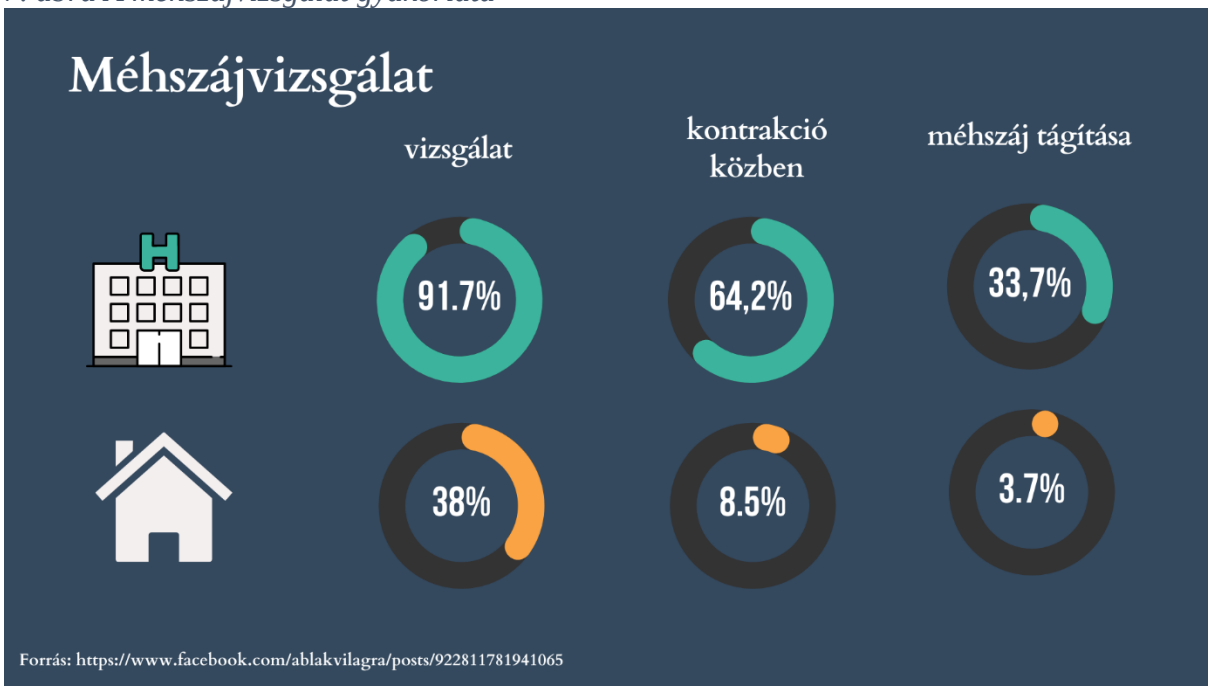
stresszhormonszint emelkedésével és így az oxytocintermelődés gátlásával lassíthatja a vajúdást. A beavatkozásról gyakran nem tájékoztatják az anyákat, akik így nem tudják, miért vált ennyire fájdalmassá egy vizsgálat, esetleg miért járt vérzéssel, vagy mi okozhatott sérülést a méhszájon.

A méhszájvizsgálat gyakori alkalmazásának oka, hogy kapacitások hiányában nincs arra lehetőség, hogy ugyanaz a szülésznő végig jelen legyen a szülésnél, és az anyára fókuszálva, az ő hangjaiból, viselkedéséből vonjon le következtetéseket a vajúdás haladására vonatkozóan. Ilyen helyzetben a méhszáj vizsgálata gyors információforrást jelent. További olyan esetek, amikor szükség lehet rá, ha tartási, fekvési, beilleszkedési rendellenességre, vagy a méhszáj becsípődésére gyanakszanak, ha a vajúdás elakadt, és fontos lenne tudni, hogy hány centiméteres tágulásánál, illetve indokolt az elvégzése, ha a szülés császármetszéssel történő befejezéséről születik döntés (Papp, 2009; Noll, 2017).

A méhszájvizsgálat eredményén sok minden múlik. Ha a tágulás nem az elvárások szerint alakul, az beavatkozások elvégzését vonhatja maga után, amik, mint egy fellökött dominó további beavatkozások veszélyét rejtik magukban. Ebből a szempontból is figyelemre méltóak azok a kutatások, melyek során azt vizsgálták, hogy a szakemberek milyen pontossággal állapítják meg a méhszáj tágulásának mértékét a vizsgálattal, és mennyire egyezik a különböző szakemberek mérési eredménye. Ehhez merev, illetve puha anyagból készült méhszáj modelleket is használtak. A merev modelleken a pontos értéket az esetek felében találták a résztvevők és minél nagyobb „tágulást" kellett megállapítaniuk, annál pontatlanabb volt a mérés. A valósághoz jobban közelítő puha anyagból készült modelleken ötből egy esetben sikerült pontos értéket mérniük a szakembereknek. Az eltérések iránya, hogy többet vagy kevesebbet mértek nem volt következetes és szakemberenként eltérő volt (Tuffnell, Bryce, Johnson, & Lilford, 1989; Phelps, és mtsai., 1995; Huhn & Brost, 2004).

Az anyai beszámolók alapján (Pleván, 2022c) a méhszájvizsgálatok gyakoriságáról, módjáról a 7. ábra adatai adnak tájékoztatást.

7. ábra A méhszájvizsgálat gyakorlata



4.2.1.8. Kristeller-manőver

A Kristeller-manőver, közismertebb nevén hasba könyöklés a méh fundusára gyakorolt nyomás a kitolási szakban. Az egészségügyi szakszemélyzet 1 esetleg 2 tagja tenyérrel vagy alkarral a kismama hasának felső részére nehezedve tolja a babát a szülőcsatorna irányába. Az eljárás az anya és a baba számára is számos kockázatot hordoz.

A beavatkozás következtében

- nő az intenzív ellátásra szoruló újszülöttek száma,
- idegkárosodás következhet be, ami főleg a karokat szokta érinteni,
- az oxigénhiány miatt komplikációk léphetnek fel,
- a baba csonttörést szenvedhet el,
- megsérülhet a gerincvelője,
- agykárosodást szenvedhet, agyvérzést kaphat.

Az anyát érintő kockázatok:

- a hasán véraláfutások keletkezhetnek,
- eltörhet a bordája
- megrepedhet a mája,
- megrepedhet a méhe,
- a szeméremtest izmai leszakadhatnak,
- súlyos gát- és végbélizomszakadást szenvedhet el,
- vizelet- és székletinkontinencia alakulhat ki,
- fájhat a gátja és a gátkörnyéke,
- fájdalmassá válhat számára a szexuális együttlét,
- légzési zavar is felléphet nála

(Drandic, 2017).

Mindezek alapján értehető, hogy a WHO a nem javasolt beavatkozások kategóriájába sorolja (WHO, 2018c), azonban a hazai szülészeti irányelvben sajnos nem esik szó a használatáról (EMMI, 2019), miközben a Szülészeti Adatbázis kérdőívét kitöltő anyák között 43% az előfordulása (Pleván, 2020a).

4.2.1.9. Gátmetszés

A gátmetszés az egyik legismertebb, leggyakoribb szülészeti beavatkozás, amelyre a baba megszületése előtt kerül sor, hogy a hüvelybemenetet a gát irányába megnöveljék. Az eljárás rutinszerű alkalmazásának egyik vezető oka annak a nézetnek az elterjedése, hogy a baba számára káros a szülőcsatornában tartózkodni (oxigénhiányos állapot alakulhat ki, nő az agykárosodás és a szellemi fogyatékosság esélye), ezért minél hamarabb világra kell segíteni őt, míg a másik, hogy a gátmetszéssel elejét lehet venni a súlyosabb gátsérüléseknek, illetve a későbbi problémáknak, mint például az inkontinencia.

A gátsérüléseket azok súlyosságától függően sorolják fokozatokba:

- Elsőfokú sérülés esetén bőrfelületi sérülés történik.
- A másodfokú sérülés már érinti az izomszövetet.
- A harmadfokú sérülés eléri és behatol a végbél-zárógyűrűbe.
- A negyedfokú sérülés a végbél nyálkahártyáján is áthatol.

A gátmetszés másodfokú repedésnek felel meg és az előbbiekből adódóan a súlyos, harmad- és negyedfokú sérüléseket szeretnék megelőzni vele, ami igen logikus lépésnek tűnik. Azonban mielőtt automatikusan igazoltnak tekintenénk a gátmetszés rutinjának létjogosultságát vizsgáljunk meg még valamit. Az Ina May Gaskin által az Egyesült Államokban vezetett Farm bábaközpontban a gátsérülések és gátmetszések aránya a következőek szerint alakult (Gaskin, 2015; Noll, 2005):

- a nők 68,7%-a sértetlen gáttal hozta világra a gyermekét,
- az elsőfokú sérülések aránya 19,4%,
- másodfokú sérülést az anyák 11,4%-a,
- harmadfokú sérülést 0,3%-a és
- negyedfokú sérülést 0,04%-a szenvedett el.
- A gátmetszés aránya ~0,1%

A gátmetszés hazai aránya az utolsó ismert nyilvánosan elérhető adatok szerint meghaladja az 50%-ot (Rist, 2019), a Szülészeti Adatbázis kitöltői között 66%-ban fordult elő. Ez azt jelenti, hogy a Farmon csak sértetlen gáttal többen szültek, mint amennyi gátmetszést itthon azért elvégeznek, hogy a háborítatlan körülmények között 0,3 és 0,04%-ban előforduló repedéstől védelmet nyújtsanak. A Farmon elért eredmények nem egyedüliek, bábai szemléletben dolgozó szüléskísérők statisztikáit nézve, hasonló számokkal találkozhatunk, az eltérés oka pedig minden jel szerint a szüléskísérési gyakorlatban keresendő: szabadon választott, jellemzően négykézlábas vagy valamilyen függőleges testhelyzet, anya által irányított kitolás, fájáserősítők és hasba könyöklés mellőzése.

4.2.1.10. Szabad mozgás és szabadon választott testhelyzet a vajúdás alatt, illetve a kitolási szakban

A vajúdástámogatásnak számos formáját ismerjük és értjük is már. A társas támasz, az ismert, biztonságot jelentő személy, empatikus, anyára fókuszáló folyamatos jelenléte bizonyítottan pozitívan befolyásolja a szülés haladását (Hodnett, Gates, & Hofmeyr, 2013). A borogatás, a vízben vajúdás, a masszázs vagy az aromaterápia használatáról is egyre gyűlnek a pozitív tapasztalatok, ezek között azonban van, ami eszközigényes, vagy az eszköz használatának ismeretét igényli, ezért korlátozottan elérhető. Vannak azonban olyan technikák, amiknek az alkalmazása nem igényel beruházást. Ezek közé tartozik a szabad mozgás biztosítása a vajúdás alatt, illetve a kitolási szakban.

Már a várandósság alatt is megfigyelhető, hogy ha a baba az anya számára kellemetlen pozícióban fekszik, akkor az anya mozdul, igyekszik úgy helyezkedni, hogy feszítés, esetleg fájdalom megszűnjön. A vajúdás idején sincs ez másképp. Az anya a belső érzetei által vezérelve igyekszik olyan pozíciót felvenni, amiben a kontrakciók a legelviselhetőbbek

számára, illetve amivel a leginkább támogatni tudja a baba ereszkedését, forgásait. Sajnos még ma is sokszor figyelmen kívül hagyják, hogy a magzat a megszületésének nem a passzív elszenvedője, hanem az anyával együtt közös, aktív szereplője. A szülés-születés kettejük közös munkája.

A szülő nőről bennünk élő kép az ágyban fekvő anya képe. Erről szólnak az anyai beszámolók, ezt erősítik a filmes jelenetek, ezt ábrázolják a stock fotók. A fekvő testhelyzet elterjedését a fogóműtétek, illetve a gyógyszeres fájdalomcsillapítás elterjedéséhez kötik. Az 1600-as évek végén, ahogy a fogó megjelent, majd a használata kezdett elterjedni, az anyáknak azt tanácsolták, hogy szüljenek fekve. Azonban nem csak akkor tanácsolták ezt, amikor a fogó használatára szükség volt, hanem általában. Viktória angol királynő kapott először kloroformos érzéstelenítést a szülése során. Ez hozzájárult a szülés alatti érzéstelenítés elterjedéséhez, illetve divattá tette az úrinők körében a fekve szülést, ami utána tovább terjedt minden társadalmi osztályba (Gaskin, 2015). A nyugati kultúrából kitekintve azonban láthatjuk, hogy ott, ahol a nőket nem befolyásolják társadalmi elvárások, készen kapott képek, még ma is a függőleges testhelyzetekben, négykézláb, valamiben függeszkedve vajúdnak és szülnek.

Érdekes ellentmondás, hogy amíg a várandósság utolsó hónapjaiban nem tanácsolják, hogy a kismamák a hátukon feküdjenek, mert a baba súlya elnyomhatja az anya artériáját, ami csökkenti a babához érkező oxigéndús vér mennyiségét, addig a vajúdás és a szülés idejét sok helyen ágyban töltik a kismamák. Az artériára nehezedő nyomás csökkenthető az ágyvég megemelésével, így azonban az anya súlya a Michaelis-rombusz területére, illetve a farokcsontra nehezedik, akadályozva ezek szabad mozgását és kevesebb helyet hagyva a babának. A medence csontjai az ízületek mentén képesek elmozdulni és az anya testhelyzetétől, függően centikkel hagynak több vagy kevesebb helyet a magzat számára. Amikor az anya ágyban fekszik, akkor a legszűkebb a medencéje, és a csontok ekkor a legkorlátozottabbak a mozgásban, míg például négykézláb állva biztosítják a legnagyobb helyet a babának. A várandósság végén a medence ízületi szalagjai, porcai mozgékonyabbá válnak, fellazulnak a hormonok hatására, hogy minél több helyet biztosítsanak a magzat forgásaihoz, ereszkedéséhez (Simkin & Ancheta, 2013).

A testi tényezőkön túl szót kell ejtenünk az ágyban fekvő testhelyzet lelki tényezőiről is. Amikor a kismama ágyban fekszik, mindenki, aki belép a szobába, aki vele tartózkodik, fölötte helyezkedik el. Ágyban feküdni, miközben tekintélyszemélyek vesznek minket körül igen kiszolgáltatott helyzet. Ezt a negatív hatást fokozhatja, ha az anya korábban megélt valamilyen abúzust. Szabadságuk korlátozása, megszabott testhelyzetbe kényszerítésük felidézheti a korábbi traumát. Kitzinger szerint bármelyik közösségben lehet legalább egy, de akár több áldozat is, ezért a szavakat, tetteket érdemes úgy megválasztani, mintha biztosan tudnánk ezt és már csak emiatt is biztosítani a vajúdó nőnek a szabad mozgás lehetőségét (Kitzinger, 2008).

A szabadon választott testhelyzet előnyei (Romano & Lothian, 2008; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013):

- Javul az összehúzódások hatékonysága.
- A tágulási szakasz lerövidül.
- A fájdalomérzet csökken, ami
- csökkenti a gyógyszeres fájdalomcsillapítás iránti igényt.
- Csökken a magzati distressz veszélye.
- Nő az anya önbizalma, elégedettsége, kontrollérzete, komfortérzetet.

- Négykézlábas, térdelő, guggoló testhelyzetek biztosítják a medence szabad mozgását, több helyet hagyva így a babának.
- Bizonyos fekvési, beilleszkedési rendellenességek elkerülhetőek, korrigálhatóak vele.
- Csökken a császármetszés valószínűsége.

