

EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDÉST



NŐI TUDÁSTÁR II.

EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDÉ

NŐI TUDÁSTÁR II.

Megjelent az ERGO Európai Regionális Szervezet gondozásában.
Felelős kiadó: Ékes Ilona, az ERGO Európai Regionális Szervezet elnöke
Felelős szerkesztő: Ékes Ilona
Tördelés, szerkesztés, nyomdai kivitelezés: Print Volume Kft.
Példányszám: 250 db

ISBN: 978-963-12-5157-9
ISSN 2498-5643

Budapest, 2015

Minden jog fenntartva. Tilos e kiadvány bármely részét sokszorosítani, információs rendszerben tárolni vagy sugározni bármely formában vagy bármely módon a kiadóval történt előzetes írásos megállapodás nélkül.

A programok a Családvár Alapítvány, NEA, SZPMA, Lakiteleki Népfőiskola támogatásával valósultak meg.

Külön köszönet Lezsák Sándornak a Magyar Országgyűlés alelnökének és Csomóné Lindmayer Katalinnak.



TARTALOMJEGYZÉK



<i>BEVEZETŐ</i>	8
<i>ELŐSZÓ</i>	
<i>Ékes Ilona: A szülés-születés női szemmel</i>	9
<i>Balog Zoltán Emberi Erőforrások Minisztériuma, miniszter köszöntője az Aldás népesség konferenciára</i>	15
Ékes Ilona: köszöntője <i>Az egészséges életkezdet: traumákon innen és túl</i>	19
Dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva <i>A magyar társadalomban kihez tartozik a gyermek</i>	23
Mgr. Michaela Mrowetz <i>A poszt-totalitárius szülészeti folyamatok könnyei</i>	29
Csomóné Lindmayer Katalin <i>AnyaBaba szülészeti ellátás magyarországi meghonosítása érdekében végzett erőfeszítésinkről, eredményekről és együttműködési lehetőségekről, a referencia-intézmény megvalósításáról</i>	33
Horvát Edina <i>A magzati élet – Prenatális fejlődés</i>	41
Andrek Andrea <i>A prenatális imprinting rövid és hosszú távú hatásai - A szülő-magzat kapcsolat kezdete és kontinuitása</i>	45
<i>Az anya és az újszülött elhelyezése szülés után - felmérés 2015. november</i>	51



<i>A korai kötődés támogatásának 10 lépése</i> Gyakorlati útmutató családok és szakemberek számára	61
Schanda Monika <i>Szülés-születés az Életfa Bábapraxissal</i>	67
Csomóné Lindmayer Katalin <i>A korai kötődés ereje és a gyógyulás</i>	71
Varga Katalin PhD, habil. doc. <i>A SzülésSzületés minősége és az oxitocin, a szereteteli kötődés hormonja</i>	75
Dr. Bangó Márta <i>Szojtatás, az egészséges életkezdet</i>	85
Dobrova Beatrix, IBCLC <i>Szojtatás, a gondoskodás teljessége</i>	89
Ékes Ilona <i>Az ERGO Európai Regionális Szervezet bemutatása</i>	95
Csomóné Lindmayer Katalin <i>Család-Vár Alapítvány</i>	99
<i>Cégek, szervezetek</i>	101
<i>Mellékletek</i> 10 lépés, mely az optimális AnyaBaba* szülészeti ellátáshoz vezet	107
<i>Az optimális szülészeti ellátás emberi jogi szempontból</i>	123
<i>Előadók</i>	136
<i>Egészséges életkezdet</i>	138
<i>Áldás, népesség</i>	140

BEVEZETŐ

„Van egy erő, ami szüléskor eljön a nőkhöz. Nem kéri, egyszerűen csak elárasztja őket. Összegyűlik, mint felhő a szemhatáron, átsuhan az égen, és magával hoz egy gyermeket. ... Arra az időre úgy érezzük, hogy egy nagyobb élet legyőz bennünket és keresztüllüktet rajtunk.”

Penny Armstrong

A gyermek az anyához tartozik, az anya a gyermekéhez – akár egészséges, akár beteg, akár élő, akár halott – a gyermek a szüleihez tartozik. Minden körülmények között.

Michaela Mrowetz, kötődéskutató

ELŐSZÓ

ÉKES ILONA: A SZÜLÉS-SZÜLETÉS NŐI SZEMMEL

MTA, 2010. december 2.

„Az asszony is amikor szül, szomorkodik, mert eljött az órája, de amikor megszülte gyermekét, már nem emlékezik gyötrelmére, mert örül, hogy ember született a világra.” Jn 16,21

Öt gyermeket hozhattam a világra. Mind az ötöt nagyon vártuk. Amikor születtek a gyermekeim nem volt más lehetőség csak kórházi körülmények között szülni.

Egyiknél sem volt komplikáció, váratlan esemény. Időre, éretten, pár óras vajúdás után érkeztek. A kórházi rend, és fegyelem azt kívánta meg a nyolcvanas években, hogy születés után a babát leszívják, mérjék, mosdassák, öltöztessék, egy rövid időre megmutassák és elvigyék.

Ez a cselekvési sor az, ami most már egy életre olyan hiányt okoz az életemben, életünkben, amit nem lehet pótolni. Egyszer sem kaphattam meg és ölelhettem meg egyiküket sem, pedig nagyon vágytam rá.

Ezért is mondtam azonnal és örömmel igent, amikor Csomóné Lindmayer Katalin megkérdezett, hogy vállalnék-e védnökséget, bábáskodást az „anya és bababarát szülészeti ellátás” érdekében.

Az ember életének nagy misztériumai a születés és a halál. Mindkettőt intézményesítették, eltávolították a családot, a természetes, a szerető, a segítő közegéből, kapcsolatából. Ahol az ember személy, Valaki lehet. Azt gondolom, hogy sok pszichés probléma, viselkedési zavar gyökere, eredete itt is kereshető.

„Pedig a születés éppúgy misztérium ma, mint ezer évvel ezelőtt. Hogy ma gépekkel mérhető a gyermek minden fizikai rezdülése, a biztonságoknak talán használ, de a születés élményének nem. Amikor egy gyermek megszületik, egyben megszületik az anya is, amit hajlamosak az orvosok figyelmen kívül hagyni. A tisztelet hiánya az anya szervezetét csomagolóanyaggá silányítja, amiből szüléskor kicsomagolják a gyermeket.

Ez a tisztelet az, amit a háborítatlan szülés támogatói mindvégig szem előtt tartanak. Tisztelet a születés csodájával szemben. Tisztelet az anyasággal szemben és végül, de nem utolsó sorban tisztelet az Élettel szemben.”

„MINDENÜTT JÓ - DE LEGJOBB BIZTONSÁGBAN”

születés legkisebb kockázatának és legmélyebb élményének kulcsa nem a kórházon belül, vagy kívül található, hanem ott, ahol és ahogyan maga a szülő nő a legnagyobb biztonságban érzi magát. - fogalmazták meg találóan.

„Azzal, hogy *medikalizáljuk* a szülést, azaz elválasztjuk az anyát a saját környezetétől, idegenekkel, gépekkel vesszük körül azért, hogy segítsük a szülésben, az anya testi-lelki állapota annyira megváltozik, hogy az egész szülés intimitása is megváltozik, minden valószínűség szerint az újszülött állapota is megváltozik. Ennek az az eredménye, hogy nem is lehet már tudni, milyen lenne a szülés ezek nélkül a manipulációk nélkül. Az egészségügyi személyzet nem tudja, milyen a *nem medikalizált* szülés. Az egész modern szülészet-nőgyógyászat és neonatológia tudománya, irodalma, kutatásai és eredményei a *medikalizált szülés* megfigyeléseire alapulnak.”

(World Health Organization „Having a Baby in Europe”, European Regional Office, 1985)

A gyermek a család legdrágább kincse. Az Úristen úgy alkotta a nőt, hogy képes legyen megfoganni, kihordani, megszülni és táplálni gyermekét.

Fontos megállapítani, hogy mind az otthoni – tervezett, szaksegítséggel történő -, mind a kórházi szülésnek vannak előnyei és hátrányai. Számos tanulmány rámutat arra, hogy a biztonságos (az anya által biztonságosnak érzett) környezet a komplikációk kialakulásának esélyét drasztikusan csökkenti. A biztonságérzet mértékét pedig az előnyök és hátrányok egyenlege határozza meg.

A legmagasabb fejlettségű orvostudomány is rejt olyan kockázatot, amely végső hatásában több kárt okoz, mint amennyi haszon belőle várhatóan származik. A természetes folyamatokba történő fölösleges beavatkozások a további komplikációk kockázatát hordozzák magukban. Megzavarják a vajúadás, szülés, a gyermekágyi időszak és újszülöttkor normális fiziológiáját és közvetlenül hatnak az életben maradásra és egészségi állapotra, kedvezőtlenül befolyásolják a szoptatás kezdetét, kizárólagosságát és időtartamát. A medikális, a ma megszokott, erősen materialista szemléletű, műszerekben bízó, a test-lélek-szellem holisztikus szemléletet mellőző modell, melyben az egyébként egészséges nő kiszolgáltatottá válik a férfi orvosnak, sokszor olyan lelki traumát okoz, ami a későbbi gyermekvállalást nehezíti vagy testi tünetekben jelentkező meddőséget okoz. Az otthoni szülést választó családok, átlagosan négy gyermeket nevelnek. Köszönhető ez többek között a tiszteletteljes bánásmódnak.