A WHO ebből fakadóan az egészségügyi szakemberek számára javasolja, hogy az alacsony kockázatú várandósokat ösztönözzék a függőleges testhelyzetek felvételére, illetve a kitolási szak testhelyzetével kapcsolatosan is hasonlóan fogalmaz: a szülő nőket bátorítani kell, hogy a saját szükségleteikre hallgatva válasszák meg a pozíciót, amiben életet adnak gyermeküknek (WHO, 2018c). A hazai Szülészeti Irányelv mind a vajúdás, mint a szülés során javasolja a szabadon választott testhelyzetet, azonban ezt függővé teszi a szakszemélyzettől:

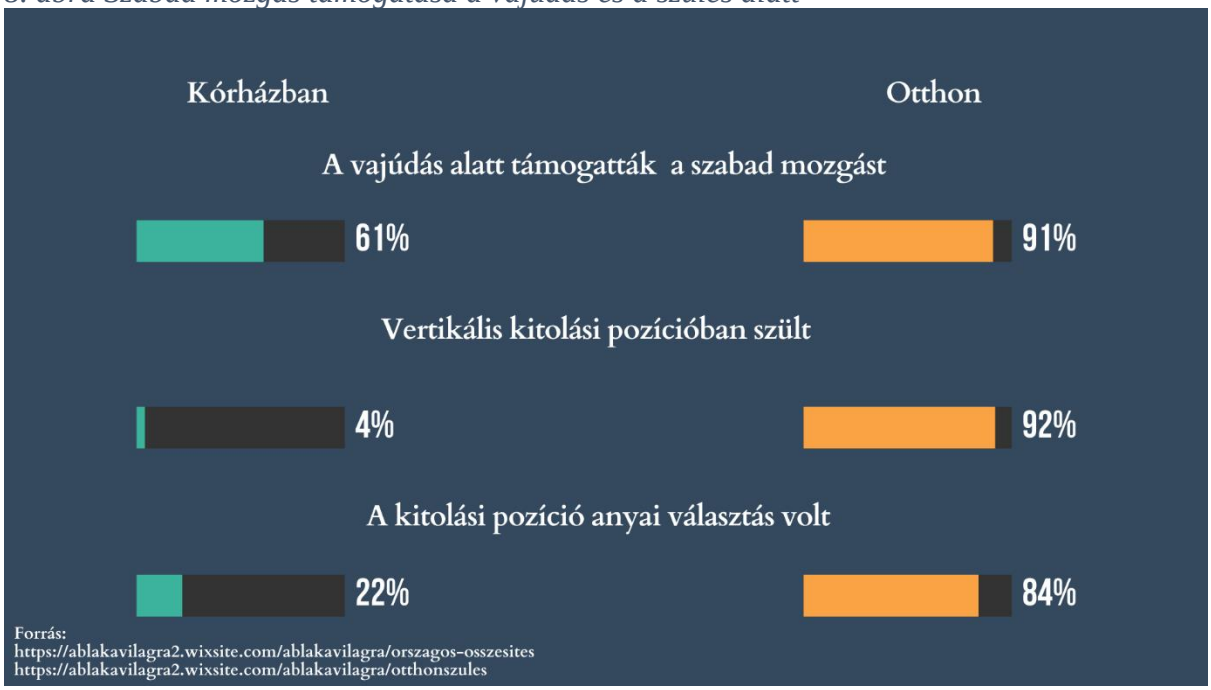
„A vajúdási testhelyzetet az anya határozza meg, amelyet a szülést segítő szakemberek javaslatai és a lehetőségek alapján érdemes változtatni. Amennyiben a tárgyi és személyi feltételek adottak, úgy a szülő nő vajúdhat és szülhet más pozícióban is, például: ülve, állva, guggolva, térdelő pozícióban, négykézláb stb. A vajúdás alatt minden testhelyzet, ami az anya számára kényelmes és megfelelő, az támogatandó.” (EMMI, 2019, old.: 14).

A Szülészeti Adatbázis kérdőívét kitöltő anyák között a vajúdás alatti szabad mozgást az esetek 60%-ában támogatták, az anyák 96% a szülőágyon valamilyen fekvő vagy félig ülő testhelyzetben szült, és ezt a testhelyzetet az esetek 78%-ában az egészségügyi személyzet választotta 8. ábra.

Wagner a bizonyítékokon alapuló ellátás fokmérőjeként tekint arra, hogy az anyák milyen testhelyzetben hozzák világra gyermeküket, illetve, hogy milyen arányban hajtanak rajtuk végre gátmetszést. Véleménye szerint mivel évtizedek óta bizonyított, hogy a fekvő testhelyzet a legkedvezőtlenebb, illetve az anya mozgásszabadságának korlátozása olyan gyakorlat, amivel haladéktalanul fel kellene hagyni, ezek előfordulási aránya jól mutatja, hogy az ellátás mennyire nőközpontú, mennyire veszi figyelembe az anyák érdekeit, és mennyire nyugszik tudományos alapokon (Wagner, 2003).

A szülészeti adatbázis adatai szerint az anyák 12% háton fekve, kikötözött lábakkal adott életet gyermekének (Pleván, 2020a).

8. ábra Szabad mozgás támogatása a vajúdás és a szülés alatt



4.2.2. Császármetszés

A császármetszés annak az eljárásnak a neve, melynek során egy nagy hasi műtét keretében segítik világra a kisbabát. Életmentő eljárásként fejlesztették ki, mára azonban rutin eljárássá vált. Mivel számos, az anyát és a babát, rövid- és hosszú távon is érintő kockázata, szövődménye lehet, a császármetszésről szóló döntést alapos mérlegelésnek kell megelőznie.

Az Egészségügyi Világszervezet 1985-ben, egy 20 ország által delegált, 65 fő részvételével lezajlott vizsgálat során a császármetszések orvosilag indokolt arányát 10-15%-ban határozta meg (WHO, 2015). Ebben az átlagban benne vannak a magas progresszivitási szinttel rendelkező intézmények épp úgy, mint az alacsony progresszivitási szintűek. Értelemszerűen előzőben várhatóan magasabb, míg utóbbiban alacsonyabb a császármetszés aránya, azonban az átlagnak ekörül a 10-15% körül kellene alakulnia. A WHO által meghatározott értéket azóta többször is felülvizsgálták és összeségében azt mondhatjuk, hogy amíg ~10%-os császármetszési arány arra utal, hogy a műtéti eljáráshoz nem férnek hozzá olyan anyák, akik esetében vitathatatlan ok lenne a császármetszésre, addig 20% felett az eljárás túlhasználatáról beszélünk. 20% feletti császármetszés frekvenciáknál már nem javulnak a morbiditási és mortalitási adatok, épp ellenkezőleg, az anya-baba párosok felesleges többlet kockázatoknak vannak kitéve (Betrán, és mtsai., 2007; Molina, és mtsai., 2015).

Magyarországon a császármetszés aránya évtizedek óta emelkedő tendenciát mutat. Utoljára a 2000-es években volt 20% körüli értéken és 2017 óta minden évben 40% felett volt (Csákány, 2011; NEAK, 2022).

A legtöbb OECD országban a császármetszés aránya nőtt a 2000-es évek óta. A növekedés gyorsabb volt azokban az országokban, ahol egyébként is magas volt már az arány, viszont lassabban emelkedett ott, ahol kevesebb császármetszést végeztek. Emellett voltak olyan országok is (Izrael, Finnország vagy Svédország), ahol lassítani tudták az emelkedés ütemét

vagy akár csökkenteni a császármetszések arányát (OECD, 2015). Odent felhívja a figyelmet, hogy azokban az országokban, ahol a szülészorvosokhoz képest magas a szülésznők aránya (Hollandia, Svédország, Norvégia, ott alacsonyabb a császármetszés frekvencia, mint azokban az országokban (Kína, Brazília, Magyarország), ahol kevés szülésznő és sok szülészorvos dolgozik (Odent, 2004).

A császármetszés arányának emelkedése mögötti okok feltárásra várnak, de gazdasági, kulturális, társadalmi tényezők mellett a szakmai gyakorlati stílusok változását, a műhibaperektől való félelmet, valamint anyai okokat szoktak említeni. Az anyai okok között a későbbre tolódó gyermekvállalás miatt az idősebb anyai életkor, a termékenységi kezelések miatt emelkedő ikervárandósságok, és a tokofóbia miatt emelkedő anyai császármetszés preferencia szokott felmerülni (Betrán, és mtsai., 2016).

Miközben komplikáció elhárító és életmentő szerepe mellett olyan előnyeit emelhetjük ki, mint a tervezhetőség, a rövidebb idő, a vajúdás fájdalmának elkerülése vagy a kontroll látszólagos anyai kézbe helyezése, számos már ismert és még feltárásra váró kockázatáról is beszélnünk kell. Az, hogy a császármetszés rutinműtétté vált és mára sokkal biztonságosabban elvégezhető, mint évtizedekkel ezelőtt, az nem jelenti azt, hogy a hüvelyi szülés alternatívájaként gondolhatunk rá, vagy, hogy következmények nélkül alkalmazható.

Terjedelmi okok miatt a teljesség igénye nélkül, azonban a rövid- és hosszú távú kockázatok jelentősége miatt a témát mégis érintve röviden beszélek a császármetszés anyát és babát érintő kockázatairól.

Anyai kockázatok:

- Programozott császármetszés esetén háromszoros az anyai halálozás kockázata a hüvelyi szüléshez képest (Hall & Bewley, 1999).
- A császármetszéssel összefüggésbe hozható morbiditási adatok, mint a masszív szülés után vérzés, az eklampszia, a méheltávolítás, az embólia, a légzési-, vese-, vagy májelégtelenség előfordulási valószínűsége 2,5-6-szoros a hüvelyi szüléshez képest (Grivell & Dodd, 2011).
- A műtét alatt, illetve az azt követő hetekben is fennáll a méheltávolítás szükségességének veszélye (Wagner & Gunning, 2017).
- Császármetszést követően minden 5. nőt érint a fertőzés kockázata (Wagner, 2000).
- Az operáció során fennáll a környező szervek (húgyhólyag, belek, méhnyak) véletlen sérülésének, megvágásának veszélye (Grivell & Dodd, 2011; Gaskin, 2015; Wagner & Gunning, 2017).
- Hüvelyi szüléshez képest 2-4-szeres az embóliás szövődmények előfordulásának valószínűsége (Burrows, Meyn, & Weber, 2004; Grivell & Dodd, 2011).
- Hegesedés, összenövések jöhetnek létre, amik akár évtizedekkel a műtét után is problémákat okozhatnak (Wagner & Gunning, 2017).
- Császármetszés után 6% a méhgyulladás előfordulásának valószínűsége és
- a kismedencei gyulladás esélye háromszoros a hüvelyi szüléshez mérten (Grivell & Dodd, 2011).
- Csökken az esély a későbbi teherbeesésre, nő a méhen kívüli terhességek, a vetélés és a halvaszülés kockázata (Smith, Pell, & Dobbie, 2003; O'Neill, és mtsai., 2013; Richter, Bergmann, & Dudenhausen, 2007; Grivell & Dodd, 2011; Wagner & Gunning, 2017).

- Nő a méhlepénnyel kapcsolatos kockázatok valószínűsége (placenta accreta, placenta praevia) (Grivell & Dodd, 2011; Gaskin, 2015; ICAN, 2016; Wagner & Gunning, 2017).
- Ha már volt egy császármetszése az anyának, akkor nő a kockázata, hogy a következő várandósság során is császármetszéssel kell szülnie. Minden császármetszés tovább fokozza a kockázatok, szövődmények előfordulásának valószínűségét (Grivell & Dodd, 2011).

Babát érintő kockázatok:

- A császármetszések 2-6%-ában fordul elő a baba véletlen megvágása (Smith, Hernandez, & Wax, 1997).
- A vajúdás során felszabaduló hormonok (kortizol, katekolaminok) segítenek felkészíteni a babát a méhen kívüli életre, aktiválják a központi idegrendszerét, szerepet játszanak tüdeje érésében, fokozzák a véráramlást (Dahlen, és mtsai., 2013). Császármetszés esetén ezek a hatások részben vagy egészben elmaradnak.
- A babák császármetszés esetén fokozottan ki vannak téve az újszülöttkori légzési nehezítettség szindrómának (IRDS), illetve más légzőszervi megbetegedéseknek, ami az elmaradó hormonális hatások mellett azzal hozható összefüggésbe, hogy a magzat nem halad át a szülőcsatornán és tüdejéből nem préselődik ki a magzatvíz (Gaskin, 2015; Odent, 2004; Wagner & Gunning, 2017; Grivell & Dodd, 2011).
- Mivel a szülés várható időpontja csak becsült, programozott császármetszés esetén előfordulhat, hogy a baba a túl korán érkezik. A császármetszések arányának emelkedésével olyan mértékben megnőtt a terminus hibás számításából fakadó koraszülöttek száma, hogy külön szót alkottak a jelölésükre, ők az iatrogén koraszülöttek (Gaskin, 2015). A koraszülöttség és az IRDS az újszülöttkori halálozások vezető okai közé tartoznak (Wagner, 2000), ezért amikor csak lehetséges, fontos lenne a szülés spontán indulásának megvárása azokban az esetekben is, amikor egyébként a császármetszés elkerülhetetlen. A 37. és 40. várandóssági hét között, minden héten a felére csökken a légzőszervi megbetegedések kockázata az elektív császármetszéssel (73,8 ezrelékről a 39. hétre 17,8 ezrelékre), a vajúdást követő császármetszéssel (57,7 ezrelékről 16,2 ezrelékre) és a hüvelyi úton született babák között is (12,6 ezrelékről 3,2 ezrelékre), illetve szignifikánsan gyakoribb a légzőszervi megbetegedések előfordulása, ha a magzat a szülés spontán megindulása előtti időpontban született császármetszéssel. Elektív császármetszés esetén 35,5 ezrelék volt az arány, míg hüvelyi szülés esetén 5,3 ezrelék, illetve 12,2 ezrelék, ha a császármetszésre vajúdást követően került sor (Morrison, Rennie, & Milton, 1995).
- Gyakoribbak az adaptációs problémák, gyakrabban szorulnak légzéstámogatásra, intenzívosztályos felvételre a babák. Egy 2010-es WHO vizsgálat szerint utóbbinak kétszeres a valószínűsége a hüvelyi úton született babákhoz képest (Annibale, Hulsey, Wagner, & Southgate, 1995; Lumbiganon, és mtsai., 2010).
- Az aranyóra és a késleltetett köldökzsinór elvágás pozitív hatásait a császármetszéssel született babák még kevésbé élvezhetik, mert a köldökzsinórt nagyon rövid időn belül elvágják és jellemzően a jó állapotban született babákat sem adják oda az édesanyjuknak bőrkontaktusra.
- A császármetszés hosszú távú, a babát érintő kockázatai között olyanokról olvashatunk, mint a bronchitisz, asztma, allergia, ekcéma, 1-es típusú diabétesz, elhízás, szklerózis-multiplex, gyermekkori leukémia, hererák. A mikrobiom eltérő alakulásával összefüggésben az eltérő bél- és bőrflóra mellett a szájüregben megtalálható baktériumok is másképp alakulnak, illetve a mikrobiom és a bélflóra alakulása hatással

van az immunrendszerre (Dahlen, és mtsai., 2013; Lif Holgerson, Harnevik, Hernell, Tanner, & Johansson, 2011; Neu & Rushing, 2011).

A császármetszéssel történő szülésnek vannak abszolút és relatív okai. Abszolút az ok, amikor az anya és/vagy a baba egészségének, életének védelme érdekében a műtét elkerülhetetlen, míg relatív, ha császármetszésről szóló döntést alapos mérlegelésnek, személyre szóló döntésnek kellene megelőznie, mert nem jelenthető ki egyértelműen, hogy mindenkinél és minden esetben a császármetszés jelenti a kisebb kockázatot. Abszolút okok közé soroljuk például a mészszájon fekvő méhlepényt (placenta praevia), a méhlepény leválását vagy a harántfekvést, míg relatív ok a farfekvés, a korábbi császármetszés vagy a relatív téraránytalanság.

A Szülészeti Adatbázis kérdőívét kitöltő anyák között a császármetszés aránya 40% (Pleván, 2020a). A császármetszés fő okait a 9. ábra részletezi.

9. ábra A császármetszés fő okai az anyai beszámolók alapján

4.2.3. Császármetszés utáni hüvelyi szülés (VBAC)

1900-as évek elején a császármetszést követő méhrepedés kockázata 12% volt, így teljes joggal tartották magukat a szülészorvosok ahhoz az elvhez, hogy ha egy kismama egyszer már császármetszéssel szült, akkor ezt követően már csak császármetszéssel adhat életet (Odent, 2004). Az elmúlt 100 évben a császármetszés műtéti technikája sokat változott. A vágás helye, a méh megnyitása, a műtétet követő varrás mind sokat fejlődött. A méhrepedés kockázata jelentősen csökkent, 1% alatt van, ahogy más a hüvelyi szülés próbáját érintő kockázatok (méheltávolítás, vérátömlesztés) előfordulása is alacsony, miközben minden császármetszést követő hüvelyi szüléssel nő a sikeres hüvelyi szülések esélyének aránya (ICAN). Az „Egyszer császármetszés, mindig császármetszés." nézet azonban sok helyen máig tartja magát, és nehezen találnak a kismamák VBAC-et támogató szülészorvost. Ahogy az előző ábrán láthattuk a programozott császármetszések negyede 1 korábbi császármetszés miatt, és további csaknem 10%-a 2 megelőző császármetszés miatt történt, vagyis a programozott

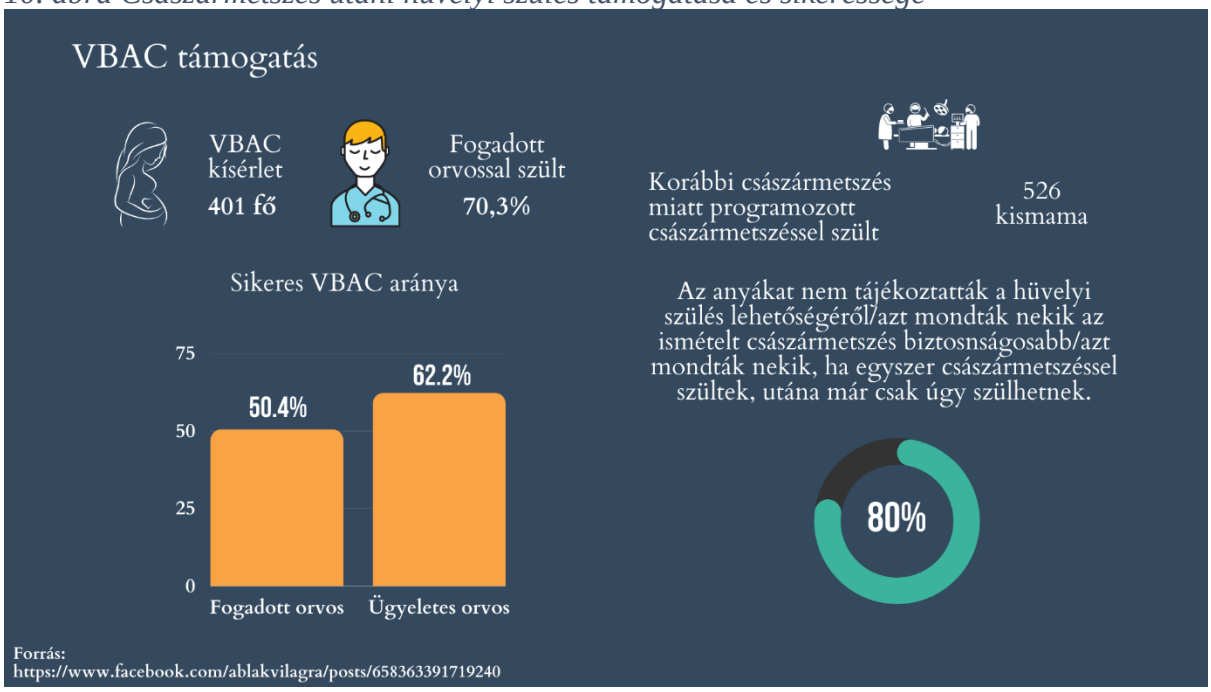
császármetszések vezető oka, hogy az anya korábban már császármetszéssel adott életet. Tudva, hogy már egy császármetszés is mennyi kockázattal jár az anya és a baba számára is, és tudva, hogy minden egyes hasi szüléssel nő ezeknek a kockázatoknak az előfordulási aránya kiemelt jelentőségű lenne az anyák teljes körű tájékoztatása a lehetőségeikről, a császármetszés utáni hüvelyi szülések támogatása, és a sikerességi arány emelkedéséhez szükséges szülésvezetési gyakorlat kialakítása. Gaskin (2015) szerint a sikeres VBAC kulcskérdései:

- A szülés spontán indulása (a szülés indítás rontja a VBAC sikerének esélyét).
- A fájáserősítők kerülése (inkább a szabad mozgást, vízbe merülést javasolja).
- A vajúdás alatti evés és ivás biztosítása.
- A méhszájvizsgálat minimalizálása.
- A választott szakember VBAC támogatása, aminek biztos árulkodó jele, ha a praxisában a sikeres császármetszés utáni hüvelyi szülések aránya 70% felett van.

Az Ina May Gaskin vezette Farm bábaközpontban 115 nő szült császármetszés után. A sikeres VBAC aránya 98% volt.

A Szülészeti Adatbázis adatai alapján (Pleván, 2020d) több VBAC végződött sikeresen, amikor az anya ügyeletes orvossal szült, illetve a programozott császármetszéssel szülő anyák 80%-a nem kapott korrekt tájékoztatást a császármetszés utáni hüvelyi szülés lehetőségéről 10. ábra.

10. ábra Császármetszés utáni hüvelyi szülés támogatása és sikeressége



A császármetszést követő várandósságok kevesebb, mint a felében (43,3%) próbálták meg az anyák a hüvelyi szülést, ami nagyobb eséllyel sikerült, ha ügyeletes orvossal szültek. A programozott császármetszésre kiírt anyák 80%-a nem kapott korszerű, megfelelő információt a császármetszést követő hüvelyi szülés lehetőségéről.

4.2.4. Aranyóra és újszülöttellátás

Aranyórának hívjuk a szülést/születést követő szenzitív időszakot, amikor az újszülött a megszületését követően azonnal bőr-bőrkontaktusba kerül az édesanyjával, és ez a kontaktus nem kerül megszakításra, amíg a baba végig nem ér a Widström által leírt 9 lépésen (Widström, és mtsai., 2010), és az első szoptatást követően el nem alszik. Az aranyóra időtartama így minimum egy, de inkább 2 óra, melynek során a baba első vizsgálatai, Apgar-értékelése, az anyával bőrkontaktusban történnek és minden rutinvizsgálatot, mérést, ezutáni időpontra halasztanak.

A bőrkontaktus, az első szoptatás emelik az anya oxytocinszintjét, ami segíti a méh összehúzódását, a méhlepény leválását és megszületését, valamint a vérzés csillapítását. A háborítatlan aranyóra támogatja az anya regenerációját, növeli az önbizalmát, megerősíti kompetenciaérzetét, csökkenti a gyermekágyi depresszió valószínűségét Az újszülött adaptációjának is fontos időszaka ez. A bőrkontaktusban gyorsabban normalizálódik a pH-ja, stabilabb a légzése, a testhőmérséklete, a pulzusa, a vérnyomása, vércukorszintje (Christensson, és mtsai., 1992). A szülést követően 5 percen belül megkezdett és legalább 1 órán át tartó bőrkontaktus szignifikánsan csökkenti a baba nyálában mérhető kortizolszintet (Takahashi, Tamakoshi, Matsushima, & Kawabe, 2011).

Nils Bergman, a perinatális idegtudományok szakembere zéró szeparáció elvében azt fogalmazta meg, hogy az újszülött számára az a biológiai norma, ha a születését követő órákban – illetve ezután is, minél többet – megszakítás nélküli egységben lehet az anyjával. Ez támogatja az anyatejes táplálást, megalapozza kettejük kötődését, a létrejövő bőringer, az érzett illatok, az anya-baba páros szemkontaktusa, bekapcsolják az anyai viselkedést (mothering), ami segíti a baba és a mama egymásra hangolódását (Bergman, 2014). Bystrova, és munkatársai (2009) a gyermek egy éves korban is kimutatható különbséget mértek az anya-baba interakciókban attól függően, hogy a bőrkontaktus a születés után megvalósult-e. Az aranyóra hatásait olyan területeken figyelték meg, mint a gyermek későbbi mentális egészsége, érzelmeinek szabályozása, stresszkezelése vagy társas élete. A szinkron létrejöttében fontos szerepet játszik a zavartalan aranyóra, a baba-mama páros oxytocin rendszere. A szinkron létrejötte esetén szívverésük, légzésük, stresszreakcióik összehangolódnak, a baba stresszhormonszintje csökken, kevesebbet sír, nyugodtabb, megnő a fájdalomtűrő képessége. Az életünk fontos személyeivel, a születést követően, majd az első hónapok során kialakuló szinkron az oxytocinrendszeren keresztül hat, és elsődleges mintaként szolgál a másokkal való viszonyaink során. Befolyásolja a családon kívüli kapcsolatainkat, a párkapcsolatainkat, illetve a gyermekünkkel való kapcsolatunkat is. A szülés során kapott gyógyszerek, mint az oxytocin vagy az epidurális érzéstelenítés, megzavarják a baba ösztönös viselkedését és az aranyórát, és ezzel a szinkronicitás kialakulását is (Varga, 2019b; Brimdyr, Cadwell, Widström, Svensson, & Phillips, 2019). Kutatások igazolták, hogy a bőrkontaktus, a szeparációmentes együttlét, az anya-baba páros korai interakciós képessége hatással van a kötődés alakulására, ez pedig befolyásolja a gyermek gondozását, a baba jelzéseire való anyai reakciót, a babával való gyengéd bánásmódot és az anya érzelmi reakcióit a babára, ezért a bőrkontaktust a lehető legritkább esetben és csak olyan beavatkozások szükségessége esetén lenne szabad megzavarni, amelyek semmiképpen nem végezhetőek az anya testén tartva az újszülöttet (Bystrova, és mtsai., 2009; Moore, Bergman, Anderson, & Dowswell, 2012). De Chateau már 1980-ban kimutatta, hogy a korai bőrkontaktus megalapozza a kötődést, hatással van a baba és az anya viselkedése mellett a szoptatás időtartamára is, és megmutatkozik a gyermekneveléssel

kapcsolatos attitűdben, pedig munkájában akkor még mindössze 15 percnyi bőrkontaktus hatását vizsgálta (de Chateau, 1980).

4.2.4.1. Szoptatás az aranyórában

Az Egészségügyi Világszervezet 6 hónapos korig tartó kizárólagos és igény szerinti szoptatást javasol, majd a hozzátáplálás megkezdése mellett a szoptatás folytatását a gyermek 2 éves koráig vagy azon túl (WHO, 2018b). Becslések szerint, évente több, mint 800.000 5 év alatti kisgyermek élete lenne megmenthető a szoptatással. A szülést követően azonnal elérhető kolosztrum kiemelkedően magas arányban tartalmaz immunoglobulinokat, amik nagyban hozzájárulnak a baba fertőzésektől való védelméhez. Ezeknek az antitesteknek az aránya az első életnapon a legmagasabb, majd napról napra csökken, így az aranyórában megvalósuló szoptatás különös jelentőségű. Az első 2 órában bekövetkező szoptatással szemben a 2-23 életórás korban megkezdett szoptatás 1,3-szorosára, az 1 napnál később megkezdett szoptatás kétszeresére emeli az első 28 napban bekövetkező újszülöttkori halálozás valószínűségét (WHO, UNICEF, 2018a).

Az azonnali, megszakítás nélküli bőrkontaktus, az aranyórában történő szoptatás és a zéró szeparáció elvének követése elősegíti az anyatejes táplálás és a kizárólagos szoptatás megvalósulását.

4.2.4.2. Késleltetett köldökzsinór elvágás

A kisbaba megszületését követően a méhlepény még folytatja munkáját és a köldökzsinóron keresztül oxigéndús vérrel látja el a babát. A köldökzsinór ekkor még hüvelykujjnyi vastag, spirálisan tekeredett, a benne futó erek vérrel telítettek. Ahogy a vér átáramlik a babába, és a Wharton-kocsonya folyékonnyá válik, a köldökzsinór elvékonyodik, kiegyenesedik és lilás színe fehérre változik, a benne futó erek elzáródnak. A köldökzsinór pulzálása a méhlepény irányából a baba felé haladva szűnik meg. Ideális esetben a köldökzsinórt mindaddig nem szorítják és nem vágják el, amíg ez a folyamat le nem zajlik. Korábban úgy gondolták, hogy a pulzáció 1-3 percnél nem tart tovább, de egy 2015-ös vizsgálatban átlagosan 4,22 percet regisztráltak és azt tapasztalták, hogy a pulzáció megszűnése nem jelenti egyben a véráramlás megszűnését is (Boere, és mtsai., 2015).

A köznyelvben a köldökzsinórban áramló vért köldökzsinórvérként említjük, de ez szigorúan véve a baba vére. A korai köldökzsinór elszorítás és elvágás újkori gyakorlat és olyan feltételezések húzódnak mögötte, minthogy a babának nincs szüksége arra a vérre, illetve, ha nem vágják el azonnal a köldökzsinórt, akkor azon keresztül a vér visszaáramlik a méhlepény felé és a baba elvérzik. A lótusz szülések (amikor a köldökzsinórt nem vágják el, hanem megvárják, amíg a köldökzsinór a szülést követően magától leválik a köldökről), illetve a késleltetett köldökzsinór elvágás terjedő gyakorlata hitelesen cáfolják ezt a feltételezést, amit egyébként semmilyen tudományos bizonyíték nem támasztott alá korábban sem.

Az újszülötthöz a köldökzsinóron át érkező oxigéndús vér megkönnyíti a baba átállását a tüdővel való légzésre (Noll, 2017). Növekedési faktorokat, citokineket, és olyan hírvivőket tartalmaz, amelyek vélhetően az átmenet folyamatát támogatják és irányítják, emellett pedig

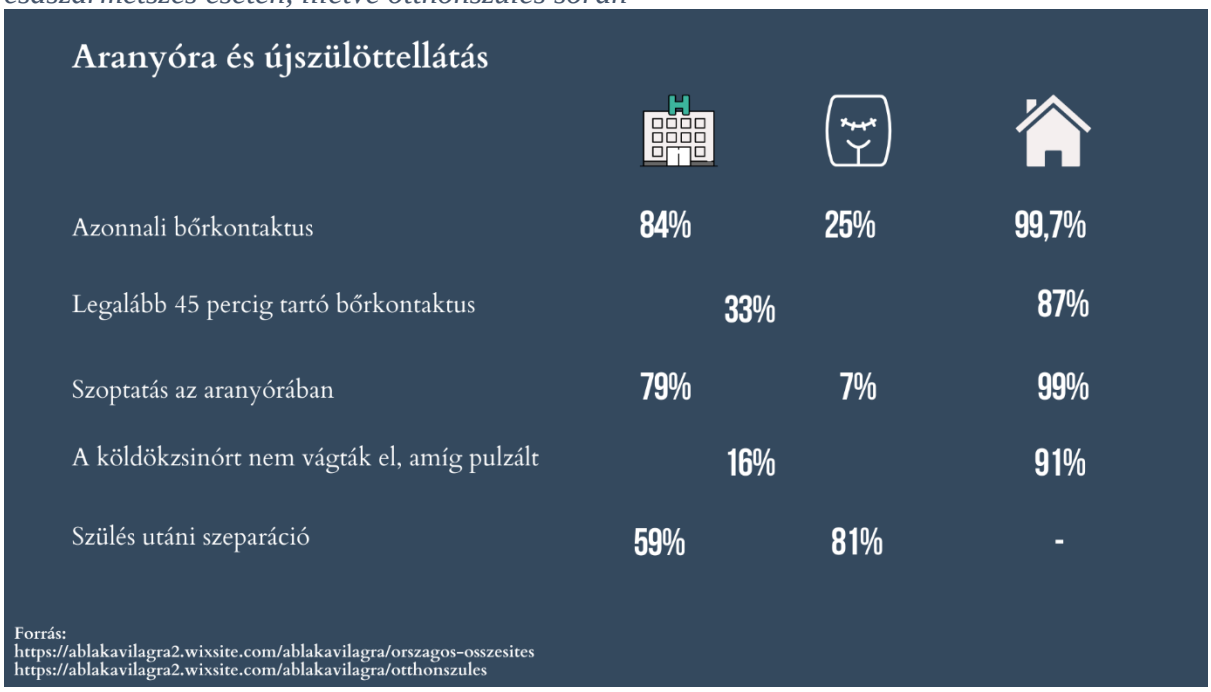
őssejtekben és vörösvérsejtekben is gazdag. Az őssejtek csökkentik a gyermek fogékonyságát az újszülöttkori és a későbbi életkorral összefüggő betegségekre, fertőzésekre, krónikus tüdőbetegségre, asztmára, cukorbetegségre, agyi bénulásra és daganatos megbetegedésekre. A késleltetett köldökzsinór elvágás egy időre született baba vaskészletét 3-8 hónapos koráig feltölti (Andersson & Mercer, 2021). Egy 2018-as vizsgálatban arról számoltak be, hogy késleltetett köldökzsinór elvágással született babák agyában 4 hónapos korukra vastagabb mielinhüvely alakult ki, illetve magasabb volt a szérum ferritin szintjük. A mielinhüvely fejlődése függ a rendelkezésre álló vasszinttől, így ez összefüggheet a késleltetett köldökzsinór elvágása miatt megnövekedett vörösvérsejtszámmal és magasabb vasszinttel (Mercer, és mtsai., 2018).fa

4.2.4.3. Szülés utáni szeparáció

Ahogy arról korábban már szó volt, a biológiai norma a baba-mama egység megtartása. Anya és gyermeke akkor érzik magukat a legkomfortosabban, ha a másikat a közelükben tudják. A szeparáció megnöveli a stresszhormonok szintjét a baba szervezetében, és a baba szeparációs-distressz sírással igyekszik a környezete tudtára adni, hogy az anyja közelségére vágyik. Amikor a gyermek ismét testközelségbe kerülhet az anyjával, a sírás megszűnik. Az anyjuktól elválasztott babák többet és hosszabb ideig sírnak, mint az el nem választott babák (Christensson, Cabrera, Christensson, Uvnäs-Moberg, & Winberg, 1995). Bár az újszülöttet sokszor azzal a jószándékkal viszik el, hogy az anya tudjon pihenni, ő ösztönösen akkor nyugodt, ha a gyermeke mellette van. Az aranyórát követően a baba az első életnapon sokat alszik, sokszor csak felületesen ébred, szopás iránti jelzései sokszor alig észrevehetőek. A tejtermelés, a baba jelzéseinek meg és felismerése, az anyai kompetencia erősödése, az elfogyasztott anyatej fertőzéstől való védelme, súlyvesztésre, sárgaságra való hatása szempontjából lényeges lenne, hogy ilyenkor is mellre kerülhessen, illetve, hogy jelzéseire válaszkész reakciót kapjon.