Amiért a családok az intézményen kívüli szülést választják – az a személyre szabott gondoskodás, vagyis a bábai modell, amit a magasan képzett bábák képesek adni. Ők az egészséges, normál várandósság, szülés és gyermekágy kísérői. Szaktudásuk és önálló kompetenciájuk feljogosítja őket, hogy a természetes folyamatokat kísérik, ebbe beavatkozzanak, ha eltérést tapasztalnak, illetve a megfelelő szakembereket vonják be akár még mielőtt ezt az eltérést a műszerek érzékelni tudnák. Legfontosabb jellemzője a szemlélet: a tiszteletteljes gondoskodás, a folyamatos ellátás, testi, lelki és

szociális szempontok figyelembe vételével; a naprakész tájékoztatás, információ átadás és párbeszéd az anyákkal, családokkal, miközben mindezt szolgálatként nyújtják, javaslatokat tesznek, és nem utasítanak, hanem közös egyeztetés után hoznak meg közös döntéseket. A bábai modell szerint a gyermekét világra hozó anyát, gyermekét és családját tisztelettel, méltósággal kell kezelni, körültekintően és teljes körűen tájékoztatni és bevonni az őket érintő kérdéseket érintő döntéshozatalba.

Az otthoni szülésnél, a legtöbb kórházban tapasztalható, idejét múlt gyakorlattal ellentétben, az újszülöttet az anyától nem választják el, és mindenféle módon támogatják a család azon törekvését, hogy mindenki részese lehessen a szülés és családává válás csodájának. Ez a szemlélet megerősíti a családok összetartozását, kevesebb a válás, és elmondható, hogy nincs abortusz az otthoni szülést választók körében. Mivel a bábák a várandós anya fizikai jólléte mellett lelki állapotával is folyamatosan foglalkoznak, igen csekély a lelki sérülés, a szülés utáni depresszió. A lelki állapot, megelőző abortusz, abúzus nagymértékben befolyásolja a szülés kimenetelét. Ezek feloldása, szakemberrel történő feldolgozása a beavatkozások számának jelentős csökkentését eredményezik. A kórházi gyakorlatban ezeket a lelki folyamatokat nem ismerik, a képzésnek nem része, ezért a testi folyamatokban megnyilvánuló eltérésekre kizárólag beavatkozással tudnak reagálni.

Példaként néhány mutató a gyakorlatból:

Császármetszések száma – WHO ajánlás szerint 12%, Magyarországon 34%, otthoni szüléseknél 3,7%

Gátmetszések aránya - WHO ajánlás szerint 7%, Magyarországon 77,1%, első szülőknél 91,4%, otthoni szüléseknél 2,1%

Hogy miért fordult szembe Geréb Ágnes szülész orvos ezzel a rideg kórházi gyakorlattal? Tőle idézem:

„Átlagban heti három-négy napon szülőszobás ügyeletes voltam. Egyre növekvő feszültségem próbáltam ráfogni a fáradtságra, kialvatlanságra. Csaknem egy évtizeddel később jöttem rá (és utasítottam vissza örökre a művi abortuszok elvégzését), hogy a robbanásig fokozódó feszültség oka nem a túlterhelés volt, hanem ugyanaz, ami azoknál a nőknél, akiknek földolgozatlanul ott van az élettörténetükben a hajdani művi abortusz. Nekem pszichoszomatikus jelenséggé gyomorgörcs és egyéb tünetek, nekik pedig – bizonyára sok egyéb más, itt nem részletezhető tünet mellett - az otthoni szülésüknél elhúzódó kitolási szak jelentkezik. A gyógyuláshoz vezető út: főtárás, vállalás, szembesülés, gyász, elfogadás (ha úgy tetszik, megbocsátás).

Hogyan is lehetne összeegyeztetni azt, hogy egyik felünk öli, másik felünk szüli a gyerekeket? Hogy szaksegítségként egyik felünk a nap egyik felében ebben, a másik felében abban segítünk? Csak úgy, ha mindkét ténytet eltoljuk magunktól, egyiket se

éljük át. Ez vezethet ahhoz, hogy a művi abortuszt passzívan elszenvető nők passzívan szenvedik el a kitolási szakot – tudat alatt behelyettesítve az élt a halottal, ezáltal végre mentesülve a lelkiismeretfurdalástól. Ez vezethet többek között sok, a szülészetben dolgozó embert elfásuláshoz, menekülés a rutinokhoz. Hiszen a szülész-nőgyógyász is ember...”

Dr. Geréb Ágnes

Miközben sokak szeretnék elhithetni, hogy kórházban lehet csak biztonságban szülni, sajnos az élet rácsfol erre, ott sem lehet. De akkor miért-e kettős mérce? Az egyiket védi a jog, a másikat bebörtönzi, megalázza, meg akarja törni, félemlíteni, példát akar statuálni. Miért állunk már megint egymással szemben? Mi lenne a közös cél? Nem az anya és a baba egészsége, lehető legnagyobb biztonsága, attól függően, hogy ki, milyen körülmények között érzi a legnagyobb biztonságban, háborítatlanságban magát?

Kit szolgál a média, mikor az egyik esetben hisztérikusan vádol, torzan állít be, hecceli a közvéleményt. A másik esetben diszkréten informál és elhallgat. Jó lenne tudni, hogy miként lehetséges, hogy otthonszülés esetén hogyan érhet ki előbb, vagy a mentőkkel egyidőben a stáb.

Közben nagyon kevés olyan információt hallunk, látunk, olvasunk, hogy szinte minden anya képes elégségesen táplálni gyermekét.

Az anyatej előnye az újszülöttek életük első percétől élvezhetik. Ez az összetételében folyamatosan a gyermek igényeihez igazodó csodálatos táplálék, mely egyben étel, ital, vigasz és a szeretetteljes kötődés eszköze a gyermek és az őt gondozó édesanya között. Pozitív hatása van a gyermek szellemi és testi fejlődésére, intelligenciájára, biztonság érzete növekszik az anyával való meghitt kapcsolat által. Az anyára gyakorolt testi és lelki hatások sem elhanyagolhatóak, csökken a rákos megbetegedések száma, a csontritkulás, megerősödik a szülői kompetenciaérzés, magabiztosabb édesanyává válik.

Az anya- és bababarát alapelvek közé tartozik, hogy az édesanya és a gyermek a várandósság, a szülés, valamint az anyatejes táplálás, a kisgyermekkor teljes ideje alatt *elválaszthatatlan egységet* képez, a várandósság, gyermekszülés és anyatejes táplálás egészséges és áldott állapot, aminek természetességét a *bábaképzésben* résztvevő szakemberek tudják a legkörültekintőbben gondozni.

Ez a bábai-modell, tehát nem a szülés helyének tekintetében, hanem a szemléletében áll szemben a kórházi gyakorlattal. Nyugat-Európában, Kanadában, az Egyesült-Államokban a bábai modell működik a kórházak falai között is. Magyarországon is sokan vannak, akik kórházban de háborítatlanul szülnék vagy szeretnének szülni, ők azok akik a bábai-modellt szeretnék a kórházfalak között.

„El kell fogadni, hogy a szülőanya szüli meg a gyereket. A szülés folyamán ő az első. A bábák azok, akik a legtöbbet tudnak segíteni. Ezért a bábai tevékenységet sza-

bályozni kell, oktatásukat megszervezni. Dr. Geréb Ágnes 22 éve küzd azért, hogy a bábák külön szakmakódot kapjanak a WHO ajánlásával összhangban, de célja elérésében eddig minden eszközzel akadályozták. Elengedhetetlen, hogy a kórházi szakemberek elfogadják a baba kompetenciáját, és ne különböztessék meg hátrányosan, sem a megkezdett otthonszülés után hozzájuk forduló szülő nőt, sem pedig az őt beszállító bábát.” Olvasható egy internetes portálon.

Az intézeten kívüli szülés választása nem elsősorban kényelmi szempont, vagy az önrendelkezési jog kifejezése, hanem a humanizált, személyre szabott gondoskodás hiányának jelzése. A biztonság kérdésében nincs kompromisszum, ezt a magas szintű szakmaiság biztosítja. Fontos szempont, hogy az intézeten kívüli szülés legalizálásával, a bábai kompetenciák megerősödésével az intézeten belüli szülészeti ellátás is az anya-gyermek páros igényeit az ellátást nyújtók, az intézmény és az orvosi szakma igényei elé fogja helyezni.

Jelenleg Magyarországon az a helyzet állt elő, hogy a szabályozatlanság következtében otthonszülést választani lehet, de az ennél segédkező szakembereket a törvény sújthatja. E téren 20 éve alkotmányos mulasztást követ el a kormány.

Az Európai Unióhoz való csatlakozásunk óta a direktívák – ez esetben valóban jó gyakorlat – átvétele és átültetése kötelességünk. Ez nem történt meg, így a szakmailag képzett szülésznők külföldön akár az orvoséval megegyező presztízsű önálló praxist indíthatnak, Magyarországon csupán a képzettségük egy szeletét, a közvetlen szülésvezetést végezhetik. Azt sem önálló kompetenciaként, hanem az orvos alárendeltjeként.

Fontosnak tartom, hogy mi nők tegyünk érte és érzük el, a jövő nemzedék érdekében is a háborítatlan szülés, születés lehetőségét! Hogy ne kiszolgáltatottság, megaláztatás érzésével párosuljon a nők számára az életadás. Biztatásul egy internetes portálról vett idézettel zárom mondandóm

Penny Armstrong amerikai szülésznő és baba tollából származik ez az idézet. Nagyon szép és igaz! Olyan jó volna, ha minden szülő nő érezhetné ezt így, vagy visszagondolva azonosulhatna vele: “Igen, nálam is így volt!”

„Van egy erő, ami szüléskor eljön a nőkhöz. Nem kéri, egyszerűen csak elárasztja őket. Összegyűlik, mint felhő a szemhatáron, átsuhan az égen, és magával hoz egy gyermeket... Arra az időre úgy érezzük, hogy egy nagyobb élet legyőz bennünket és keresztüllüktet rajtunk.” Penny Armstrong

*Ékes Ilona
Ergo elnök
volt országgyűlési képviselő*

BALOG ZOLTÁN EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA, MINISZTER KÖSZÖNTŐJE AZ ÁLDÁS NÉPESSÉG KONFERENCIÁRA

Hölgyeim és Uraim, tisztelt Megjelentek, kedves Barátaim!

Bizonyára többen ismerik azt a lelkiállapotot, amikor valami terhet cipel az ember évek, sőt évtizedek óta, és egyszer csak elérkezik a pillanat, amikor megérzi: így ezt tovább nem lehet vinni. Az emberélet során ezek a pillanatok többnyire - hála Istennek! - ritkák, ám ha elérkeznek, akkor cselekedni kell. A legsúlyosabb helyzet az, ha a teher, mulasztás, az oda- nem-figyelés, a gyermekeinkkel, a jövőnkkel kapcsolatos.

Akik ma, itt szépen összegyűltek, (s magam is szívesen lennék Önökkel), nem akarják magukat becsapni, az legálabb olyan vétség, mint ha mást csapnánk be! Mióta figyelmeztetnek a gondokra az őszinték, a nem szívesen látottak, de mindig volt, van valami sürgetőbb bajunk, amit meg kellett oldanunk, s igyekeztünk is megoldani avval a felkiáltással, hogy utána rögtön foglalkozunk a nagy kérdéssel, azzal hogy miért vagyunk egyre kevesebben.

Nos, 2010-től nagy akarással, komoly intellektuális és anyagi összpontosítással iparkodunk visszarántani a szakadék széléről az országunkat. Mit tegyünk? És mit ne tegyünk, nehogy az az igen éles-kényes borotvaél a nagy igyekezettől felsértse a lábunkat, s elvérezzünk. Mert bizony előfordulhat, hogy azoknak a szülőképes nőknek egy része, akiktől mi a három és több gyermeket várnánk ahhoz, hogy visszabilenjünk legálabb a természet adta egyensúlyi helyzetbe (mely 2,4-es gyermekszaporulat lenne), azt mondja magában, hogy előbb látni szeretném a biztosítékát annak, hogy az a sok intézkedés, amelyet lassan öt éve hoz a polgári kormány, nem egyszeri, nem szeszély-szülte hirtelen tűzoltás, amely az első kormányváltás után elillan, aztán itt állok majd - tegyük fel - három gyerekkel, állás nélkül.

Gyermekeket nem anyagi érdekből vállal az ember-pár - normális esetben. De az anyagiak nagyon fontosak, nélkülözhetetlenek, hiszen nem vonulhat ki minden sokgyerekes család a tanyára, ahogy teszi némelyik csodálatosan tiszteletre méltó szülőpár. Az ilyesmire azonban születni kell. Ehhez olyan testi és lelki adottságok kellene, amelyek ritkák, mint a fehér holló. A magyarok nagy részét pár évtizede kirángattak arról a helyről, abból a közösségből, amelybe gyökerezett. A parasztokat a földjükéről, a kertjükből, az ismerős, meleg közegből a városokba, a panelekbe (a blokkokba, ahogy az erdélyiek mondják), a munkásokat a gyárakból jó esetben a bizonytalan vállalkozásokba. Az értelmiséget szellemi segédmunkássá tették. Igyekeztek megfosztani attól a jóleső



tudattól, hogy nem csak állampolgárok, hanem polgárok is lehetünk, akinek az élete akkor nyer értelmet, ha utódai vannak, akik továbbviszik azt, aki és ami ő volt. Mostanra eljutottunk oda, hogy már lehet valakinek a második állampolgársága magyar (vagy az első - hála Istennek nem kell sorszámot viselnie az állampolgárságunknak), de némely országokban ez is milyen áron? Ám a lelki, az erkölcsi, az értékrend-beli polgári mivoltunkat nem lehet olyan egyszerűen visszaszerezni.

Van egy olyan küzdősporthoz a magyar politikában, de leginkább a civil világban, amit nyelvi vagy politikai korrektségnek hívunk. Ha kimondunk valamit, akkor általában „bekapcsol a riasztó”, máris korrigáljuk magunkat gondolatban, nehogy azt mondjak, kirekesztők vagyunk. Ha kimondanánk azt, hogy „a nő arra van hitelesítve”, hogy a pesti utca kifejezését használjam, hogy tanár vagy politikus, szakácsnő vagy állattenyésztő legyen, igen, hogyne, de arra is, hogy szerető, múzsa, hitves és anya legyen - rögtön kirekesztő volnék, és megírná néhány blog, hogy ez így tarthatatlan. De ha a dolgok mélyére nézünk, azt látjuk, hogy a sorrend valójában a mindenkori helyzet-től függ. Nem szabad - lehetni lehet - egyik létfunkciót a másik rovására kiteljesíteni. Idézőjelben, persze, mert ha az egyik funkció csorbul, a másik sem tud kiteljesedni, legfeljebb pótlék lehet.

Ez a szó, a pótlék, a gyermektelenséget vagy csak az „egykét” vállaló párok kulcsszava. (Azt mondanom sem kell, hogy nem a kényszerből gyermektelen párokról beszélünk, akik pénzt, paripát, fegyvert áldoznak, hogy gyermekük legyen, hanem azokról, akik nem hallják meg, mert nem akarják meghallani a legelemibb ösztön szavát.) Ha jól számolunk, már a harmadik nemzedék él a Rákosi- korszak óta itthon és a trianoni határon túl, és viszi tovább azt a letargikus, „valahogy túl kell élni” gondolkodásmódot, amely az egészséges és életerős, újrakezdeni kész magyar emberre volt jellemző. Még Trianon után is, ami ma már számunkra elképzelhetetlen sokkot jelentett. Meg azután is talpra álltunk! Mondhatnám, mégis talpra állunk - de ezt a szót, hogy mégis, ezt is kifigurázták már népszerűnek mondott internetes portálok, csak mert a miniszter mondta. Így állunk.

Nem itt kell keresnünk a bajok gyökerét? Nem vagyunk mi derűlátók, amikor - joggal! - abban reménykedünk, hogy az a rengeteg kedvezmény, az a számlálhatatlan anyagi és intézményi előny, amelyet erőnkön fölül is biztosítunk az édesanyáknak, a családoknak, meghozza a gyors fellendülést? De vajon a ma tévét néző, internetező, vagy akar csak az utcán, az üzletekben sétáló magyar nő és férfi tud-e olvasni a sorok között? Észreveszi-e, megérti-e a reklám igazi célját? Megcsapja-e annak a kilátásnak a szele, amelyet az azonos neműek házasságának törvényi elismerése jelent egyes „fejlett” nyugati országokban? Elér-e a szívéig a megszületni nem engedett pici babájának az utolsó moccanása? Ráérez-e egy kritikus pillanatban, hogy a jó fizetésnek, a karriernek, a tengerparti üdülésnek, a menő kocsinak, a márkás ruhának meg cipőnek alig van igazi köze a boldogsághoz?

Nem tudjuk. Mi nem tudjuk pontosan, mi játszódik le a fejeikben, a lelkeikben. Mi csak azt tudjuk, hogy a szelíd, halk szó sokszor nem ér el hozzájuk - hangosabb a politikában az ellenérdekelt fél, nem terheli őket a munka felelőssége.

Ugyanakkor féltő, hogy azokhoz sem ér el, akik szeretnék azt a három vagy több gyereket, akik a kutatások szerint bizony nagyon szeretnék őket, de szegények. Egyszerűen szegények. A szegény ember leül és számol. Kijön az összeadásból, hogy egy gyerek, két gyerek, három gyerek ennyibe meg ennyibe kerül, mi ketten keresünk ennyit meg ennyit, apósék meg anyámék beleadnak ennyit meg ennyit, és még akkor is csak 40 négyzetméter a lakásunk, kölcsönt veszünk fel, a kicsit nagyobb lakást kinőnénk, ha az első mellé meg szülnék kettőt-hármat, újabb kölcsön. És ennek sosincs vége.

Nos, ismerjük a statisztikákat, ismerjük az intézkedés-csomagokat is. Egyértelmű, hogy lassan, ám egyelőre csak csigalassúsággal emelkednek a kedvező szám adatok, Egyértelmű az is, hogy nem nyújtózkodhatunk messzebbre, mint ameddig a takarónk ér. De az is egyértelmű, hogy a kommunikációnk nem elég hatékony.

Hiába mondjuk el értelmesen, szerintünk világosan, hogy most kérem a GYES, meg a CSOK, meg a kötelező ovi, meg a családi adókedvezmény, meg a kétférekesek adókedvezménye, meg az ingyen étkeztetés, meg a startszámla, meg az első házások havonta járó adókedvezménye (amelyet egyébként majdnem mindenki úgy értett, hogy az adókedvezmény ötezer forint - s ugyebár, évente egyszer valljuk be az adót, hát kérem az évi ötezer forint szép kis állami nászajándék), s még felsorolni is sok, nemhogy megjegyezni, értelmezni, felfogni, hogy kinek mi jár.

Rengeteg kommunikációs szakembert képezünk a felsőoktatásban lassan évtizedek óta. Kérjük őket, hogy legyenek szívesek úgy „tálalni” ezt a rengeteg ételt, hogy emészthető legyen! Vannak más eszközeink is? Hogyne volnának! Filmek, tévéjátékok, videók, könyvek, színház s minden, mi szem-szájnak ingere! Nem didaktikus, nem szájbarágós alkotásokra kell gondolnunk, hanem olyasmiről, ami világos, egyszerű, egyértelmű és színvonalas. Nem díjakért versenyzünk, dehogy. Itt sokkal többről van szó. Arról, hogy ha már a nyelvünk túléli azt a bizonyos hírhedett herderi jóslatot, mi is éljük túl és a pusztaság túlélés után egymással szót értve gyarapodjunk: számban és minőségben,

Úgy legyen!