A Szülészeti Adatbázisban az azonnali bőrkontaktusról, az aranyóráról, az első szoptatásról, illetve a szülést követő szeparációról a 11. ábra statisztikái engednek betekintést.

11. ábra Aranyóra és újszülöttellátás gyakorlata intézményben hüvelyi szülés és császármetszés esetén, illetve otthonszülés során



Eszerint kórházban még a komplikációmentes hüvelyi szülések esetén sem kerül azonnali bőr-bőrkontaktusba minden újszülött, és az újszülöttek mindössze harmada részesülhet az aranyóráknak legalább az első órájában. A Kanga Egyesületnek adott tájékoztatással ellentétben az anyai beszámolók sokkal ritkábban szólnak arról, hogy a köldökzsinórt csak a pulzáció megszűnése után vágták el (55,4% vs. 16%). Császármetszés és hüvelyi szülés esetén is magas a szülés utáni szeparáció aránya. Az otthonszülések tapasztalatai alapján minden területen anya- és bababarátabb ellátás képét vázolják elénk.

4.2.5. Gyermekágyasosztály

Amikor a nők még otthon szültek, a szülés után a bába a „boldog asszony ágyába" kísérte az anyát és mellé helyezte a gyermekét. Kettejük egységének biztosítása támogatta az összeszokást és a szoptatás megalapozását. A korai gyermekágy szokásai segítették az anya testi felépülését, illetve védelmet jelentettek számára ebben az érzelmileg, hangulatilag és hormonálisan érzékeny időszakban. A gyermekágyas látogatásának szigorú rendje volt és bár nem voltak még kutatások, evidenciák a közösség minden tagja tudta, hogy a gyermekágyas anya sebezhető, támogatásra szorul, és jólléte hatással van a kisbabájára és a szoptatásra is. A család életébe az anyák az első 10 nap után kezdtek ismét részt venni, de az udvart az avatásig nem hagyták el (Giltidiszné Gyetván, Schneiderné Diószegi, & Molnár, 2019).

A szülések kórházi eseménnyé válása és az ezzel együtt lezajló társadalmi változások átalakították a szülés utáni első napok szokásait is, a szülészeti osztályokkal együtt létrejöttek a csecsemőosztályok is. A szülést követően anyát és gyermekét elválasztották egymástól és külön kórteremben helyezték el őket. A babákat csak meghatározott időközönként vitték ki az édesanyjukhoz, hogy megszoptathassák őket. Elterjedt a nézet, miszerint a babáknak steril körülményekre van szükségük, és a csecsemőosztályokon előforduló fertőzések igazolni is látszottak az óvintézkedést. A megbetegedések visszaszorítása érdekében még jobban

elkülönítették a kisbabákat és közben gyökeret vert és szárba szökkent a gondolat, hogy a kisbabáknak erre az elkülönítésre általánosságban szükségük van. Évtizedek óta tartotta magát a szeparáció intézménye, amikor 1976-ban Guatemalában egy földrengés lerombolt egy kórházat. Ebben a kórházban az újszülötteket érintő fertőzések aránya és az újszülöttek halálozási aránya is magas volt. A földrengést követően, mivel nem volt csecsemőosztály, az újszülötteket kénytelenek voltak az édesanyjukkal egy ágyban elhelyezni. Miközben a zsúfolt kórtermekben a körülmények látszólag kevésbé voltak ideálisak, a kisbabák fertőzések miatti megbetegedése 17 ezrelékről 3 ezrelékre esett vissza és ezen az alacsony értéken is maradt (Wagner & Gunning, 2017).

A rooming in ellátás, amikor a kórházi tartózkodás idején, az anya és a baba a nap 24 órájában együtt lehet, miközben az anya feszengés nélkül kérhet segítséget, biztosított a testi, lelki támogatása is.

Jelenleg egyetlen magyarországi kórház sem rendelkezik Bababarát Kórház címmel. A minősítések megkezdésekor az egyik szempont, amit ellenőrizni fognak, hogy a gyermekágyas osztály rooming in működik-e, ez ugyanis a WHO és az UNICEF által meghatározott kritériumok egyike (WHO & UNICEF, 2009).

A közös szoba növeli az anya kompetenciaérzetét és önbizalmát, támogatja a kötődés alakulását, segít a sikeres szoptatás megvalósításában. A szoptatás közben megemelkedő béta-endorfinszint hatására az anya és a baba is jutalmazóként éli meg a szoptatást, ami megerősíti mindkettőjük elköteleződését a szoptatás felé (Buckley, 2015). A rooming in elhelyezés hamarabb beinduló és bőségesebb tejtermelést biztosít, növeli a kizárólagos szoptatás valószínűségét és pozitívan befolyásolja a szoptatás időtartamát (Bystrova, és mtsai., 2007). Már 1987-ben kimutatták, hogy nyugodtabban alszanak azok a babák, akiket az anyjukkal közösen helyeznek el, mint azok, akik a csecsemőosztályon vannak, illetve az édesanyjuk kompetensebbnek, magabiztosabbnak érzi magát a babával kapcsolatos kérdésekben (Keefe, 1987).

A kötődés kialakulása folyamat. Szerepe van benne az anya és gyermeke közötti interakcióknak, annak, hogy az anya megismeri gyermek jelzéseit és azokra adekvát választ ad. A szeparáció károsan befolyásolja ez a folyamatot, a baba alapélménye az anyától való elszakítottság miatt érzett bizonytalanság lehet, ami a kötődési mintázatát a bizonytalan irányba indíthatja el. A korai kötődési mintázatok az alapját képezik a későbbi életkorban a motivációnak és a kapcsolatoknak (Orosz & S. Nagy, 2017).

A Szülészeti Adatbázis kérdőívét kitöltő anyák között 69% volt a rooming in elhelyezés aránya. Az anyák 21%-a olyan intézményben szült, ahol az első éjszaka – jellemzően arra hivatkozva, hogy az anya pihenni tudjon – elviszik a babákat, 5% olyan kórházban, ahol minden éjszaka elviszik a babákat, és további 5% számolt be arról, hogy csak bizonyos, a kórház által megszabott időközönként lehetett együtt a gyermekével (Pleván, 2020a).

4.2.6. Szoptatástámogatás

A sikeres szoptatás alapja, nem az anya szoptatási szándéka, hanem a megfelelő szoptatástámogatási gyakorlat. A szoptatást túl sok tévhit övezi ahhoz, hogy kizárólag az ösztöneikre hagyatkozhassanak az anyák és túl kevesen szoptatnak kizárólagosan, hosszan és

sikeresen ahhoz, hogy könnyedén hiteles információk birtokába juthatnának, ha valamilyen szoptatási nehézséggel szembesülnek. A szoptatás sikerében jelentősége van a hiteles, korszerű információk és a környezet támogatása mellett a szülés körülményeinek, illetve a szülést követő órák és napok eseményeinek.

Bár számtalan a szoptatás szempontjából kedvezőtlen körülményt képes az anya teste leküzdeni és dacolva mindennel, akár kizárólagosan és hosszan szoptatni, ehhez a tudatosságon, eltökéltségen kívül elengedhetetlen, hogy az anya – és lehetőleg a közvetlen környezete is – rendelkezzen a tejtermelés élettanát és a kisbaba biológiai szükségleteit érintő alapvető információkkal, illetve, hogy ismerje azokat a csatornákat, ahová hiteles információkért fordulhat.

A szülés és a szoptatás egymással összefüggő, finoman hangolt rendszert alkot. A vajúdás során emelkedő oxytocinszint hatására nő a bétaendorfinok szintje, ami a prolaktin, illetve a prolaktin receptorok termelődésére hat. A prolaktin a szoptatás kulcshormonja, az endorfin a fájdalommal való megküzdés támogatása mellett segíti a szülés módosult tudatállapotának a létrejöttét, illetve a baba megszületése után az oxytocinnal együtt az eufória érzésével ajándékozza meg az anyát. Az aranyórában megvalósuló első szoptatás során, a kolosztrumon keresztül ezek a hormonok eljutnak a babához is, segítik őt a megnyugvásban, és anyában, babában megerősítik azt az érzést, hogy együtt lenni jó. A szülést követő első napok emelkedett endorfinszintje valószínűleg hozzájárul ahhoz, hogy a babában kialakuljon a szoptatáshoz való ragaszkodás, ami elősegíti a sikeres szoptatást (Dérné Faust, 2019).

A kitolási szakban ugrásszerűen megemelkedik a stresszhormonok szintje. Ez más fontos hatások mellett a szülés után éberen tartja az anyát és a babát, ami lehetővé teszi, hogy a bőrkontaktusba helyezett újszülött eljusson az anyamellhez és megtörténhessen az első szoptatás. Így a babának lehetősége van a még puha anyamellből tapasztalatot szereznie a szopásról és elkerülhető a mell túltelítődése, ami megnehezíti a még nem túl gyakorlott baba anyatejes táplálását, a tejbelövellés hamarabb megtörténik, megalapozódik a későbbi tejtermelés, az anya melle kisebb eséllyel sebesedik ki. A bőrkontaktus hatására a stresszhormonok elbomlanak, fokozódik az oxytocin és prolaktin termelés.

Az anyamell oxytocin-érzékenysége a szülést követően a legintenzívebb, így a létrejövő oxytocinreceptorok számán keresztül, a tejbelövellés időpontját és a tejtermelést is meghatározza a szülést követően megkezdett szoptatás. Az aranyóra hosszának növekedésével csökken a valószínűsége, hogy a baba pótlásra szorul a kórházi tartózkodás alatt, illetve nő az esélye a szoptatás kizárólagosságának az intézményben a korai bőrkontaktus pozitívan befolyásolja a szoptatási időszak hosszát és a szoptatás kizárólagosságát (Bramson, és mtsai., 2010).

A tejtermelés két, egymástól eltérő szakasza a tejtermelés beindulása és a tejtermelés fenntartása. Az első szakasz már várandósan kezdetét veszi, a hormonok hatására megváltoznak, tejtermelésre alkalmassá válnak az emlőmirigyek, az anya vérében megjelennek a tejspecifikus összetevők. A tejtermelés a várandósság alatt hormonálisan gátolt, és az is marad, amíg a méhlepény meg nem születik. A méhlepény megszületése után a prolaktinszint emelkedni kezd és a szülést követő 36-96 órával megtörténik a tejbelövellés. A tejtermelés megindulása hormonálisan biztosított függetlenül a szülés időpontjától vagy módjától. A tejtermelés fenntartása viszont már aktív cselekvést igényel: lehetőség szerint a baba igény szerinti és kizárólagos szoptatását.

Az igény szerinti szoptatás azt jelenti, hogy a baba minden jelzésére mellre kerülhet, minden szopási igényét az anyamellen elégítheti ki, míg a kizárólagosság azt, hogy a baba 6 hónapos koráig nem kap mást csak anyatejet az anyukája melléből (Schneiderné Diószegi, 2012). Az anya teste onnan tudja, hogy mennyi tejet kell termelnie, hogy a baba a szoptatásokon keresztül jelzi azt. Igény szerinti szoptatás esetén nem nézzük sem azt, hogy mikor szopott a baba utoljára, sem azt, hogy mennyi ideje szopik már. A prolaktinszint és a szoptatás időtartama összefüggenek. Az oxytocin már a szoptatás első 10 percében pulzálva termelődik és serkentő szerepe van a prolaktin felszabadulásában, azonban a prolaktinszint emelkedése csak a szoptatás 20-30. percében figyelhető meg (Jonas, és mtsai., 2009). Ez nem jelenti azt, hogy minden szoptatásnak legalább 20-30 percig kell tartania, de azt igen, hogy az óra helyett a baba jelzéseihez érdemes igazítani a szoptatások időtartamát. A szoptatás nem etetés, hanem gondozási forma, a biológiai norma. Az anyatej az éhség csillapításán túl oltja a baba szomját, csillapítja a fájdalmát, megnyugtatja őt, segíti a cirkadián ritmusának alakulását, védi a fertőzésektől.
Az aranyórát követően a baba élete első napján sokat alszik, keveset van ébren és csak apró jelekből látható, hogy a felszínes alvás stádiumában tart, ami lehetőséget kínál a megszoptatására. A szülést követő szeparációmentes együttlét során ezek a szoptatások immunanyagokban gazdag folyadékhoz és táplálékhoz juttatják a babát, felgyorsítják a sárgaságért felelős bilirubin távozását, csökkentik a súlyvesztés mértékét, a baba gyakorolhatja a szopást és emelheti a prolatkin, valamint a prolaktinreceptorok számát.

A vajúdás élettani folyamatát, majd a zavartalan aranyórát és azt követő szeparációmentes együttlétet követő szoptatást támogató gyakorlat a rooming in elhelyezés. A közös szoba megteremti az igény szerinti szoptatás körülményeit, az anyának lehetősége van megismerni kisbabája jelzéseit. A tejtermelés hamarabb beindul, bőségesebb lesz, nő a kizárólagosan és hosszan szoptató anyák aránya (Bigelow, és mtsai., 2014).

Bizonyos gyógyszerek, eljárások hatással vannak a fenti folyamatokra és ha nem is leküzdhetetlenek, de megnehezítik a sikeres szoptatás felé vezető utat. Ezek között említhetjük:

- *az anyának adott infúziót*: a plusz folyadék miatt ödémás lehet az anya melle, ellaposodhat a mellbimbója, ami megnehezíti a mellre tapadást. A tejbelövellés késhet, majd a mell túltelítődhet az infúzióban kapott folyadék hatására (Noel-Weiss, Woodend, Peterson, Gibb, & Groll, 2011). A baba születési súlya, és a felesleges víz távozás nyomán az első napok súlyvesztése nagyobb lehet, esetleg meghaladja a 7-10%-ot, ami felesleges aggodalmat okoz az anyának, aláássa kompetenciáját és növeli a tápszeres pótlás valószínűségét.
- *a szintetikus oxytocint*: a centrális oxytocinszintet csökkentő hatása révén valószínűleg csökkenti az anyában a szoptatásra reagáló agyi választ, illetve a méhizomzathoz hasonlóan csökkenti a mell oxytocinreceptorainak az érzékenységét, ezzel gyengébb tejleadóreflexet eredményezve. A baba fejletlen vér-agy gátján átjutó szintetikus oxytocin befolyásolhatja a baba születés utáni szopási viselkedését, a mellhez kúszás ideje megnőhet és az első szoptatás sikere az anyának adott oxytocin mennyiségével fordítottan arányos, gyakoribb a tápszeres pótlás, és a baba 3 hónapos kora előtt befejezett szoptatás (Odent, 2013; Kenkel, Yee, & Carter, 2014; Brimdyr, és mtsai., 2015).
- *az epidurális érzéstelenítést*: az epidurális érzéstelenítés mellett született babák közül kevesebbet szoptattak élete első 4 órájában, ezek a babák gyakrabban kaptak tápszert és a kizárólagos szoptatás aránya a kórház elhagyásakor alacsonyabb volt. Kisebb adag érzéstelenítés mellett nagyobb arányban szoptatták a babákat 6 hetes korukon túl,

illetve az EDÁ-t kapó anyák között gyakrabban fordult elő a szoptatás befejezése az első 6 hónap bármelyik szakaszában és gyakoribbak a szoptatási nehézségek (Henderson, Dickinson, Evans, McDonald, & Paech, 2003; Beilin, és mtsai., 2005; Volmanen, Valanne, & Alahuhta, 2004; Wiklund, Norman, Uvnäs-Moberg, Ransjö-Arvidson, & Andolf, 2009; Buckley, Hormonal Physiology of Childbearing:, 2015).