Kívánok hát Önöknek okos, jó tanácskozást, buzdító és megoldásokat felsorakoztató beszélgetéseket!

Budapest, 2015. június 12.



Ékes Ilona: köszöntője

AZ EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDET: TRAUMÁKON INNEN ÉS TÚL

Tisztelettel és szeretettel köszöntöm a konferencia résztvevőit!

Gondolataim megosztása alatt fényképeket láthatnak, melyek idény nyáron készültek Lakiteleken az „Áldás népeiség a Kárpát-medencében” 3 napos rendezvényünkön készültek.

Egészséges életkezdet: Traumákon innen és túl – nehéz téma, megosztó téma.

Külön köszönöm ezért is az érdeklődést, hogy sokan vannak jelen az egészségügyből, orvosok, szülészek, védőnők, bábák.

Köszönöm, hogy a programunkat támogatja az EMMI, NCSSZI Családbarát Ország pályázatán keresztül.

2010-ben találkoztam Geréb Ágnessel, aki elindítója volt az otthonszülés megvalósítása kezdeményezésnek.

Csomóné Lindmayer. Katalain kezdeményezésére és szervezésében valósult meg a Magyar Tudományos Akadémián az a konferencia, melynek középpontjában az Anya-Baba szülés, születés állt. Elindult egy párbeszéd.

2011 májusától életbe lépett az otthonszülést szabályozó kormányrendelet, melyet az Egészségügyi Államtitkárság a kezdetektől prioritásként kezelt, igyekeztén törleszteni az előző kormányok több évtizedes adósságát.

Magam, 2011 májusában képviselői meghallgatásra fogadtam a szülésznő szakma képviselőit, melyen egy asztalhoz ültek az intézményen belül és kívül dolgozó szakemberek, az államtitkárság és az ombudsmani hivatal képviselője. A szülésznők helyzete mindkét esetben meglehetősen nehéz, ezért felvállaltam, hogy kérésüket továbbítom a megfelelő grémiumok felé. Ennek egyik eredménye az otthonszülést szabályozó kormányrendelet módosítása, mely 2012. január 1-től lép életbe. Tudomásom szerint eddig 3 baba folyamodott engedélyért, akiknek kéréseit és igényeit figyelembe vették.

Továbbra sem biztosított a szülésznők szakmai elismerése. A szülésznő, mint szakma nem szerepel, bár a WHO ajánlás és EU direktíva alapján külön szakmaként jelennek meg, elsődleges ellátókén. A jelenlegi szakmai kollégiumban továbbra sincs egyetlen szülésznő, illetve női orvos sem, így a női szemlélet az ellátásban sérül:

Szülészeti és nőgyógyászati, asszisztált reprodukció szakmai kollégium

Szeretnénk folytatni a megkezdett munkát

A referencia intézmény és a Nemzeti Bizottság felállítása kérdésben még egyeztetések szükségesek.

„Az AnyaBaba szülészeti ellátás kapcsán szó volt róla, hogy a tárca támogatja a kezdeményezéseket. Hogy AnyaBaba szülészeti létesítmények léteznek Magyarországon, a kizárólagos szoptatás és a rooming in rendszer is támogatott az egészségügyi intézményekben.” Az AnyaBaba Kezdeményezés magyarországi védnökeként szeretném hangsúlyozni, hogy egyetlen AnyaBaba szülészeti intézmény nincs jelenleg Magyarországon. Létezik ugyan Baba-barát kórházak, de ezek nem azonosak, illetve csak részben fedik az AnyaBaba Kezdeményezés ajánlásait. Ezért is várom a választ, hogy milyen lehetőségekben gondolkodik a tárca, amivel az AnyaBaba szülészeti rendszer hazai bevezetését támogatja.

A szülésznői szakma teljes egészének átalakítására szükség van, ez egy nagyobb lélegzetű folyamat, de minden erőnkkel a megoldáson. Fontos, hogy az ezen a területen dolgozó szakembereket egy különálló testület képviselje az adott szakma szabályai szerint. Szeretnénk, hogy a szülészeti ellátás az anya és újszülött igényeinek a leginkább megfeleljen, ezzel is támogatva a korai kötődés kialakulását és a családává válás folyamatát.

- A szülés a szülő nő életének és családjának kivételes eseménye, melynek körülményei mind a gyermek életkezdését, mind a nő anyává válásának folyamatát, lelki egészségét alapvetően befolyásolják. A szülés kimenetele, a szülést követő, kórházban töltött időszak és a kapott ellátás pedig meghatározó a szoptatás sikerre – vagyis a csecsemő egészsége – szempontjából. Az apák kötődését, a család összetartozását, a nők gyermekvállalási kedvét is nagyban befolyásolja a szülés milyensége.

A szülés bizonyítottan akkor zajlik a legnagyobb eséllyel komplikációk nélkül, ha a **szülő nő biztonságban érzi magát** – ehhez elengedhetetlen a megfelelő körülmények megteremtése, valamint hogy azok legyenek mellette és lássák el, támogassák, akiket ismer, és akikben megbízik. Magyarországon jelenleg a szülő nők nagy része **a szülésorvos választástól és a hálapénz fizetésétől remél arra garanciát**, hogy születe ott és úgy alakul majd, ahogyan azt ő szeretné.

A **magyarországi szülészeti ellátási rendje egymástól eltérő szemléletű**, sokszor egy osztályon belül sem teljesen ugyanazt a gyakorlatot követik az orvosok. A jelenlegi magyar szülészeti ellátás **a szülést kockázatok sorozataként fogja fel, hiszen erre kapott képzést**. Az anyák és újszülöttek fizikai egészségének megóvására irányuló igyekezet sokszor főlegesen beavatkozik a szülés természetes folyamatába, magával hozza további komplikációk kockázatát, melyek megzavarják a vajúadás, a szülés, a szoptatás és az újszülöttkor normális menetét.

Ezért is lenne fontos, hogy megvalósuljon magyarországi igényeknek és sajátosságoknak megfelelően a **magyar AnyaBaba szülészeti kialakítása**. Olyan szülészeti tevékenységet szeretnénk, ahol tiszteltetben tartják a nőket, a gyermekeket és a család jogait, az

ellátás bizonyítékokon alapuló gyakorlattal történik, melynek során minimalizálják a hibák és ártalmak kockázatát, és **támogatják a vajúadás és szülés természetes** élettani folyamatát. A biztonságos és hatékony AnyaBaba szülészeti ellátás a lehető legjobb egészségi eredményeket és előnyöket nyújtja, az erőforrások és a technológia legmegfelelőbb és legkörültekintőbb alkalmazásával.

Ahol az anya nem erőszaknak éli meg az élet egyik legcsodálatosabb eseményét, hogy életet, embert hoz a világra, így örömmel vállalja legközelebb is, megszülethet a második, többedik gyermek is.

Az alapelv, hogy az édesanya és **a kisbaba elválaszthatatlan egységet alkot, érdekeik nem választhatók szét**, nem lehet őket külön kezelni.

- „Hazánkban nagyon kevés nő élvezzi a teljes mértékben beavatkozás-mentes, háborítatlan szülést, nagyon kevés kisbaba születhet meg úgy, hogy élete első óráit meghitt, békés családi körben, az anyatej áldásait élvezve tölthesse akár kórházban, akár saját otthonában. A várandósság, vajúadás és szülés közben elvégzett orvosi beavatkozások életet menthetnek. Ám abban az esetben, ha nem megfelelően alkalmazták, az orvosi beavatkozás egyébként elkerülhető komplikációkat okoz, maradandó sérüléseket eredményezhet. –Ezen szeretnénk változtatni és a sürgősségi orvosi beavatkozások elérhető háttértámogatásával **a természetes, háborítatlan szülést és a szoptatást visszaállítani alapnormaként.**”

- Amikor az én gyermekeim születtek, születésük után azonnal elvették és egy pillanatra sem adták oda, hogy közelről is megnézzem, megöleljem, megszeretgessem őket. Örülnék, ha ezt az embertelen, főlegesen fájdalmas érzést minél kevesebben tapasztalnák meg, az emberi élet misztériumával, a születéssel kapcsolatban. Minél több gyermek érkezzen egy olyan ember- és családközpontú társadalomba, ahol első élményük a szülői, anyai-apai szeretet, öröm fizikai megtapasztalása háborítatlan körülmények között.

Kívánok gyümölcsöző, jó hangulatú tanácskozást!
Köszönöm megtisztelő figyelmüket.

Az ERGO nevében:
Ékes Ilona elnök



Dr. Tersztyánszky dr. Vasadi Éva

A MAGYAR TÁRSADALOMBAN KIHEZ TARTOZIK A GYERMEK

*Az ERGO Európai Regionális Szervezet konferenciája
Dr. Tersztyánszky dr. Vasadi Éva volt alkotmánybíró, mestertanár*

Tisztelt Konferencia!

Előadásom témakörét - „A magyar társadalomban kihez tartozik a gyermek” kérdés-ként fogalmaztam meg.

A meghívó mottóját olvasva ezt pontosítottam: igaz-e, hogy „A gyermek az anyához tartozik, az anya a gyermekéhez. Minden körülmények között.”

A gyermek-anya viszonyának e tömör és igaz megfogalmazása evidenciának hat, de „a minden körülmények között” kitétel már erősen elgondolkodtatott!

A társadalmunknak elsődleges célja, hogy körülbástyázza azt a természetes rendet, amelyben egy férfi, az apa, és egy nő, az anya várja gyermekük érkezését a családba, - amely a nemzet alapja.

Az Alaptörvény alkotmányos szinten vállalja fel mindezt, amikor az L. fejezet ki mondja: „Magyarország védi a házasság intézményét, mint a férfi és nő között önkéntes elhatározás alapján létrejött életközösséget, valamint a családot, mint a nemzet fennmaradásának alapját. Magyarország támogatja a gyermekvállalást, a családok védelmét sarkalatos törvény szabályozza.” Tudni kell, hogy ennek előzményét és alapját egy 1995-ben meghozott alkotmánybírói döntés jelenti.

Döntő fontosságú döntés volt ez, hiszen az indítvány diszkrimináció miatt alkotmányellenesnek tartotta a családjogi törvényt, mert a házasságot egy férfi és egy nő tartós kapcsolataként, és nem két nagykorú személy kapcsolataként határozta meg.

Az Alkotmánybírói elutasító határozatát a következőképpen indokolta: „Az AB az indítvány elbírálásakor abból indult ki, hogy a házasság intézménye kultúránkban és jogunkban hagyományosan férfi és nő életközössége. Ez az életközösség tipikusan közös gyermek születését és családban való felnevelését célozza amellyel, hogy a házastársak kölcsönös gondoskodásban és támogatásban élésének is kerete. A gyermekek nemzésére és szülésére való képesség nem fogalmi eleme és nem feltétele a házasságnak, de a házasság eredeti és tipikus rendeltetéséből folyóan a házastársak különeműsége igen. A házasság intézményét az állam arra tekintettel is részesíti alkotmányos védelemben, hogy elősegítse a házastársak számára a közös gyermekkel is

rendelkező család alapítását. Ez a magyarázata annak, hogy az Alkotmány (a korábbi) együtt említi a két védelem tárgyát, a házasság és a család intézményét. A házasság alkotmányos védelme mellett természetesen más együttélési formákat is az állam védelemben részesíti, de azokat jogi és nem alkotmányos védelemben részesíti.

A gyermek vállalása felelősséget ró a szülőkre, amely kötelezettségeket is alkotmányos szinten fogalmazódnak meg: „A szülő köteles a gyermek testi, szellemi erkölcsi fejlődését biztosítani.” A szülői jogok melle rendelt kötelezettségeknek e szabályozás erkölcsi megerősítését jelentik.

Nem vitatható, hogy a gyermek testi, szellemi és erkölcsi megalapozása, fejlődése a családban biztosított, amely fejlődést a szülő belső meggyőződését, értékrendjét tükröző magatartási szabályok bemutatását és követését jelenti. Ez a családi kapcsolat belső tartalma, a szeretet-vezérelte szülő gyermek viszony.

A társadalom érdeke, az állam alapja tehát a családok létezése.

De mindemellett beszélnünk kell a világra szólított gyermek érdekeiről, akinek lét-szükségletét jelenti a család. Ez az a biztos közösség, amelyben eszmélni kezd, érzi és várja a feléje irányuló szeretetet, gondoskodást. Értelmi és fizikai gyarapodása közben tapasztalja a biztonságot, a védelmet. Az apával való kapcsolata teremti meg a férfi képet és szerepet életében, az anya fizikai és lelki kapcsolata mutatja meg számára a nő szerepet a családon, a társadalmon belül.

A keresztény Európa értékrendje generációkon keresztül hagyományozta, védte ezt a természetes értéket.

A gyermektelenek, helyzetének vizsgálata valójában akkor válik élessé, amikor ez a természetes viszony létre sem jön vagy megváltozik, a házasság felbomlik, a társ kapcsolat harmóniája megbomlik s ezzel a gyermek helyzete elbizonytalanodik.

Több statisztikai és szociológiai felmérés foglalkozik a házasságok és társ kapcsolatok válságával. Ma már szinte közhelyszámba mennek az olyan összeállítások, amelyekben arról számoltak be, hogy Európában az embereket két nagy csoportra osztják aszerint, hogy alapítanak-e családot házasságban, vagy azon kívüli életközösségben, illetőleg harmadikként megjelenítik az ún. szingli életformát választókat.

Ugyanakkor napjainkban hazánkban- e felszabadult és szabados világban élő lányok nagy hányada családot és gyermeket akar, anyává kivan lenni. Hogy a gyakorlat mást mutat, annak számos oka van. A nő önmegvalósítása, a karrierje, a szexuális szabadság, szabadosság ma előbbre sorol a vágyaknál.

Térjünk vissza a gyermekhez!

Egy házasságban élő - de ugyanígy egy tartós kapcsolatban felnövekvő - gyermek számára a legnagyobb traumát jelenti az általa szeretett, tisztelt szülők kapcsolata válással végződik.

Kié a gyermek, kivel el a továbbiakban, hogyan tarthat kapcsolatot a másik szülővel, a korábbi biztonságát ki biztosítja számára majd?

A kérdésre a választ legtöbb esetben jogi szabályok s a bíróság adja meg. Még tragikusabb, ha a gyermek az inkubátorban, vagy a kórházban hagyva kezdi meg életet, nem ismeri szüleit, nem az anya, hanem az állam gondoskodik róla. Ha az anya egyedül van gyermekével, az apaság kérdésében is döntenit kell. (Ma már az anya kiléte is elbizonytalanodhat!).

Bontás esetében a gyermek elhelyezése, láthatása, tartása ügyében ítélkezik a bíróság. Az alapul szolgáló törvények, elsősorban a családjogi rendelkezések jönnek figyelembe. A gyermeket elsősorban valamelyik szülőnél (kisgyermeket az anyánál) helyezik el. A szempont, hogy az arra alkalmasabb szülő, vagy az, akihez a gyermek érzelmileg jobban kötődik, legyen nevelője, (A gyermek meghallgatásának is helye van), ha alkalmas szülő nincs, akkor a gyermekhez közelállók egyik nagyszülő vagy más rokon jöhet szóba. Látható, hogy a jogalkotó a gyermek szempontjait emeli ki. Ezek hiányában jön csak szóba az állami gondozás vagy az örökbefogadás a lehetséges megoldás.

A családba helyezés számára az örökbefogadás intézménye a legmegfelelőbb. Nem csak azért, mert a gyermek jogi státusza a vérszerinti gyermek státuszával lesz azonos, de egy jól kiválasztott örökbefogadó szülőpár képes és alkalmas arra, hogy a gyermek számára azokat a szükségleteket biztosítsa, amelyekről már szó volt. Az állami intézeti nevelés, bár végső soron szükséges, de a legkevésbé elégséges. A legutóbbi idők jelentős megoldása a nevelő szülői intézmény erősítése, szakmai biztonságának fejlesztése.

Nagyon fontos azonban annak tudatában lennünk, hogy ezekben a jogi eljárásokban a gyermek, aki felett, akiről döntenek mindenképpen áldozat, Eszköze a felek harcának, akár érzelmi alapon, akár a bosszú vagy anyagi érdekek vezérlik is azt. A bírói gyakorlat ismeretében számos tragikus gyermekeset látható.

Megállapíthatjuk, hogy ma adott a jogszabályi és intézményi környezet. Mert az állam a jogszabályokon kívül intézményei útján is segíti a családból kiesett gyermekeket, s egyértelmű célja a családba helyezésük. Számos egyházi, caritativ és civil szervezet segíti a probléma megoldását.

Azt lehet mondani, hogy az állam a jogi és társadalmi környezet kialakításában messzemenően igyekszik azoknak az elvárásoknak eleget tenni, amelyek a nov. 20-án ünneplendő a Gyermek jogairól szóló nemzetközi egyezményben vállalt s az 1991. LXIV.tv-el kihirdetett.

Az egyezmény maga ad választ arra a kérdésre: kié a gyermek?

Milyen védelemre, segítségre van joga, de meghatározza a család fogalmát is, mint alapvető társadalmi egységet, A fontos elvárás azonban, hogy minden döntésben, minden eljárásban a gyermek mindenekelőtt való érdekét kell védelmezni. Ha a gyermek alapvető jogait elemezzük, világos ahhoz van joga, hogy saját családjá, szülei legyenek, apja és anyja.

A témát indító kérdés felvetése azonban nem lenne teljes, ha azt csak a már megszületett gyermekkel kapcsolatosan akarjuk megválaszolni. A probléma távolabbról indul.

A hívő, a természethez közel élő, azt ismerő ember, de a biológia és az orvostudomány számára egyértelmű, hogy az emberi élet - a gyermek élete is honnan indul. Hogy a férfi és nő kapcsolatából megfogant, megtermékenyített petesejt indítja el az életet. Ebből ui. csak ember születhet, és e nélkül nem jön létre az emberi élet. Ebből következik, hogy az emberi élet fogantatásától, különböző fejlődési életszakaszai után a halálával ér véget.

A magzati lét az élni akarás jogát hordozza.

Itt indul a szoros anya-gyermek kapcsolat, az élő inkubátort jelentő anyaméhtől. Az emberfogalom transzcendens értelmezésére utal XVI Benedek pápa levele az ifjúsághoz, amikor ő is felteszi a kérdést: „Az alapvető kérdés, amelyet fel kell tennünk magunknak: kié az ember? Az ember olyan lény, akinek szíve szomjazza a végtelent, az igazságot (a nem egy részleges igazságot, hanem olyat, amely képes megmagyarázni az élet értelmet). Ha hálával elfogadjuk tehát az életet, mint felbecsülhetetlen ajándékot, ez elvezet oda, hogy felfedezzük minden személy legszemélyesebb értelemben vett méltóságát és sérthetetlenségét.”

Mindezek ismeretében és a különböző emberfogalmak tükrében ki kell jelentenünk, hogy a magzati lét feletti döntés egyértelműen az anyáé. Még akkor is, ha a döntése függ a társától, családi és egyéb környezettől, fenyegetettségétől stb.

Megilleti-e a magzatot az élet alkotmányos alapjogi védelme? Meddig terjedhet az anya döntési jogosítványa a terhesség megszakítására vonatkozóan?

Ezzel a súlyos kérdéssel két kiemelkedő fontosságú döntésében foglalkozott az Alkotmánybíróság.