- *a gátmetszést*: ami a seb fájdalmán keresztül megnehezíti, hogy az anya kényelmes pozíciót találjon magának a szoptatáshoz.
- *a császármetszést*: ahogy láthattuk a szoptatás és a vajúdás érzékeny rendszert alkot, ezért nem mindegy, hogy a császármetszésre mikor kerül sor, az anya vajúdik-e előtte, és ha igen, a vajúdás melyik szakaszáig. Az endorfinszint emelkedése a vajúdással együtt járó folyamatok eredménye, viszont ez császármetszés esetén legalább részben – elektív császármetszés esetén teljesen – elmarad (Dérné Faust, 2019). Az oxytocin-rendszer működése is eltér, ezek pedig hatással vannak a prolaktinra is. Császármetszéssel szült anyák esetén a szoptatás első 10 percében jelentkező oxytocintermelődés, és a 20-30. percben jelentkező prolaktinszint emelkedés elmarad, illetve az szülést követő prolaktinszint is alacsonyabb, mint a hüvelyi úton szült anyák körében (Jonas, és mtsai., 2009). A szülést követő bőrkontaktus és szoptatás császármetszés esetén alig valósul meg, ami további nehézségeket rejt magában: a tejbelövellés később történik meg, a baba gyakrabban kap pótlást, csökken a kizárólagos szoptatás esélye (Stevens, Schmied, Burns, & Dahlen, 2014).
- *az újszülött korai fürdetését*: egy 1000 anya-baba páros vizsgálatával végzett kutatásban a babák egyik csoportját csak a szülést követő 12 órán túl fürdették meg, míg a másik csoportban lévő babákat a születésük után. A szoptatás kevesebb zökkenővel indult a később fürdetett csoportban (DiCioccio, Ady, Bena, & Albert, 2019).
- a *szeparációt*: közvetlenül a szülés után, illetve bármikor a kórházi tartózkodás alatt,
- a szoptatásonként elvárt *mérlegelést:* a napi egy súlymérés helyett
- a kérést, hogy az anyák a gyermekágyas osztályra készüljenek *cumival és cumisüveggel,*
- a *pótlás cumisüvegből* történő adását a szoptatásbarát eszközök helyett,
- a *tévhitekre* alapozott szoptatási tanácsokat.

Ha az anya nem szoptat, azt a szervezet hormonálisan a baba elvesztéseként értelmezheti, ami megnehezíti a kötődés alakulását, a babáról való gondoskodást és növeli a szülés utáni depresszió kockázatát (Crenshaw, 2014; Rados, 2020).

A szoptatás a biológia norma és hibás megközelítés az előnyeit számba venni, mert valójában nem a szoptatásnak vannak előnyei, hanem az anyatejet helyettesítő táplálásnak vannak hátrányai. A nem szoptatott gyermekeknek és édesanyjuknak gyakrabban kell szembenézniük olyan megbetegedésekkel, mint a középfülgyulladás, hasmenés, felső légúti betegség, tüdőgyulladás, asztma, atópiás dermatitisz, elhízás, magas kolleszterinszint, cukorbetegég, nem specifikus gasztroenteritisz, leukémia, hirtelen csecsemőhalál (SIDS), a babát érintően, és a testsúly visszanyerésének nehézsége, 2-es típusú diabétesz, a mell- és petefészekrák, a metabolikus szindróma, szülés utáni depresszió az anyát érintően (Crenshaw, 2014). Ezek az egyént és a családot érintő nehézségeken túl a gazdaság számára is terhet jelentenek, így a megfelelő szoptatástámogatási gyakorlat, a kizárólagosan és hosszan szoptatott gyermekek arányának növelése a teljes társadalmat érintő kérdés.

A Szülészeti Adatbázisban a szoptatástámogatás kapcsán azt láthatjuk, hogy a kórházban szült anyák

- 20%-ától kérték, hogy vigyen magával cumit/cumisüveget a kórházba,
- 51%-ának kellett mérnie a babát szoptatások előtt és után,
- bár az anyák 72%-ának ajánlottak segítséget a szoptatásban és 70%-uknak segítettek a helyes mellre helyezésben,
- az éhségjelekről mindössze 40%-uk kapott tájékoztatást,
- 28%-uknak mutatták meg, hogyan kell kézzel fejni és
- 27%-uk számolt be olyan elvárásról, hogy megmondták, hogy a babának 1-1 alkalommal mennyit kell szopnia.

Arról, hogy a babákat milyen időközönként szoptassák, az anyák 21%-a nem kapott semmilyen információt, 38%-uknak az adott időközönként történő szoptatást javasolták és 41%-uk kapott olyan tanácsot, hogy mindig szoptassa meg a babát, amikor éhesnek látszik. A szoptatás időtartamára vonatkozóan az anyák 34%-ának mondtak pontos időt, 36%-uknak tanácsolták, hogy a baba igényeihez igazítsa a szoptatást, és 30%-uk nem kapott információt erről.

A kérdőívben felsorolt 17 gyakori szoptatással kapcsolatos tévhit közül az anyák 55%-a hallott legalább egyet a kórházi tartózkodása alatt. A 3 leggyakoribb tévhit, amit az anyák hallottak:

- Ne egyen K betűset/tejterméket/stb., mert fájni fog a baba hasa: 49%.
- Ne hagyja sokáig mellen a babát, mert feláztatja a mellbimbót: 38%.
- Ilyen mellbimbókkal nem fog tudni szoptatni, használjon bimbóvédőt: 30%.

Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy az intézmények szoptatástámogatási gyakorlata jelentős korszerűsítésre szorul.

4.2.7. Tájékozott beleegyezés

A tájékozott beleegyezés az egészségügyi ellátásban az önrendelkezés alapja és fontos szerepet játszik a klinikai döntéshozatalban. Ideális esetben az egészségügyi szakember tájékoztatja a beteget, jelen esetben a vajúdó nőt, az általa szükségesnek ítélt beavatkozás okáról, kockázatairól, előnyeiről, hátrányairól, a lehetséges alternatívákról és az anya preferenciáira tekintettel közösen hoznak döntést a következő lépésekről. A szakember és az anya felelőssége közös, mindkettőjüknek vannak kötelezettségei, saját felelőssége, azonban néhány jól körülhatárolt, kivételes helyzetet leszámítva a döntés az anyáé. A szülészeti ellátás etikai normái között olyanokat találunk, mint az anya és a baba legjobb ellátáshoz való joga, az anya joga ahhoz, hogy a döntéshez szükséges minden információt megosszanak vele, és a beleegyezését ez alapján adhassa meg (Szebik, Susánszky, & Rubashkin, 2018).

Az Egészségügyi Törvény (1997. évi CLIV. törvény, 1997) hazánkban is biztosítja ezeket a jogokat és paragrafusaiban kitér

- *az emberi méltóság tiszteletben tartására,*
- *a tájékoztatáshoz való jogra:* a szülő nőnek joga van teljes körű és személyre szabott tájékoztatást kapnia, ami magában foglalja a javasolt beavatkozások, vizsgálatok elvégzésének, illetve elmaradásának kockázatait, előnyeit, alternatíváit és a döntési

jogról való informálást is. A szülő nőnek joga van tovább kérdéseket feltenni, és joga van, hogy az iskolázottságára, életkorára, lelkiállapotára, ismereteire tekintettel kapjon személyre szabott tájékoztatást. A tájékoztatás joga olyan esetben is megilleti, amikor a beavatkozás elvégzésének nem feltétele a beleegyezése.

- *a tájékoztatási kötelezettségre:* amit az anya tájékoztatási jogával párhuzamosan a szakember részére ír elő a törvény, és az előbbieket olyan szempontokkal egészíti ki, mint hogy a tájékoztatás nem helyettesíthető előre elkészített és átadott általános tájékoztatóanyagokkal, illetve a tájékoztatás során ki kell térni a beavatkozások jelentős szövődményeire, lehetséges következményeire is.
- *az önrendelkezésre*: melynek keretében az anya eldöntheti, hogy milyen vizsgálatokat, kezeléseket kíván igénybe venni, és mi az, amit visszautasít. Az anyának joga van részt venni a döntési folyamatban és a beavatkozások elvégzésének feltétele, hogy ahhoz az anya kényszertől, megfélemlítéstől, megtévesztéstől mentes tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja. A korábbi beleegyezés bármikor visszavonható és a beleegyezésre csak abban az esetben nincs szükség, ha a beavatkozás elmaradása mások (ideértve a 24 hetesnél idősebb magzatot is) testi épségét, egészségét súlyosan veszélyezteti, vagy ha az anya életveszélyben van.
- *az ellátás visszautasításának jogára:* ami az előzőhöz kapcsolódva, a kivételek figyelembe vétele mellett megillet mindenkit. Ilyen további kivétel, hogy a várandós anya nem utasíthatja vissza az életmentő vagy életfenntartó beavatkozásokat, ha várhatóan képes a gyermek kihordására.
- a *beavatkozások megválasztásának jogára*: ami a kezelőorvost illeti meg, azonban ennek feltétele, hogy a választott eljárásnak tudományosan megalapozottnak kell lennie, a szülő nőnek a törvény által előírt tájékoztatásban kell részesülnie és a beleegyezését kell adnia, a beavatkozás kockázatának kisebbnek kell lennie a beavatkozás elmaradásának kockázatánál, illetve a kockázat vállalására alapos ok kell, hogy legyen. A beavatkozások során érvényesülnie kell a törvény előírásainak, vagy egyéb szakmai szabályoknak: elsősorban a legfrissebb tudományos bizonyítékokon alapuló szakmai irányelveknek, ezek hiányában széleskörben elfogadott szakirodalmi közléseknek vagy szakmai egyetértésen alapuló ajánlásoknak.

A Szülészeti Adatbázis kérdőívében 23 beavatkozásról, gyógyszerről az anyák nemcsak azt tudják elmondani, hogy előfordult-e a szülésük során, hanem a válaszlehetőségek úgy kerültek megfogalmazásra, hogy az is kiderüljön, az anya kapott-e tájékoztatást, adhatta-e a beleegyezését. A császármetszéssel szült anyák között attól függően, hogy a császármetszésre mikor került sor, ezeknek a kérdéseknek csak egy része merül fel, így az egyes kérdésekre 7-9 ezer anya válaszolt. A kérdőív kitöltőinek ebből a 23 beavatkozásból összesen 74.897-ben volt része.

- Általános jelenségként figyelhető meg az anyai beszámolókban, hogy az egészségügyi szakszemélyzet a beavatkozás, vizsgálat tényének a közlését szánja tájékoztatásnak: „Megnézem, hol tartunk.”, „Infúziót kötök be.”, „Adunk egy kis oxytocint.” Erre a legjellemzőbb anyai reakció, hogy jó. Ritkán kérdeznek vissza a kismamák, még ritkábban utasítják vissza a vizsgálatot, beavatkozást. Ez se a tájékoztatás, se a beleegyezés szempontjából nem felel meg a fenti kritériumoknak, mégis igen gyakori. 17326 (23,1%) esetben választották az ennek megfelelő válaszlehetőséget az anyák.
- 9466 (12,6%) beavatkozásra került úgy sor, hogy az anyának még ennyit se mondtak, ebből adódóan még ennyi beleegyezést sem adhatott, vagyis az anya tájékoztatása és beleegyezése nélkül történtek a dolgok.

- 3313 (4,4%) alkalommal mondták azt az anyák, hogy kaptak tájékoztatást, az alapján a beavatkozást visszautasították, mégis sor került rá.
- 755 esetben fordult elő, hogy az anya határozott tiltakozása ellenére tettek vele valamit

(Pleván, 2021a).

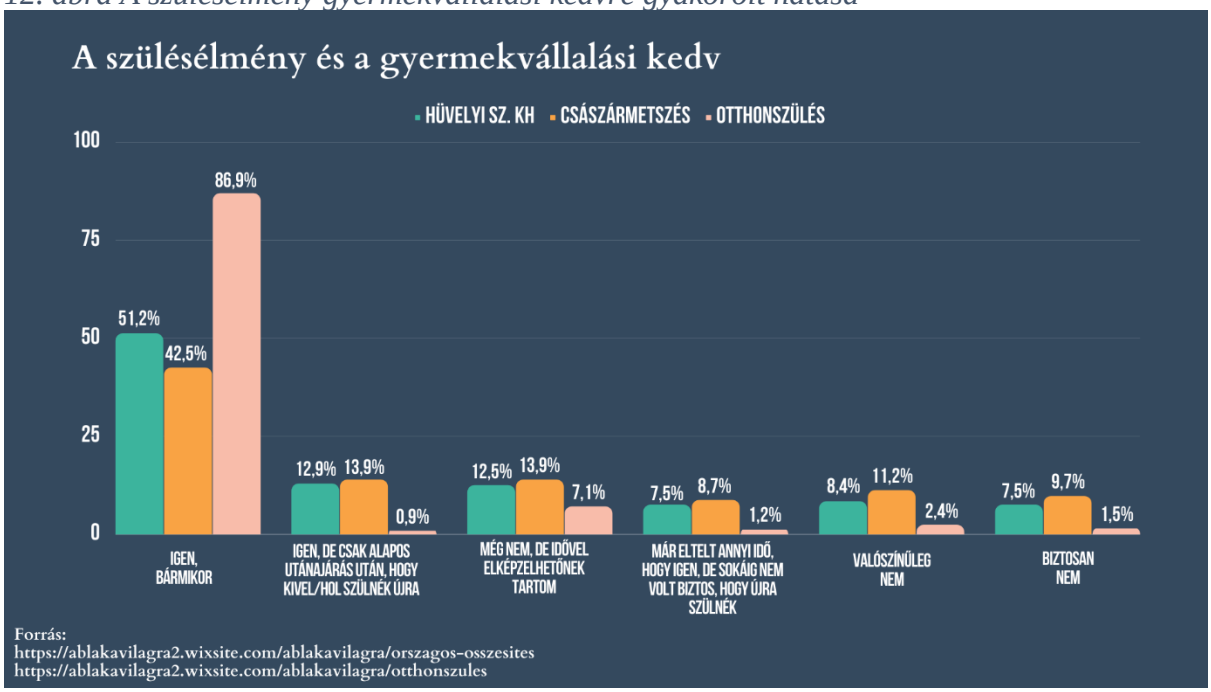
4.2.8. Szülésélmény és gyermekvállalási kedv

A Szülészeti Adatbázis utolsó kérdései a szülést követő anyai tapasztalatokat, érzéseket igyekeznek felmérni. A különböző publikációk mentén lehet és kell is arról vitázni, hogy vajon tényleg akkora kockázatot jelent-e ez vagy az a beavatkozás, illetve meg lehet kérdőjelezni például a vajúdástámogatási technikák létjogosultságát, van azonban valami, amivel nem érdemes és nem is lehet vitatkozni, ezek pedig az érzések. Azt gondolom, hogy minden, ami eddig ebben a dolgozatban felmerült és az a sok minden is, ami terjedelmi korlátok miatt nem kerülhetett most elő, akkor mutatja meg a valódi súlyát, amikor azt vizsgáljuk, hogy az anyák, akik életük meghatározó eseményéről egy ilyen terjedelmes és a szülésüket a számok szintjére csupaszító kérdőívben nyilatkoztak, milyennek élik meg a velük történteket. Ezért a kérdőív legutolsó kérdése a következőképpen hangzik:

Ha a gyermeked születése fölött érzett örömöt és minden egyéb befolyásoló tényezőt is figyelmen kívül hagysz, és csak a szülésed során megélt érzések, tapasztalatok befolyásolnak, vállalnál-e újabb terhességet és szülnél-e újra? (Pleván, 2020a),

A 12. ábra tartalmazza a válaszok megoszlását.

12. ábra A szülésélmény gyermekvállalási kedvre gyakorolt hatása



Vagyis, amíg a tervezetten otthon szült anyák csaknem 90%-a bármikor szülne újra, addig a kórházban hüvelyi úton szült anyák között ez az arány alig haladja meg az 50%, császármetszés

esetén pedig éppen több 40%-nál. A kórházban szült anyák ~40%-a bizonytalan/feltételhez köti/korábban elutasította egy következő várandósság lehetőségét, míg ~10%-uk biztos benne, hogy a szülésélménye alapján nem vállalna újabb terhességet.

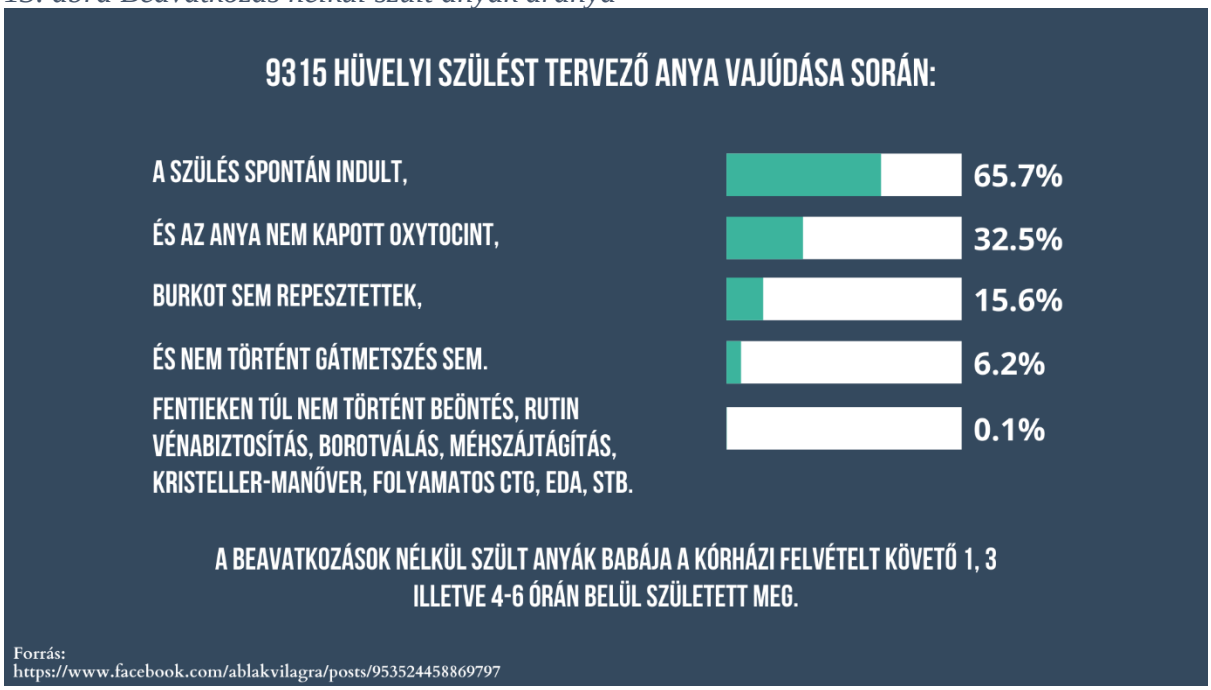
5. Megbeszélés

Az információhoz való hozzáférést nem nevezhetjük könnyűnek. A kérdéseikre választ kereső érdeklődők részéről hosszas utánajárását, kitartó keresését igényel, hogy megtudhassák az egyes kórházakban mire számíthatnak a szülésvezetés, az aranyóra, a gyermekágyas osztály vagy a szoptatástámogatás tekintetében. A kórházak honlapjain nincsenek nyilvános statisztikák és részletes tájékoztatóanyagok, ahogy más könnyen hozzáférhető felületeken sem elérhetőek ezek. A közérdekű adatigénylés hosszadalmas, és a Kanga Egyesületnek küldött válaszok alapján felmerül, hogy nem minden feltett kérdésre érkezik válasz, vagy a válaszok megbízhatósága megkérdőjelezhető. A kismamák, ha tájékozódni szeretnének, egymáshoz fordulhatnak információért. Ennek egyik módja az internetes fórumokon, közösségi médiában indított beszélgetések, míg a másik az anyai tapasztalatok szisztematikus gyűjtését célul kitűző civil kezdeményezések munkájának tanulmányozása, amik jelenleg a korlátjaik mellett is a legrészletesebb és legbiztosabb tájékozódási lehetőséget kínálják.

Végignézve az egyes statisztikákat, elmondhatjuk, hogy magas arányban és gyakran fordulnak elő beavatkozások a szülések során. Nemcsak a K-monitor felmérése, vagy az Ablak a világra adatgyűjtése, de a kórházak által közérdekű adatként kiadott statisztikák is ezt mutatják. Kevés az olyan beavatkozás, amire ritkán kerülne sor, jellemzően 20-30%-os értéktől felfelé találunk adatokat. Ez már 2-3 beavatkozás esetén is azt jelentené, hogy minden szülésnél alkalmaznak legalább 1-et közülük, de a felsorolt lehetőségek ettől sokkal bővebbek, és jóformán nincs olyan szülés, aminek a kísérése során ne történne valamilyen beavatkozás.

A Szülészeti Adatbázis egy nemrégiben készült statisztikája szerint 9315 hüvelyi szülést tervező anya közül mindössze 6-an szültek minden beavatkozás nélkül. Az anyák közül ketten-ketten a kórházba érkezést követő 1, 3, illetve 6 órán belül adtak életet gyermeküknek (Pleván, 2022a). Részletes adatokat a 13. ábra mutat.

13. ábra Beavatkozás nélkül szült anyák aránya



Éles ellentmondás ez ahhoz képest, hogy a WHO a bábai gondozás ajánlott mértékét 80% körüli értékben határozza meg (Novák, 2019), illetve ahhoz mérten is, hogy neves szülészeti szakemberek álláspontja szerint a szülések 85-95%-a mindenfajta beavatkozás nélkül lezajlana, ha a szüléseket bábai, holisztikus szemléletben kísérnék (Gaskin, 2015). Alátámasztják ezt az állítást azok a kutatási eredmények, amelyek a tervezett otthonszülések eredményeit vetik össze a kórházi szüléseékével, a bábapraxisok elérhető statisztikái, illetve nemzetközi adatok is.

Hollandiában az otthonszülés a társadalombiztosító által finanszírozott szülési helyszín és például Magyarországgal ellentétben az anyának akkor kell fizetnie, ha orvosi indikáció hiányában szeretne intézményben szülni. A szüléseknél az esetek zömében a kórházakban is szülésznők vannak jelen, és a szülőszobára orvos csak abban az esetben lép, ha a szülésznő odahívja őt. Hollandiában a császármetszés aránya 2013-ban 15,6% volt és általában elmondható, hogy azokban az országokban, ahol a várandósgondozás és az élettani szülések kísérése szülésznői kompetencia, ritkábban kerül sor császármetszésre. Finnországban 15,8%, Norvégiában 16,5%, Izraelben 15,4% volt a császármetszés aránya 2013-ban, míg Magyarországon 35,3%, Szlovákiában 30,7%, Lengyelországban 34,6% (OECD, 2015). A Gaskin vezette Farmon a császármetszés aránya 1,7% (Gaskin, 2015), a hazai Életfa Bábapraxissal szült anyák között 3,23% (Életfa Bábapraxis, 2022).

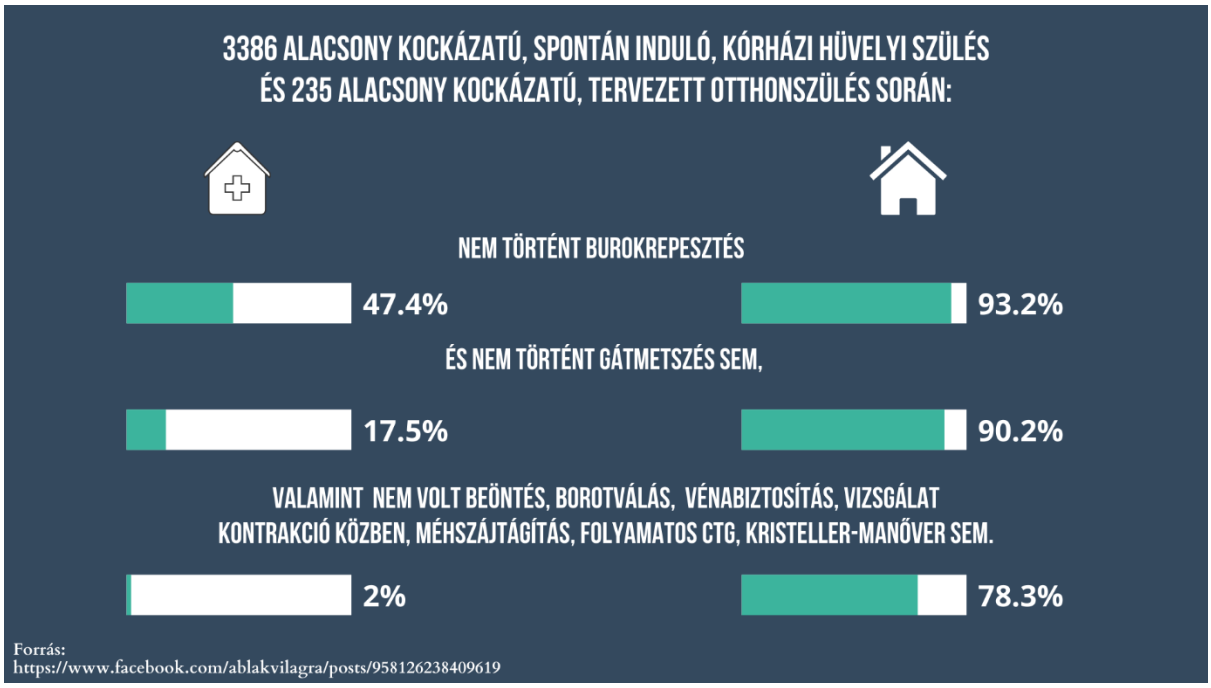
Hazánkban az otthonszülést szabályozó rendelet szigorúbbnak mondható az átlagosnál és amíg más országokban (Hollandia, Anglia) az anyai kompetenciában bízva olyan esetekben is szülhet az anya otthon, amikor a szakemberek inkább a kórházi szülést javasolják, addig nálunk ikreket, medencevégű fekvésben lévő babát, vagy császármetszést követően nem lehet otthon szülni. Pontosabban lehet, mert az anya a szülés helyszínét maga választhatja meg, azonban azokban az esetekben, amikor a rendelet kizárja az otthonszülés lehetőségét, szakszemélyzet nem lehet jelen az anya mellett, ha mégis otthon szül (35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól, 2011). Valószínűleg ezek miatt a korlátok miatt is hangzik el sokszor, hogy az otthonszülések során azért lehet ilyen alacsony a császármetszés frekvencia és az egyéb beavatkozások aránya, mert csak

komplikációmentes várandósság esetén szülhetnek otthon az anyák. Ez kétségkívül közrejátszik ebben, de érdemes azt is figyelembe venni, hogy a szülések többsége nem magas rizikójú, és a szülések többségében nem áll fenn olyan körülmény, ami szoros orvosi felügyeletet és intézményi körülményeket kívánna. Ezen túlmenően jó azt is tisztázni, hogy a magas rizikójú csoportba sorolt várandósoknak is 2 csoportja van. A csoport egyik feléről biztosan tudjuk, hogy számukra megfelelőbb szülési helyszín a kórház, például az anya cukorbetegsége vagy magas vérnyomása esetén. Azonban a csoport másik felénél ez nem ennyire egyértelmű, például a terület nehezen kutathatósága miatt, viszont óvatosságból – épp azért, amiért keveset tudunk – az anyákat magas rizikóba sorolják. Mivel az otthonszülésekről szóló kutatások maguk is jellemzően az alacsony rizikóba sorolt kismamákkal készülnek, nehéz összehasonlítást végezni, nemrégiben azonban megjelent egy kutatás, ami kifejezetten magas kockázatú várandósok otthonszüléseit helyezte a fókuszába. Érthetően, amikor az alacsony és magas rizikójú otthon szült várandósok szüléseit hasonlították össze, akkor az utóbbi csoportban kevésbé kedvező eredményeket kaptak, azonban amikor a kórházban magas rizikóval szült anyák csoportjával vetették össze a magas rizikóba sorolt otthon szült anyákat, akkor azt találták, hogy otthon kevesebb beavatkozás történt a szülések során, a mortalitási és morbiditási adatok kedvezőbbek voltak, a szülések nagyobb aránya zajlott le eseménytelenül és kevesebb babát vettek fel 48 órán belül, 48 óránál hosszabb időre az újszülött intenzív osztályra (Li, és mtsai., 2015).

Alacsony kockázatú otthon szült várandósok között a kutatási eredményeket úgy foglalhatjuk össze, hogy miközben sem az anyát, sem a babát érintő kockázatok nem magasabbak a kórházi szülésekhez képest, addig a szülések kevesebb beavatkozással (oxytocin, epidurális érzéstelenítés, szülésbefejező műtétek, császármetszés) és nagyobb anyai elégedettség mellett zajlanak le a tervezett otthonszülések során (Reitsma, Simioni, Brunton, Kaufman, & Hutton, 2020; Homer, és mtsai., 2019; Halfdansdottir, Smarason, Olafsdottir, Hildingsson, & Sveinsdottir, 2015; de Jonge, és mtsai., 2015).

A Szülészeti Adatbázisban is találunk statisztikát (14. ábra), ahol az alacsony rizikójú várandósok kórházi és tervezett otthonszülései kerülnek összehasonlításra. A spontán induló kórházi szülések 17,5%-ában nem történt sem burokrepesztés, sem gátmetszés, míg az otthonszülések során 90,2% ez az arány (Pleván, 2022b).

14. ábra Alacsony kockázatú kórházi és tervezett otthonszülések összehasonlítása a beavatkozások mentén



Az eltérések okát keresve, ahogy ez a számokból, kutatási eredményekből is látszik, nem állhatunk meg az rizikóbesorolásoknál és meg kell látnunk, hogy a helyszínen túl van valami más is, ami különbözik, valami, ami magyarázatot ad. Nem megalapozott azt gondolnunk, hogy a holland nők teste jobban működik, mint a magyar nőké, és nincs okunk azt feltételezni, hogy akik otthon szülnek akár az Egyesült Államokban, akár Magyarországon, azoknak alkalmasabb a teste a beavatkozások nélküli hüvelyi szülésre, mint azoké az anyáké, akik kórházban adnak életet gyermeküknek. Meglátásom szerint az eltérés nem a nőkben, hanem a szemléletben, a szülésről való gondolkodásban, a szülő nőhöz és gyermekéhez való hozzáállásban, vagyis a szüléskultúrában keresendő.

Szüléskultúra alatt értjük a különböző korszakok szülésről való társadalmi gondolkodását, ami a szocializáció részeként gyermekkortól kezdődően formálódik, és meghatározza, hogy a közösség milyen viselkedést vár el az anyától, az apától, valamint a szűkebb és tágabb környezetüktől (Kisdi, 2019). Napjaink 2 uralkodó szüléskultúrája a modern és a postmodern szüléskultúra.

A modern szüléskultúra az orvostudományon belüli szülészeti ellátást jelenti, ahol a szülések minél inkább standardizáltak, medikalizáltak. A modern szüléskultúra a technokrata szülésmodell keretében a perinatális sérülések és halálozások érdekében szigorú kereteket állít fel, meghatározza, hogy az anyának, hol, mennyi időn belül, hogyan kell világra hoznia gyermekét. A technokrata modell hierarchikus, technologizált és bár tudományalapú, a szülészeti ellátás során az evidencia alapú kutatási eredményekre alapozott irányelvek kevésbé jellemzőek (Olatunbosun, Edouard, & Pierson, 1998). Szemlélete szerint az anyai és magzati perinatális halandóság jelentős csökkenése kizárólag a medikalizációnak köszönhető, és ezzel figyelmen kívül hagy az orvostudomány fejlődésén kívül minden jelentős változást, ami az 1900-as években lezajlott: a társadalmi változásokat, a családszerkezet átalakulását, a higiéniai viszonyok, az infrastruktúra, az információhoz való hozzáférés, a táplálkozás és az általános egészségi állapot változásait is. A várandósságot betegségként kezeli, ebből fakadóan a

szülészeti ellátás betegségközpontú. Mivel az anyát nem tekinti sem partnernek, sem kompetensnek a terhességével, szülésével, újszülöttjével kapcsolatos kérdésekben, az irányítást tőle átvéve, mintegy gyermekként terelgeti őt végig az anyává válás útján (Bálint, 2019). Az anya alárendelt szereplője a folyamatnak, akinek nem szükséges részletes tájékoztatást kapnia és akinek nem kell részt vennie a döntésekben. A szülő nőt tárgyiasította, az egészségügyi szakszemélyzettől nem várja el, hogy az anya mentális jóllétével is foglalkozzon (Bödecs, 2019). A szülést és a szülésznő munkáját is a szülészorvos irányítja. A szülésének a nő nem aktív résztvevője, hanem csak passzív elszenvedője, aki nem rendelkezik a teste feletti kontrollal. A medikalizált szülések vezetése során mindennek megvan a rendje, a maga helye és ideje, a rendszer csak a keretek tartása mellett működőképes, ezért az egyéni eltéréseket és egyéni szükségleteket nem vagy alig tudja figyelembe venni.