Az első döntés még 1991-ben született a 84/1991. (XÜ.17.) AB határozatban, majd e döntést figyelembe vevő 1992-es magzatvédelmi törvény alkotmányosságát vizsgáló 48/1998. (XI.23.) AB határozatában kellett ui. választ adni, hogy a magzatot megilleti-e a korlátozhatatlan életvédelem joga, vagyis annak kimondása, hogy a magzat, ember.

Az AB megállapította, hogy az Alkotmány és az Emberi Jogok Európai Egyezménye sem foglal állást abban a kérdésben, hogy ember-e a magzat, a jogalkotó pedig nem adott jogalanyiságot számára. Így a magzat, jogi értelemben nem ember, tehát nem illeti meg az abszolút tartalmú életvédelem.

„A magzat jogalanyiségének el nem ismerése azonban nem jelenti azt, hogy a magzati élet nem élvez alkotmányos védelmet,” Mondotta ki egyidejűleg az AB határozat indokolása. Majd rámutatott arra, hogy „magzatvédelmi törvény sem teszi kérdésessé számára a garantálandó védelmet. Abból indul ki, hogy a női és a férfi ivarsejtből származó az anyaméhben fejlődő magzatot, és a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg” s ez állami kötelezettség.

Mindebből egyértelművé vált az is, mert a magzat nem jogalany, vele szemben az anya önrendelkezési joga erősebb jog.

Így az anya magzata és az anya szembe kerül egymással az anya önrendelkezési joga.

E jog azonban nem korlátlan, az állam kötelezettségi körébe tartozik e korlátok meghatározása a magzat védelmének garanciának kidolgozása.

Az Ab határozattal szemben több különvélemény született, ezek között Dr. Lábady Tamás alkotmánybíró kiemelkedő fontosságú véleményét emelem ki.

„Meggyőződésem szerint - írja- a magzati életnek az emberi élettől eltérő jogi minősítésére a törvényhozásnak nincsen alkotmányos lehetősége, mert a magzat akár az anyaméhben, akár azon kívül, mesterséges körülmények közötti fogantatásának pillanatától kezdve embernek, vagyis jogalanynak kell tekinteni, amiből következik az is, hogy megilleti a magzatot az élethez való jog az anyával szemben is. Mivel a magzat biológiailag ember, biológiailag befejezett individuuum, nem a születéssel szerzett, hanem elidegeníthetetlen ember-voltából eredő jogot jelent. ... Ezért az állam kötelessége a születések elősegítése és az abortusz visszaszorítása.”

E vélemény tehát nem fogadta el a magzatnak, az embernek természetes fogalmától elkülönítő jogi ember-fogalmat. Az Alaptörvény II. cikkét olvasva úgy tűnik, hogy az abban foglalt emberfogalom közelit ehhez a természetjogi megfogalmazáshoz.

„Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életet a fogantatásától kezdve védelem illeti meg.” Az egy mondaton belül az ember fogalmához kapcsolt magzati lét védelme véleményem szerint ehhez a szemlélethez közelit, Mint láttuk e súlyos vita után biztosított jogi környezetben csak szabályozott formában, de engedélyezhető az abortusz. Látni kell azonban azt is, hogy a világban és Európában különböző lobbik, nőmozgalmak ennél többet akarnak.

2008 áprilisában e mozgalom Jelentést terjesztett elő „Az abortuszhoz való jog érvényesítése tárgyában” az Európa Tanács elé, kérve annak elfogadását. A kérés lényege: garantálják, hogy minden nő korlátozás nélkül élhessen de jure és de facto a biztonságos és legális abortuszhoz való jogával. A Tanács testülete nagy vita - és a Magyar Katolikus Püspöki Konferencia ellenkérelme ellenére - elfogadta a jelentést. A francia képviselő megjegyezte: „Társadalmunk valóban a halál kultúrájában él.”

2005-ben a Nők VI. Világkongresszusán fogadták el az ún. gender-mozgalmat, amely egy teljesen új emberfogalmat kreált. E szerint az ember nem nőnek és férfinak születik, később válik egyiké vagy másikká.

Ezért óvodáskortól az iskolákon át be kell vezetni az apa helyett 1. szülő, anya helyett a 2. szülő fogalmat, s a gyermek maga válassza ki szerepet, alakítsa ki nemiséget a megadott nevelési ajánlások szerint. (2009-ben már nálunk is megjelentek az idevágó oktatási segédletek).

A liberalizált abortusz-elnnek elrettenő szélső változata ismerhető meg a bírói gya-

korlatból. Egy fogyatékkal született gyermek kártérítésre perelte a kórházat, az orvost és az anyát. Állította, hogy az orvos nem adott időben korrekt felvilágosítást arról, ő fogyatékkal fog születni, s így az anya nem szakította meg terhességét, s neki ezért kell így, fogyatékkal leélni életet.

Orvosi műhiba esetén a kártérítési igényre a jog lehetőséget ad. De a döbbenetes az, hogy a gyermek azért perli az anyát, hogy nem ölte meg őt magzat korában! A bíróság természetesen ezt a keresetet elutasította. Az indokolás rámutat az igény tarthatatlanságára. A halál követelésére senkinek sincs joga!

„Nem perelhet a gyermek a miatt, mert megszületett.” Ez is anya-gyermek kapcsolat?

Mindezeket azért is tartom szükségesnek megismerni, mert ezek a szélsőségek, mozgalmak és más lobbik jelen vannak, az elektronikus médián terjedve is befolyásolják a társadalmat, elsősorban a gyermekek és a fiatalok erkölcsi és lelki fejlődését.

A fiatal nőknek pedig életük vitele során felelős döntéseket kell hozniuk. Hivatás választásában, a gyermekvállalásban. Elsősorban rajtuk múlik a jövő nemzedék életre hívása. Állásfoglalás abban, hogy a jövő az élet és ne a halál kultúrájára legyen!

Ma az állam ehhez számukra - ösztöndíjak, gyermek kedvezmények, anyasági támogatások, visszatérés segítése a munka világába stb-vel - számos segítséget nyújt, de ha a házasság tényleges tartalmát és hivatását, a család biztonságát, modelljét nem ismerő felnőtteknek kell ezekben a kérdésekben döntenie: a változáshoz nem lesz elég a jogi környezet.

A nevelés, a felelősség, az erkölcs, a hit, a nemzet fogalma nélkül élők számára a gyermekvállalás alkotmányos védelme, a már jelzett sarkalatos és egyéb törvények csak akkor hozhatók közel, ha az abban foglalt célok és értékek felismerését is segítik a társadalomban működő szervezetek. A jogi környezetből ui. *„Élet kultúrájára”* való törekvés, a gyermekek, a családok védelme kiolvasható.

Az új Ptk. s benne Családjogi könyv örökbefogadási fejezete, a fő célt, a családból kiesett gyermekek családba helyezését méltán tudja szolgálni.

Optimista vagyok, nem csak azért, mert egyházi és elkötelezett iskolákban is nevelődnek gyermekeink, s az egyházak és más közösségek, civil szervezetek felelős fiataliságot nevelnek, - s hogy vannak, áldozatosan működnek olyan szervezet, mint a jelen szervezet is. De az állam is felvállalta mindezt, amikor a Nemzeti Alaptantervbe beiktatta a családra nevelést és a hit és erkölcsi nevelést is. Hosszútávú módszerek kellenek oktatás, szociálpolitika, támogatások, adórendszer, a kultúra és az élet minden területen.

Ez a jogi környezet megalapozottságát az fogja igazolni, ha a bennük foglalt célok, szabályozások erkölcsileg is igazak.

Előadásomban igyekeztem a feltett két kérdésre válaszolni. Kié a gyermek? S hogy igaz-e, hogy az anya és gyermek szoros kapcsolata minden körülmények között fennállhat. Őszintén remélem, hogy a válaszok legalább gondolkodásra készítetik hallgatóimat.

Mgr. Michaela Mrowetz

A POSZT-TOTALITÁRIUS SZÜLÉSZETI FOLYAMATOK KÖNNYEI

A magyar nőket megbénította a rettenet, amikor meglátták a cseh szülészeten készült fényképeket az újszülöttekről, akiket a mellkasukra lila festékkel írt számokkal jelölnek meg. A cseh nőket megbénította a rettenet, amikor a magyarországi védőnői intézmény létezéséről hallottak.

Klinikai szakpszichológusi és pszichoterápiás rendelésem alatt leginkább olyan nők keresnek fel, akik valamilyen problémát éreznek a várandósságukkal, szülésükkel, vagy a szülésük utáni időszakokkal kapcsolatban. Jönnek hozzám olyanok, akik poszt-traumás stressz szindrómával küzdenek a szülésük óta vagy erőszak áldozatai voltak. Azok is felkeresnek, akiknek pszichés vagy fizikai erőszakkal kapcsolatos problémájuk van és olyan szülők is, akik szülői kompetencia zavarokkal küszködnek.

Szintén régóta foglalkozom a gyermek és családja közötti korai kötődés támogatásával a cseh szülészeten. Ez volt az oka annak, hogy elfogadtam a felkérést, hogy előadóként részt vegyek a cseh Képviselői Ház szemináriumán *„Otthonszülés: előre-vagy visszalépés?”* A szemináriumon szerzett benyomásaimat nyílt levélben megküldtem a szervezőnek is.

Ezen a szemináriumon, többek közt, sírni láttam Ivana Königsmarkovát (*otthonszülésekben jártas bába, szülésznő "C ford. megj.*) Sírt, amikor teret kapott felszólalásához és nehezen találta a szavakat. Sírni láttam a cseh szülészeten, amint ott ült ő is a szülészett, az újszülött-gyógyászat és politikai elit nagyságai között. Éreztem az adott helyzet óriási szimbolikáját: ahogy Ivana Königsmarková által ott sírt az egész cseh szülészett.