A postmodern szüléskultúra a modern szüléskultúrából fejlődött, ahogy az orvoslásba beszivárgott annak magatartástudományi szemlélete (Kisdi, 2019). A postmodern szüléskultúra a mindenki számára egyforma keretek helyett a személyre szabott gondoskodásra fókuszál, a szülés természetes folyamatát támogatja, nem használ rutin beavatkozásokat, csak az adott helyzetben orvosilag indokolt eljárásokat alkalmazza. A legfrissebb kutatási eredményeket azonnal beépíti a működésébe és ezeket nem az addigi munkája kritikájaként fogja fel, hanem fejlődési lehetőségként tekint rájuk. Tudja, hogy a test harmonikus működése felbomolhat, de nem abból indul ki, hogy alapvetően rosszul működik. Az élettani folyamatok támogatására törekszik. Nem veti el az orvostudomány vívmányait, azonban használatukat a helyzet diktálta szükségletekhez igazítja. Világképe holisztikus, innen is kapta holisztikus szülésmodell elnevezését, de szokás bábai modellnek is hívni. A testet és a lelket egységként kezeli, és a várandósság, szülés, gyermekágy szakaszaira is egységként tekint, az anyára a szülés aktív résztvevőjeként gondol, a szülő nőt partnerként kezeli (Bödecs, 2019). A bábai gondozás alapelve, hogy a várandósság és a szülés az élet normál folyamatai. Az anyát teljes körűen tájékoztatják és tiszteletben tartják döntéseit. A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tudnivalókon túl informálják az anyát az egészséges életmóddal, táplálkozással kapcsolatos kérdésekben is, és figyelmet fordítanak az öngondoskodással kapcsolatos információkra is, ami nagymértékben hozzájárulhat az anya szubjektív jóllétéhez. Az ellátás mindig személyre szabott, gondolkodása nőközpontú, a bánásmód alapja a tisztelet. A bábák az élettani szülés szakértő, tapasztalataiknak köszönhetően már a korai jeleket észlelik, amikor a vajúdás letér a normál pályájáról, így idejében meg tudják tenni a szükséges lépéseket. Bíznak a női testben, nem „oldják meg” a szülést az anya helyett, nem veszik el tőle a „munkát”, viszont támogatják, bátorítják őt, kísérik az úton és megteremtik azokat a körülményeket, amik mellett az anya a saját erejéből képes világra hozni a gyermekét (Citizens of Midwifery, 1996).

A statisztikák alapján a hazai intézményi szülészeti ellátásra a dominánsan a technokrata szülésmodell jellemző. A dolgozatban felsorakoztatott kutatási eredmények és statisztikák összevetése az egyes beavatkozások túlhasználatára, és az ebből fakadó többlet kockázatokra, valamint az optimálisnak ítélt szülés alatti és szülést követő jógyakorlatok alacsony arányára hívják fel a figyelmünket.

6. A dolgozat erősségei és korlátai

A téma összetett, szerteágazó és a terjedelmi korlátok miatt nem eshet mindenről és kellő részletességgel szó. A dolgozat így csak betekinteni enged a szülészeti ellátás egyes momentumaiba, azonban az egyes témák maguk is megérdemelnék az alapos kifejtést.

Nem állnak rendelkezésünkre hivatalos adatok, ezért a magyarországi szülészeti ellátásról annyit tudhatunk, amennyit az anyák beszámolóiból ismerünk. Az Ablak a világra – Szülészeti Adatbázis projekt nyilvános adatait nem tudjuk reprezentativitás és demográfiai összetétel szerint vizsgálni, és nem tudunk részletes összehasonlításokat végezni például a fogadott vagy ügyeletes orvossal történő szülésekre, vagy az alacsony és magas rizikójú várandósok között. Ezeket, illetve a Szülészeti Adatbázis adatainak egyéb elemzését a vizsgálat post hoc jellege miatt az etikai bizottság nem engedélyezte, viszont ezek a „vakfoltok" későbbi kutatások tárgyát képezhetik.
A Szülészeti Adatbázis adatainak további korlátja, hogy az adatgyűjtés online kitölthető kérdőívvel zajlik és a kérdőív az átlagosnál több kérdést tartalmaz. Az online elérhetőség és a közösségi médiában való terjedés miatt előfordulhat, hogy elsősorban olyan édesanyákhoz jut el, akik amúgy is érdeklődnek a szülés témája iránt, illetve hasonló élménnyel rendelkeznek a szülésükről, valamint hasonló társadalmi körbe tartoznak.
Bár a kérdőív kitöltőnek 75%-a 2017-2020-ban szült és az adatfelvétel 2019 és 2020-ban történt a szülés óta eltelt idő befolyásolhatja az emlékeket, illetve a szülés módosult tudatállapotában nem biztos, hogy minden emlék pontosan megmaradt.

A dolgozat erőssége az anyai tapasztalatok magas száma, ami, ha az éves, nagyságrendileg 90.000-es születésszámot nézve nem tűnik soknak, a maximum néhány száz fővel készülő felmérésekhez képest jelentős információs bázis. A tervezett otthonszülések bemutatására használt statisztikák pedig a 2021-2020-ban tervezetten otthon szült anyák 16,6%-ának tapasztalatait mutatják be.
Az adatgyűjtésen keresztül a szülészeti ellátás olyan területeire láthatunk rá, amikről korábban semmilyen információval nem rendelkeztünk, így az érzések, feltételezések helyét kézzelfogható és objektív információk vehetik át még a mintavételi torzítások lehetősége mellett is. Bár az adatgyűjtés célja az anyai tájékozódás segítése, az ismeretlen kórházi protokollok ismertté tétele volt, a dolgozaton keresztül látható, hogy ettől sokkal több potenciál rejlik benne és a szakemberek számára is értékes információkkal szolgálhat.

7. Összefoglalás

A szülészeti ellátás témája iránt érdeklődők számtalan kezdeményezést, ajánlást találnak. A WHO és az UNICEF Bababarát Kórház programjától a Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezésen át az Anyabarát kórházakig sok szervezet igyekszik felhívni a figyelmet a szülés-születés minőségének jelentőségére, a változás szükségességére. Sok köztük a hasonlóság, mégsem könnyű az eligazodás a témában, de ha szeretnénk, hogy a hazai szülészeti ellátás kevésbé legyen medikalizált talán nem is ezekkel kell kezdeni, hiszen van valami, ami magyar, és évtizedek óta rendelkezésre áll, és ha már csak annyi – ami nem is olyan kevés – megvalósulna, mint amennyi abban le van írva, garantáltan több anya mondaná, hogy a szülésélménye alapján bármikor szülne újra. Ez a dokumentum pedig nem más, mint az 1997-ben megjelent Egészségügyi Törvény. Benne van minden szükséges alap ahhoz, hogy a szülések anya-baba-családbarát irányba változhassanak, hogy kevesebb felesleges beavatkozás történjen, hogy csökkenjen a császármetszések aránya és kevesebb anya távozzon feldolgozásra váró negatív szülésélménnyel az intézményekből. Az Egészségügyi Törvény elvárja az objektív, befolyásolástól mentes tájékoztatást, döntési jogot ad, tiszteletben tartja az önrendelkezést, tudományos bizonyítékokon alapuló ellátást vár el és működő minőségbiztosítási rendszert. A benne foglaltak megvalósítása az oktatás reformján, a továbbképzések szervezésén és a finanszírozás átalakításán túl ideális esetben a szupervíziós

lehetőségek megteremtését és a kiégés prevenciót is magával hozná, illetve segítene méltó helyére emelni a tervezetten, szaksegítséggel történő otthonszülést.

8. Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Dr. Kekecs Zoltánnak építő jellegű javaslataiért és támogatásáért. Sokat tanultam tőle a konzultációk során.

Köszönöm Prof. Dr. Varga Katalinnak és Dr. Andrek Andreának, hogy bizalmat szavaztak és bekerülhettem a képzésbe.

Hálás vagyok az édesanyáknak, akik időt szántak rá és kitöltötték a kérdőívemet, hogy a tapasztalataik által képet kaphassunk a hazai szülészeti ellátásról.

Hivatkozások

1997. évi CLIV. törvény 119 §. (1997). Letöltés dátuma: 2022. 04 06, forrás: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv

1997. évi CLIV. törvény 121 §. (1997). Letöltés dátuma: 2022. 04 06, forrás: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv

1997. évi CLIV. törvény 129 § . (1997). Letöltés dátuma: 2021. 11 16, forrás: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv

1997. évi CLIV. törvény. (1997). Letöltés dátuma: 2022. 04 06, forrás: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv

35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól. (2011). Letöltés dátuma: 2021. 11 17

ÁEEK. (dátum nélk.). *Bizonyítékon Alapuló Orvoslás (BAO)*. Letöltés dátuma: 2021. 03 20, forrás: Állami Egészségügyi Ellátó Központ Egészségtudományi Fogalomtár: https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Bizony%C3%ADt%C3%A9kon_Alapul%C3%B3_Orvosl%C3%A1s_(BAO)

Andersson, O., & Mercer, J. S. (2021). Cord Management of the Term Newborn. *Clinics in Perinatology, 48*(3), 447-470.

Annibale, D. J., Hulsey, T. C., Wagner, C. L., & Southgate, W. M. (1995). Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 149*(8), 862-867.

Baji, P., Rubashkin, N., Szebik, I., Stoll, K., & Vedam, S. (2017). Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *189*, 86-95.

Bálint, B. (2019). Családközpontú szülészet, avagy hogyan fér meg egymás mellett a természetes szemlélet és az orvosi biztonság. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 240-255). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Beilin, Y., Bodian, C. A., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feierman, D. E., . . . Holzman, I. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology, 103*(6), 1211-1217.

Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. (2014). Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(1), 35-42: quiz 108.

Bergman, N. J. (2014). The neuroscience of birth – and the case for Zero Separation. *Curationis, 37*(2).

Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., & Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 21*(2), 98-113.

Betrán, A., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A., & Torloni, M. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS one, 11*(2).

Bigelow, A. E., Power, M., Gillis, D. E., Maclellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2014). Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infants' first three months. *Infant Mental Health Journal, 35*(1), 51-62.

Boere, I., Roest, A. a., Wallace, E., Harkel, A. D., Haak, M. C., Morley, C. J., . . . Pas, A. B. (2015). Umbilical blood flow patterns directly after birth before delayed cord clamping. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, 100*(2), F121-F125.

Bödecs, P. (2019). A szülés technokrata, humanisztikus és holisztikus szemlélete. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 215-220). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Bramson, L., Lee, J., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. (2010). Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association, 26*(2), 130-137.

Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A.-M., Svensson, K., & Phillips, R. (2019). The effect of labor medications on normal newborn behavior in the first hour after birth: A prospective cohort study. *Early Human Development, 132*, 30-36.

Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A.-M., Svensson, K., Neumann, M., Hart, E., . . . Phillips, R. (2015). The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth, 42*(4), 319-328.

Bryanton, J., Fraser-Davey, H., & Sullivan, P. (1994). Women's Perceptions of Nursing Support during Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 8*, 638-644.

Buckley, S. J. (2005). *Epidurals: risks and concerns for mother and baby*. Letöltés dátuma: 2022. 01 28, forrás: sarahbuckley.com: https://sarahbuckley.com/epidurals-risks-and-concerns-for-mother-and-baby/

Buckley, S. J. (2015). Hormonal Physiology of Childbearing:. *Childbirth Connection*.

Burrows, L. J., Meyn, L. A., & Weber, A. M. (2004). Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology, 103*(5 Pt 1), 907-912.

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., . . . Widström, A.-M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth (Berkeley, Calif.), 36*(2), 97-109.

Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2007). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *International Breastfeeding Journal, 2*, 9.

Champagne, F. A., & Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 33*(4), 593-600.

Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr, 84*(5), 468-473.

Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., . . . Winberg, J. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr, 81*(6-7), 488-493.

Citizens of Midwifery. (1996). *A gondoskodás bábai modellje.* Letöltés dátuma: 2020. 11 25, forrás: Holdudvar Bábaház: http://holdudvar.babahaz.hu/babai_modell.htm?fbclid=IwAR3BFHgxzMVhxjjznNKcl6g5JjmuTg3DQDwxiod8aiDGvda4pjrojLTm1tM

Clark, S. L., Simpson, K. R., Knox, G. E., & Garite, T. J. (2009). Oxytocin: new perspectives on an old drug. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 200*(1), 35.e1-6.

Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education, 23*(4), 211-217.

Csákány, M. G. (2007). Él−e még a Tauffer−statisztika? Ha igen, mi ez, és mi haszna? *Magyar Orvos, 15*, 33-35.

Csákány, M. G. (2010). A szülészeti adatszolgáltatás helyzete hazánkban. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 12*(2), 54-58. Forrás: Medicalonline: http://medicalonline.hu/nogyogyaszat/cikk/a_szuleszeti__adatszolgaltatas_helyzete_hazankban

Csákány, M. G. (2011). Tauffer szülészeti regiszter. *Szakmai regiszterek HIS integrációja Workshop Bp 2011.10.28.* Letöltés dátuma: 2022. 03 20, forrás: http://www.kardio.hu/feltoltott/egyeb/fajl_20111181457101_7_tauffer.pdf

Csákány, M. G. (2019). Császármetszés Magyarországon Sok vagy kevés? Miért. *18. Tauffer Vilmos Konferencia - Várandósság és szülés 2019 - Az élet első napjai*.

Csákány, M. G. (2022). Személyes közlés.

Dahlen, H. G., Kennedy, H. P., Anderson, C. M., Bell, A. F., Clark, A., Foureur, M., . . . Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses, 80*(5), 656-662.

Dahlen, H., Thornton, C., Downe, S., Jonge, A., Seijmonsbergen-Schermers, A., Tracy, S., . . . Peters, L. (2021). Intrapartum interventions and outcomes for women and children following induction of labour at term in uncomplicated pregnancies: a 16-year population-based linked data study. *BMJ Open, 11*(6), e047040.

de Chateau, P. (1980). Early Post-Partum Contact and Later Attitudes. *International Journal of Behavioral Development, 3*(3), 273-286.

de Jonge, A., Geerts, C., van der Goes, B., Mol, B., Buitendijk, S., & Nijhuis, J. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122*(3), 720-728.

Dérné Faust, I. (2019). A szülés neuroendokrinológiája. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 232-239). Budapest: Medicina Könyvkidadó Zrt.

DiCioccio, H., Ady, C., Bena, J., & Albert, N. (2019). Initiative to Improve Exclusive Breastfeeding by Delaying the Newborn Bath. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 48*(2), 189-196.

Drandic, D. (2017). Master's study and resarch funding Proposal. Letöltés dátuma: 2022. 04 02, forrás: https://twitter.com/danieladrandic/status/932974403989721088

Dupont, C., Carayol, M., Le Ray, C., Deneux-Tharaux, C., & Riethmuller, D. (2017). Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Guidelines short text. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 6*, 539-543.

Életfa Bábapraxis. (2022). *Statisztikáink*. Letöltés dátuma: 2022. 04 07, forrás: otthonszulest.eu/statisztika: https://otthonszules.eu/statisztika/

EMMI. (2013). 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint azezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól 1 § .

EMMI. (2019). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról. Letöltés dátuma: 2020. 02 01, forrás: https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

ESZK. (dátum nélk.). *Szakmai Irányelvek*. Letöltés dátuma: 2022. 03 20, forrás: Egészségügyi Szakmai Kollégium: https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index

Evans, J. J. (1997). Oxytocin in the human--regulation of derivations and destinations. *European Journal of Endocrinology, 137*(6), 559-571.

Field, M. J., & Lohr, K. N. (szerk.). (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program.* Washington, D.C.: National Academies Press.

Garai, M. (2016. 05 18). Szülészeti erőszak és kommunikációs bázisa. *Az erőszak és az ellenségkép-képzés diszkurzív stratégiái és társadalmi gyakorlata című konferencia*. Letöltés dátuma: 2022. 03 07, forrás: https://m.facebook.com/nt/screen/?params=%7B%22note_id%22%3A663065754647317%7D&path=%2Fnotes%2Fnote%2F&_rdr

Gaskin, I. M. (2015). *Útmutató szüléshez.* Budapest: Jaffa Kiadó.

Giltidiszné Gyetván, K., Schneiderné Diószegi, E., & Molnár, J. E. (2019). A gyermekágyas időszak testi és lelki történései. In K. Varga, A. Andrek , & J. E. Molnár , *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 286-296). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Gottval, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 109*(3), 254-260.

Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth (Berkeley, Calif.), 30*(4), 235-247.

Grivell, R., & Dodd, J. (2011). Short- and long-term outcomes after cesarean section. *Expert Review of Obstretrics and Gynecology, 6*(2), 205-215.

Gu, V., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., Robins, S., Mackinnon, A., . . . Zelkowitz, P. (2016). Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. *Birth (Berkeley, Calif.), 43*(1), 28-35.

Halfdansdottir, B., Smarason, A. K., Olafsdottir, O. A., Hildingsson, I., & Sveinsdottir, H. (2015). Outcome of Planned Home and Hospital Births among Low-Risk Women in Iceland in 2005–2009: A Retrospective Cohort Study. *Birth, 42*(1), 16-26.

Hall, M., & Bewley, S. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *The Lancet, 354*(9180), 776.

Haverkamp, A. D., Thompson, H. E., McFee, J. G., & Cetrulo, C. (1976). The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 125*(3), 310-320.

HBCS. (dátum nélk.). *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról*. Letöltés dátuma: 2022. 03 20, forrás: HBCS Audit: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2981/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_%20csecsemo.pdf

Héjja-Nagy, K. (2019). Anyai élmények, módosult tudatállapotok a várandósság és szülés-születés körül. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár (szerk.), *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 115-124). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Henderson, J. J., Dickinson, J. E., Evans, S. F., McDonald, S. J., & Paech, M. J. (2003). Impact of intrapartum epidural analgesia on breast-feeding duration. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 43*(5), 372-377.

Hildingsson, I., & Karlström, A. (2011). Women's experiences of induction of labour--findings from a Swedish regional study. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 51*(2), 151-157.

Hodnett, E. D., Gates, S., & Hofmeyr, G. J. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).

Homer, C. S., Cheah, S. L., Rossiter, C., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Foureur, M. J., . . . Scarf, V. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 – 2012: a linked population data study. *BMJ Open, 9*(10), e029192.

Huhn, K. A., & Brost, B. C. (2004). Accuracy of simulated cervical dilation and effacement measurements among practitioners. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191*(5), 1797-1799.

ICAN. (2016). *A Breakdown of Risk: Comparing VBAC & Repeat Cesarean*. Letöltés dátuma: 2020. 02 15, forrás: ICAN-Online: https://www.ican-online.org/blog/2016/10/day-21-a-breakdown-of-risk-comparing-vbac-repeat-cesarean/

ICAN. (dátum nélk.). *Cesarean vs. VBAC.* Letöltés dátuma: 2022. 04 05, forrás: ican-online.org: https://www.ican-online.org/education/

ICI. (2018). *12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátásért.* Letöltés dátuma: 2022. 03 20, forrás: Másállapotot a szülészetben: http://masallapotot.hu/wp-content/uploads/2020/01/ICI-full-hun.pdf

Így szültem. (2020). *A kutatásról*. Letöltés dátuma: 2022. 03 22, forrás: igyszulem.hu: https://www.igyszultem.hu/#/page/a-kutatasrol

Jobbulást Alapítvány. (2020). *Vélemények*. Letöltés dátuma: 2022. 03 22, forrás: jobbulast.info.hu: https://jobbulast.info/

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives, 3*(1), 11-20.

Jonas, W., Johansson, L. M., Nissen, E., Ejdebäck, M., Ransjö-Arvidson, A. B., & Uvnäs-Moberg, K. (2009). Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 4*(2), 71-82.

Kanga Egyesület. (2017). *Szülészetválasztó 2016*. Letöltés dátuma: 2022. 03 22, forrás: www.zsebinet.hu: https://zsebinet.hu/

Keefe, M. R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research, 36*(3), 140-144.

Kenepp, N. B., Shelley, W., Gabbe, S. G., Kumar, S., Stanley, C. A., & Gutsche, B. B. (1982). Fetal and neonatal hazards of maternal hydration with 5% dextrose before caesarean section. *The Lancet, 319*(8282), 1150-1152.

Kenkel, W. M., Yee, J. R., & Carter, C. S. (2014). Is oxytocin a maternal-foetal signalling molecule at birth? Implications for development. *Journal of Neuroendocrinology, 26*(10), 739-749.

Kisdi, B. (2019). A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elmezése. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 74-89). Budapest: Medicina Kiadó Kft.

Kitzinger, S. (2008). *A szülés árnyékában - Katarzás vagy krízis?* Budapest: Alternatal Alapítvány.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Li, Y., Townend, J., Rowe, R., Brocklehurst, P., Knight, M., Linsell, L., . . . Hollowell, J. (2015). Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at 'higher risk' of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122*(5), 741-753.

Lif Holgerson, P., Harnevik, L., Hernell, O., Tanner, A. C., & Johansson, I. (2011). Mode of Birth Delivery Affects Oral Microbiota in Infants. *Journal of Dental Research, 90*(10), 1183-1188.

Lippert, T. H., Mueck, A. O., Seeger, H., & Pfaff, A. (2003). Effects of oxytocin outside pregnancy. *Hormone Research, 60*(6), 262-271.

Lockwood, C. J. (2004). The initiation of parturition at term. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 31*(4), 935-947, xii.

Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., . . . WHO. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet, 375*(9713), 490-499.

Mercer, J., Erickson-Owens, D., Deoni, S., Dean, D., Collins, J., Parker, A., . . . Padbury, J. (2018). Effects of Delayed Cord Clamping on 4-Month Ferritin Levels, Brain Myelin Content, and Neurodevelopment: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pediatrics, 203*, 266-272.e2.

Merényi, M. (2020). *A szülések 68 százalékánál fizetnek hálapénzt*. Letöltés dátuma: 2022. 03 23, forrás: k.blog.hu: https://k.blog.hu/2020/12/16/igyszultem-elemzes

Miteniece, E., Pavlova, M., Rechel, B., & Groot, W. (2017). Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: A systematic literature review. *Social Science & Medicine (1982), 177*, 1-8.

Molina, G., Weiser, T., Lipsitz, S., Esquivel, M., Uribe-Leitz, T., Azad, T., . . . Haynes, A. (2015). Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA, 314*(21), 2263-2270.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003519.pub3. doi:https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub3

Morley, G. K., Mooradian, A. D., Levine, A. S., & Morley, J. E. (1984). Mechanism of pain in diabetic peripheral neuropathy: Effect of glucose on pain perception in humans. *The American Journal of Medicine, 77*(1), 79-82.

Morrison, J. J., Rennie, J. M., & Milton, P. J. (1995). Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 102*(2), 101-106.

NEAK. (2022). Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya. Letöltés dátuma: 2022. 04 03, forrás: http://www.neak.gov.hu//data/cms1025544/Szules_csaszarmetsz_2015_2021_fin_ev.pdf

NEAK. (dátum nélk.). *Szakmai irányelvek*. Letöltés dátuma: 2021. 03 20, forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/szakmai_iranyelvek

Neu, J., & Rushing, J. (2011). Cesarean versus Vaginal Delivery: Long term infant outcomes and the Hygiene Hypothesis. *Clinics in perinatology, 38*(2), 321-331.

Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth, 25*(3), 114-121.

Noel-Weiss, J., Woodend, A. K., Peterson, W. E., Gibb, W., & Groll, D. L. (2011). An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. *International Breastfeeding Journal, 6*(1), 9.

Noll, A. N. (2005). *Ajtóstól az Élet kapuján át - Gondolatok a gátmetszésről*. Letöltés dátuma: 2021. 10 18, forrás: Holdudvar Bábaház: http://holdudvar.babahaz.hu/gatmetszes.htm

Noll, A. N. (2017). *Vajúdástámogatás mindenkinek.* Budapest: Jaffa Kiadó.

Novák, J. (2019). Szülés/születés Magyarországon a 20. századtól napjainkig. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 200-214). Budapest: Medicina Kiadó Zrt.

O'Neill, S. M., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Khashan, A. S., Henriksen, T. B., Lutomski, J. E., & Greene, R. A. (2013). Caesarean Delivery and Subsequent Stillbirth or Miscarriage: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE, 8*(1), e54588.

Odent, M. (2004). *A császármetszés.* Budapest: Napvilág Születésház.

Odent, M. (2013). Synthetic oxytocin and breastfeeding: Reasons for testing an hypothesis. *Medical Hypotheses, 81*(5), 889-891.

OECD. (2015). Caesarean sections. *Health at a Glance 2015, OECD Indicators, OECD Publishing*. doi:https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-37-en

Olatunbosun, O. A., Edouard, L., & Pierson, R. A. (1998). Physicians' attitudes toward evidence based obstetric practice: a questionnaire survey. *BMJ, 316*(7128), 365-366.

Orosz, K., & S. Nagy, Z. (2017). *A sorsformáló 9+1 hónap - A magzati kor és a születés hatása az életút alakulására.* Budapest: Kulcslyuk Kiadó.

Oscarsson, M. E., Amer-Wåhlin, I., Rydhstroem, H., & Källén, K. (2006). Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, 85*(9), 1094-1098.

Papp, Z. (2009). *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve.* Budapest: Semmelweis Kiadó.

Pedersen, C. A., & Prange, A. J. (1979). Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 76*(12), 6661-6665.

Phelps, J. Y., Higby, K., Smyth, M. H., Ward, J. A., Arredondo, F., & Mayer, A. R. (1995). Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 173*(3 Pt 1), 942-945.

Pleván, T. (2020a). *Országos összesítés*. Letöltés dátuma: 2022. 03 20, forrás: Ablak a világra - Szülészeti Adatbázis: https://ablakavilagra2.wixsite.com/ablakavilagra/orszagos-osszesites

Pleván, T. (2020b). *Otthonszülés*. Letöltés dátuma: 2022. 03 28, forrás: Ablak a világra - Szülészeti Adatbázis: https://ablakavilagra2.wixsite.com/ablakavilagra/otthonszules

Pleván, T. (2020c). *Tabuk nélkül a császármetszésről*. Letöltés dátuma: 2022. 03 31, forrás: Ablak a világra - Szülészeti Adatbázis: https://ablakavilagra2.wixsite.com/ablakavilagra/tabuk-nelkuel-a-csaszarmetszesrol

Pleván, T. (2020d). *Fogadott orvos vs. ügyeletes a sikeres VBAC tekintetében*. Letöltés dátuma: 2022. 04 05, forrás: facebook.com/ablakvilagra: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/658363391719240

Pleván, T. (2021a). Szülészeti Adatbázis - Anyai tapasztalatok a számok tükrében. *facebook.com/ablakvilagra*. Letöltés dátuma: 2022. 03 31, forrás: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/907884106767166

Pleván, T. (2021b). Az elfolyt magzatvíz és a fertőzés kockázata. *facebook.com/ablakvilagra*. Letöltés dátuma: 2022. 04 02, forrás: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/834444097444501

Pleván, T. (2022a). *Beavatkozás nélküli szülések*. Letöltés dátuma: 2022. 04 07, forrás: facebook.com/ablakvilagra: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/953524458869797

Pleván, T. (2022b). *Alacsony kockázatú kórházi és otthonszülések összehasonlítása*. Letöltés dátuma: 2022. 04 07, forrás: facebook.com/ablakvilagra: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/958126238409619

Pleván, T. (2022c). *Méhszájvizsgálat*. Letöltés dátuma: 2022. 04 08, forrás: facebook.com/ablakvilagra: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/922811781941065

Pleván, T. (2022d). *A császármetszés arányának alakulása Magyarországon*. Letöltés dátuma: 2022. 04 17, forrás: facebook.com/ablakvilagra: https://www.facebook.com/ablakvilagra/posts/985654672323442

Rados, M. (2020). A fiziológiai szülés: a szülés természetes hormonjainak a szülésre és egyes pszichés funkciókra . In K. Varga (Szerk.), *A szülési fájdalom kezelése - Nem farmakolódiai módszerek* (old.: 45-60). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 100319.

Richter, R., Bergmann, R. L., & Dudenhausen, J. W. (2007). Previous caesarean or vaginal delivery: which mode is a greater risk of perinatal death at the second delivery? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 132*(1), 51-57.

Rist, L. (2019). *Szülés A-tól Z-ig: a hazai császár- és gátmetszések aránya 2018-ban*. Letöltés dátuma: 2021. 10 18, forrás: Nőklapja: https://www.noklapja.hu/noklapja/2019/09/26/szules-a-tol-z-ig-a-hazai-csaszar-es-gatmetszesek-aranya-2018-ban/

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: JOGNN, 37*(1), 94-104; quiz 104-105.

Rubashkin, N., Szebik, I., Baji, P., Szántó, Z., Susánszky, É., & Vedam, S. (2017). Assessing quality of maternity care in Hungary: expert validation and testing of the mother-centered prenatal care (MCPC) survey instrument. *Reproductive Health, 14*(1), 152.

Russell, J. A., Leng, G., & Douglas, A. J. (2003). The magnocellular oxytocin system, the fount of maternity: adaptations in pregnancy. *Frontiers in Neuroendocrinology, 24*(1), 27-61.

Schneiderné Diószegi, E. (2012). Igény szerinti szoptatás. In S. J. Török, & J. G. Kun (szerk.). Budapest: Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet.

Shea-Lewis, A., Eckardt, P., & Stapleton, D. (2018). CE: Original Research: An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor. *AJN The American Journal of Nursing, 118*(3), 24–31.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2013). *A szülés kézikönyve.* Budapest: SpringMed Kiadó.

Smith, G. C., Pell, J., & Dobbie, R. (2003). Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *The Lancet, 362*(9398), 1779-1784.

Smith, J. F., Hernandez, C., & Wax, J. R. (1997). Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology, 90*(3), 344-346.

Soltész, A., Rigó, A., & Pápay, N. (2020). Az együttszülés jelentősége. In N. Pápay, & A. Rigó (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia* (old.: 353-370). Budapest: Eötvös Kiadó.

Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition, 10*(4), 456-473.

Szebik, I., Susánszky, É., & Rubashkin, N. (2018). Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. *European Journal of Mental Health, 13*, 51-69.

Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Matsushima, M., & Kawabe, T. (2011). Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development, 87*(3), 151-157.

Tuffnell, D. J., Bryce, F., Johnson, N., & Lilford, R. J. (1989). Simulation of cervical changes in labour: reproducibility of expert assessment. *The Lancet, 2*(8671), 1089-1090.

Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: Az oxitocin pszichoemotív hatása. In E. Bagdy, Z. Demetrovics, & J. Pilling (szerk.), *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából* (old.: 449-446). Budapest: Akadémia Kiadó.

Varga, K. (2011a). A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle, 66*(3), 507-532.

Varga, K. (2011b). Az első életóra a centrális oxytocin tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja, 74*(5), 14-18.

Varga, K. (2011c). Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *LAM-Tudomány, 21*(12), 000-000.

Varga, K. (2012). A centrális oxitocin és gyakorlati jelentősége. *FEJEZETEK A LAKTÁCIÓS SZAKTANÁCSADÓ KÉPZÉS TÖRZSANYAGÁHOZ*. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet. Letöltés dátuma: 2020. 11 25, forrás: https://szoptatasportal.hu/fejezetek-a-laktacios-szaktanacsado-kepzes-torzsanyagahoz/a-centralis-oxitocin-es-gyakorlati-jelentosege/

Varga, K. (2019a). A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 276-284). Budapest: Medicina Kiadó Zrt.

Varga, K. (2019b). Quo vadis szülészet - a szülészeti beavatkozások távolhatásainak lehetéseges mechanizmusai. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a*

perinatális tudományok megközelítésében (old.: 389-397). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Varga, K. (2020). A szülés élménye: út a "jó minőségű" szüléshez, születéshez. In N. Pápay, & A. Rigó (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia* (old.: 67-86). Budapest: Eötvös Kiadó.

Volmanen, P., Valanne, J., & Alahuhta, S. (2004). Breast-feeding problems after epidural analgesia for labour: a retrospective cohort study of pain, obstetrical procedures and breast-feeding practices. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 13*(1), 25-29.

Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *The Lancet, 356*(9242), 1677-1680.

Wagner, M. (2001). *A halak nem látják a vizet avagy a szülés humanizálásának szükségessége…*. Letöltés dátuma: 2021. 05 16, forrás: Otthonszülés.hu: https://www.otthonszules.hu/a-halak-nem-latjak-a-vizet-avagy-a-szules-humanizalasanak-szuksegessege-2/

Wagner, M. (2003). Tudományos tényeken alapulnak-e a szülészeti beavatkozások Magyarországon? Szülésznői Konferencia, 2003. szeptember 12-13., Nyíregyháza.

Wagner, M., & Gunning, S. (2017). *Szülési terv - Szempontok a biztonságos és erőt adó szüléshez.* Budapest: Alternatal Alapítvány.

Waldenström, U., Bergman, V., & Vasell, G. (1996). The complexity of labor pain: experiences of 278 women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 17*(4), 215-228.

WHO & UNICEF. (2009). Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. World Health Organization.

WHO. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva. Letöltés dátuma: 2021. 11 22, forrás: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=8BA2EBC483FE91584535D85F60018743?sequence=1

WHO. (2018b). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE.* Geneva, Switzerland. Forrás: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf

WHO. (2018c). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva.

WHO, UNICEF. (2018a). *Capture the moment: early initiation of breastfeeding : the best start for every newborn.* New York: UNICEF. Forrás: https://www.unicef.org/publications/index_102949.html

Widström, A.-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2010). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica, 100*(1), 79-85. Letöltés dátuma: 2021. 10 23

Wiessinger, D., West, D., & Pitman, T. (2017). *A szoptatás női művészete.* Budapest: La Leche Liga Magyarország Egyesület.

Wiklund, I., Norman, M., Uvnäs-Moberg, K., Ransjö-Arvidson, A.-B., & Andolf, E. (2009). Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. *Midwifery, 25*(2), e31-38.

Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ : British Medical Journal, 318*(7182), 527-530.