Ugyanúgy, ahogy sírt a szemem előtt az egész magyar szülészett is. Amikor a Semmelweis Mozgalom meghívására magyarországi munkalátogatásom során interjút adtam az RTL Klubnak, a riporterhölgy a kamera mellett 20 percen keresztül zokogott, mivel édesanyaként hosszú időn keresztül elválasztották mindkét gyermekétől, akiket császármetszéssel hozott világra. (A magyar szülészett valósága, ami a hírközlő szerint traumatizálja a szülő nőket azzal, hogy károsan elválasztja a gyermeket az anyától)

A magyar nőket megbénította a rettenet, amikor meglátták a cseh szülészeten készült fényképeket az újszülöttekről, akiket a mellkasukra lila festékkel írt számokkal jelölnek meg. Arról beszéltek, hogy ez a holokausztra emlékezteti őket. (A cseh médiában ismertett eset a třebečii szülészeten elcserélt 2 gyermekről. Ennek kapcsán megjelenhetett, hogy a cserének milyen pszichoszociális hatásai lettek a két család

további életére. Nyilvánvaló, hogy a gyermekek szeparációja (anyától való elválasztása) okozhatja elcserélésüket. A rendszer erre az esetre úgy reagált, hogy háromszoros jelölést javasolt, nem pedig a korai, lehetőleg állandó, megszakítás nélküli szülő-gyermek kapcsolat megerősítését és a család együttes egységként történő gondozását tanácsolta.)

A cseh nőket megbénította a rettenet, amikor a magyarországi védőnői intézmény létezéséről hallottak. Egy olyan szervezetről, amelynek hatalmában áll a szülés előtti családlátogatás és ellenőrzés alapján a gyermeket a szülészetről nem kiadatni. Ez a besúgói rendszerre és az abortusz bizottságokra emlékeztette őket.

Könnyekkel a munkám során meglehetősen sokszor találkozom. Amennyiben a traumát elmosó megkönnyebbülés könnyei jelennek meg, az minden esetben produktív folyamat. A korai kötődésről tartott előadásaimon és műhelymunkákon mindig sír valaki; nők, férfiak, laikusok és egészségügyi szakdolgozók.

Ivana Königsmarková és a magyar televíziós riporternő könnyei által azonban a kollektív trauma keltette szenvedés erejét éreztem meg. A trauma akkor válik kollektív traumává, ha a traumatikus helyzetet a populáció nagy része átélte. A szeparáció káros hatásai felől szemlélve ki lehet jelteni, hogy a poszt-totalitárius társadalmak nagy része traumatizált.

Tekintettel a trauma feldolgozására irányuló empirikus, valamint az orvostudomány által igazolt tapasztalataimra, bízom abban, hogy azok a "C nem csak örömteli, hanem szenvedéssel is telt "C szüléstörténetek, melyeket Ivana Königsmarková részére gyűjtenek meg hozzák a poszt-totalitárius hozzáállás okozta kollektív trauma gyógyulásának lehetőségét. Ez a hozzáállás az, amely tagadja a szeparáció és a medikalizált szülészeti ellátás hatásait, miközben életben tartja a kollektív traumát.

Tisztelettel adózom mindenkinek, aki a maga történetét megírja és az összes egészségügyi dolgozónak, akik képesek a szülés egészséges folyamatát és a korai kötődést támogatni.

*Michaela Mrowetz
(cseh kötődés kutató, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta,
a Kötődés, a szülés öröme c. könyv egyik szerzője)*

(Szeretettel várjuk azokat a szüléstörténeteket, melyeket szívesen megosztanának másokkal Magyarországon is az csaladvar@gmail.com e-mailcímen)

Megjegyzés az átélt traumával kapcsolatban:

Vizinová és Preiss (1999), valamint Herman (2001) tünetkategóriákat írnak le:

Tolakodóan és elhessegethetetlenül visszatérnek az átélt traumatikus esemény érzései. Napközben ismétlődő emlékként kúsznak be a tudatba. Az emlék érzelmileg olyannyira tiltott és élethű tud lenni, az átélt tényleges eseményhez olyannyira hasonlít, hogy az ember ezt tényleges valóságként érzékeli és ennek megfelelően is viselkedik. Ilyen esetben „emlék-betörésekről” vagyis „flashbackokról” beszélünk.

A traumatikus élmény kivételes erejének fiziológiai okai vannak. A stresszhormonok, elsősorban az adrenalin, megemelkedett szintje azt eredményezi, hogy az emlékképek nagyon mélyen íródnak be és különösen intenzívek. Trauma esetén jellemző az egész esemény összetömörítése egyetlen képzeletté. (Vizinová "C Preiss, 1999.)

(Levine, 2002) Éjszakánként ismétlődő rémálmok és rettegés. A traumatikus emlékek és álmok a normálisaktól abban különböznek, hogy ezeket képtelenség szóban újra elmesélni. Gyakran jelennek meg azonos formában. (Vizinová "C Preiss, 1999.)

(Levin, 2002) szerint további tünet lehet a gyakori sírás is.

Herman, J.L. (2001). Trauma és gyógyulás. Az erőszak és annak következményei "C a magánéleti zsarnokságtól a politikai terrorig. (Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky "Cod týrania v súkromí po politický teror.) Bratislava: Aspekt.

Levine, A. P, Frederičková, A. (2002) A tigris ébredése. A trauma gyógyítása. A feltört élmények transzformálásának belső képessége. (A Prebúdzanie tigra. Liečenie traumy. Vnútorná schopnosť trnasormovať zaplavujúce zážitky.) Košice: Viena.

Vizinová, D., Preiss, M. (1999). A pszichés trauma és terápiája: pszichológiai segítségnyújtás a háborúk és katasztrófák áldozatainak. (Psychické trauma a jeho terapie: psychologická pomoc obětem válek a katastrof.) Praha: Portal.



Csomóné Lindmayer Katalin

ANYABABA SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS MAGYARORSZÁGI MEGHONOSÍTÁSA ÉRDEKÉBEN VÉGZETT ERŐFESZÍ- TÉSINKRŐL, EREDMÉNYEKRŐL ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEKRŐL, A REFERENCIA-INTÉZMÉNY MEGVA- LÓSÍTÁSÁRÓL

Egészséges életkezdet: transzgenerációs traumákon innen és túl konferencia Buda-
pest, 2015. november 13.

- **Transzgenerációs** – több nemzedék óta átívelő
- **Szeperációs** – újszülött édesanyjától, édesanya újszülöttjétől el van választva a rendszerben uralkodó gyakorlat miatt
- **Trauma** – kontrollvesztés ÉS életveszély, halálfélelem érzés önmagam vagy közeli hozzátartozómmal kapcsolatban

Nemzetközi kutatások mutatnak rá arra, hogy a háborítatlan szülés növeli az édesanya, család gyermekvállalási kedvét, több gyermek születik, akik biztonságosan képesek kötődni szüleikhez. Ez biztosítja az egészséges személyiség- és identitás fejlődését. Növeli a szülői kompetenciákat, erősíti a szülővé válás folyamatát, az anya képes jobban ráhangolódni gyermekére, és ez segít az anyává válásban, a kisgyermek szükségleteire adekvát módon reagálni. A szüléssel járó traumák pszichés blokkokhoz és meddőséghez vezetnek, melyek országos szinten negatívan befolyásolják a népesedéspolitikát.

Az AnyaBaba szülészeti ellátás alapelvei

Az édesanya és a **kisbaba elválaszthatatlan egységet** alkot, érdekeik nem választ-
hatók szét, nem lehet őket külön kezelni. A várandósság, a vajúdás, a szülés és a szoptatás normális és egészséges folyamat, amely során a legtöbb esetben elég az egészség-
ügyi dolgozók figyelme és támogatása. A legújabb bizonyítékok alátámasztják ezen megközelítés biztonságosságát és jobb eredményeit. A biztonságos és hatékony Anya-
Baba Szülészeti ellátás a lehető legjobb egészségi eredményeket és előnyöket nyújtja,
a források és a technológia legmegfelelőbb és legkörültekintőbb alkalmazásával

Célunk:

AnyaBaba szülészeti szeretnénk, ahol a szülészeti ellátórendszerrel közösen, egyenrangú félként, partnerként állunk egymás mellett az élet kezdetén!

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés 10 lépése nemzetközi kutatásokra támaszkodva, a jó gyakorlat mentén kialakított protokollokra támaszkodva, az édesanyák, újszülöttek és családok igényeit figyelembe véve nyújt megoldást. A helyi sajátosságoknak megfelelően, az adott ország körülményeire épülve lehetőségünk adódik a magyar AnyaBaba rendszer kialakítására, a jelenlegi gyakorlat teljes átalakítására. A szülészeti ellátórendszer nemzetközi sztenderdeken alapuló átalakítása – a bábai modellmegvalósítása az Unió tag-sággal járó vállalásunk.

Az AnyaBaba szülészeti ellátás alapelvei:

- A gyermekét világra hozó anyát, gyermekét és családját tisztelettel, méltósággal kell kezelni, körültekintően és teljes körűen tájékoztatni, valamint bevonni a rájuk vonatkozó kérdéseket érintő döntések meghozatalába.
- az édesanya és a gyermek a várandósság, a szülés, a szoptatás, anyatejes táplálás, a kisgyermekkor teljes ideje alatt **elválaszthatatlan egységet** képez, érdekeik nem ütköztethetők és nem állíthatók egymással szembe.
- A várandósság, szülés, szoptatás természetes folyamat
- A szoptatás a biológiai norma, ami a gyermek rövid és hosszú távú testi és lelki fejlődését, jólétét teljes mértékben képes kiszolgálni.
- az anya-gyermek páros igényeit az ellátást nyújtók, az intézmény és az orvosi szakma igényei elé kell helyezni.

Az AnyaBaba szülészeti ellátás 10 lépése:

1. lépés: Minden nőt tisztelettel és méltósággal kezel
2. lépés: Ismeri és általánosan alkalmazza azt a bábai szakmai tudást és azon készségeket, amelyek a várandósság, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normál élettani folyamatait legoptimálisabban támogatják.
3. lépés: Tájékoztatja az anyát a vajúadás és szülés alatti folyamatos támogatás előnyeiről, valamint biztosítja, hogy a szülő nő által választott személyek ebben a támogatásban részesíthessék is őt.
4. lépés: A fájdalom csillapítására és enyhítésére a szülő nőnek nem-gyógyszeres módszereket és kényelmi szolgáltatásokat ajánl, miközben ismerteti vele ezek hasznát a normális szülés megkönnyítésére.

5. lépés: Olyan gyakorlatot folytat, amely tudományos bizonyítékokon alapul, és amelynek jótékony hatása beigazolódott.
6. lépés: Elkerüli a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat.
7. lépés: Olyan intézkedéseket vezet be, amelyek hozzájárulnak az egészséges jólét-hez, valamint megelőzik a betegségeket és a váratlan veszélyhelyzeteket.
8. lépés: Hozzáfértést biztosít a bizonyítékokon alapuló szakszerű sürgősségi ellátáshoz.
9. lépés: Biztosítja a kapcsolódó anya- és gyermek-egészségügyi ellátás széles spektrumát – együttműködve magánszemélyekkel, intézményekkel és szervezetekkel.
10. lépés: Törekszik a sikeres szoptatás 10 lépésének megvalósítására, vagyis betartja a „Bababarátság Kórház” kezdeményezés alapelveit.

Referencia intézmény az AnyaBaba szülészeti ellátás magyarországi elterjesztéséért

Az AnyaBaba ellátás megvalósulásának színtere egy olyan **referenciaintézmény**, amelynek sikeres gyakorlatát és eredményeit más intézményekben is meg lehet valósítani. Ehhez a WHO normális szülésre vonatkozó irányelveit és a Baba-barát kórház alapelveit foglaljuk össze 10 lépésben. Ezeket a lépéseket egyszerre, de akár lépésenként is be lehet vezetni, ami könnyebbséget jelent az intézmények, ellátók számára, illetve több helyen már a lépések egy része a mindennapi gyakorlat része.

A referenciaintézmény mind Magyarországon, mind nemzetközi viszonylatban egyedül állónak számít, hiszen a világon egyelőre 8 ilyen intézmény létezik, Európában azonban csak 2 (!). Az AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Intézet ezekből a referencia intézményekből nemzetközi statisztikákat készít, melyeket nyilvánosságra hoz és hozzáférhetővé tesz, gyakorlati helyszíneként ajánlja, és nemzetközileg publikálja. Amiben mi egyedülállót kínálunk az az, hogy nem egy meglévő intézményt alakítunk át, hanem eleve így kezdünk. Ez az intézmény a nemzetközi színvonalú, azonban mindenki számára hozzáférhető, tb-finanszírozott ellátás mellett oktatási szerepet is vállal, gyakorlati színtér, illetve hazai és nemzetközi konferenciákon is kíváncsiak az itt nyújtott eredményekre. Lehetőség nyílik az itt felhalmozott tudást és gyakorlatot publikálni ezzel hírnevet szerezni az országnak, a fővárosnak, a kerületnek és az intézménynek.

Együttműködés a törvényalkotókkal, minisztériummal, ombudsmani hivatallal

2010-ben Ékes Ilona országgyűlési képviselő asszony védnökséget vállalt az AnyaBaba kezdeményezés felett, és azóta is rendszeres támogatásáról biztosítja az édesanyákat, családokat.

Ugyanebben az évben kezdődött meg szoros együttműködés a Család-Vár Alapítvány és az Ombudsmani Hivatal között, ahol a szülés és születés körüli időszak emberi jogi témakörét dolgozzuk át közösen, és működünk együtt ezekben a témakörökben.

2010 óta rendszeres találkozókon vettünk részt az (NEFMI) EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság politikai főosztálya szoros együttműködésben, így született meg az Intézményen kívüli szülést szabályozó kormányrendelet, a Várandósgondozást szabályozó miniszteri rendelet, több törvénymódosítás és javaslat protokollok elkészítésére, majd szakmai csoport felállítása a kidolgozásukra.

Átfogó aláírásgyűjtést indítottunk egy referencia intézmény kialakításáért, közel 50 civilszervezet és magánszemély csatlakozott a kezdeményezéshez.

„A szülés valódi természete” Fotókiállítás és vándorkiállítást indítottunk útjára a Képviselői Irodaházban.

Konferenciák, továbbképzések

2010. december 2-án az MTA székházában szakmai konferenciát szerveztünk, ahol életre hívtuk a Semmelweis Mozgalmat a szüléset újjaszületéséért. Ezen az alkalmon a szülésznői, bábai és szülész orvosai szakma magyarországi és külföldi képviselői, szakpolitikusok és az AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés komoly célokat és utat állított elénk.

2011-ben Ékes Ilona képviselő asszony képviselői meghallgatás keretében fogadta a szakma képviselői, ahol egyedülállóan jelen voltak mind a kórházi, mind az otthon-szülésben jártas és gyakorló szülésznők.

2012-2013-ban akkreditált továbbképzéseket tartottunk az EMMI épületében és kórházakban

2015-ben az ERGO Regionális Szervezet meghívására Áldás, népesség a Kárpát-medencében 3 napos szakmai előadásokkal tarkított konferencia keretein belül családi fesztivált tartottunk Lakitelken.

Több településen határainkon belül és kívül ismertettük meg az AnyaBaba egységet előadásokon, műhelymunkákon.

Oktatás

Nagy örömünkre szolgál, hogy a SE-ETK-n, 2012 tavaszától három féléves tantárgyként oktatják az otthon-szülést. Örülünk annak is, hogy több - otthon-szülésben gyakorlatot szerzett - bábát megkerestek közreműködőként.

Nemzeti Bizottság felállítása

Az AnyaBaba ellátás magyarországi bevezetése, elterjesztése és minőségének fenntartása érdekében Nemzeti Bizottságot állítottunk fel, melyben magyar és nemzetközileg elismert szaktekinélyek, illetve szervezetek képviselői kapnak helyet, akik megfelelő tudással, tapasztalattal és kapcsolati rendszerrel bírnak, így folyamatosan biztosítják a minőségi kritériumokat. Ez a szakmát és civilszervezeteket, szülői érdekképviselőket tömörítő grémium már létezik, és örömmel vesz részt az Államtitkársággal szoros együttműködésben a szülészeti ellátás színvonalának javításán.

Elért eredmények

Szülésznői szakmakód létrejött. Segítségével a szülésznőknek lehetőségük nyílik önálló munkavégzésre, önálló praxis beindítására.

Életbe lépett az Intézetén kívüli szülést szabályozó kormányrendelet. A bábapraxisok biztosítják az intézetén kívül megszületendő kisbabák és szülő édesanyák biztonságát, szakmai hátterét.

Az Állampolgári jogok biztosának átadtuk „Az optimális szülészeti ellátás emberjogi szempontból” c. dokumentumot.

Bába szakmai nap – képviselői meghallgatás a Képviselői Irodaházban: egy asztalhoz ült, és közös álláspontot képviselt az intézményen belüli és kívüli szülésznő-bába szakma.

- NEFMI Eü Államtitkárság – megbeszélés
- EU Parlamenti képviselők – AnyaBaba-barát mozgalom támogatása
- Kidolgoztuk az AnyaBaba-barát ellátás egészségügyi, társadalmi és gazdasági tanulmányt
- Több sajtós nyilatkozat
- Kerek-asztal beszélgetések, családi napok, szakmai napok az ország több pontján
- Látogatás a Parlament és az EMMI képviselőivel Feldbachban
- Konferencia és roadshow – 2012–13
- Célja: szakembereket és az érdeklődőket jobban megismertetni az AnyaBaba-barát szülészeti ellátási modellel, és azokkal a kutatásokkal, szakmai információkkal, melyek ezt az ellátási modellt alátámasztják.
- 50 civilszervezet aláírásával (24 óra alatt) Geréb Ágnes kegyelmi kérvényének pozitív elbírálásáért folyamodtunk a köztársasági elnök úrhoz
- Részt vettünk a 2 önálló bábapraxis létrejöttében – folyamatos egyeztetések a kormányrendelet módosításával
- Michaela Mrowetz asszony – szeparációs trauma és bonding

- Önálló szülésznői várandósgondozás
- Felmérés – az anya és újszülött elhelyezése a szülészeten
- Az Alapellátás tv. szerint 2016. január 1-től hüvelyi szülés határmája 1 napra módosul
- Erdély, Délvidék, ország különböző pontjai
- Séta a Szülés minőségéért

Néhány szó az AnyaBaba szülészeti ellátásról és a jelenlegi gyakorlatról

A szülés és a születés kérdése minden embert érint, nem csak a gyermeket vállaló nőket és családjukat, hiszen mindenki magában hordozza születése élményét és ez hatással van fejlődésére, személyisége kialakulására, társas kapcsolataira és családi életére.

Az elmúlt évtizedekben az anya- és csecsemőgondozás terén elért sikerek ellenére még mindig komoly problémákkal kell szembenézni. A XXI. század kihívása, hogy eljuttassa a szakképzett egészségügyi ellátó személyzetet és a sürgősségi ellátást oda, ahol arra szükség van. Ám ahol a jótékony, életmentő beavatkozásokat rutinszerűen és indokolatlanul végzik, és ennek káros hatásai tudományosan igazolhatóak, ott a beavatkozások visszaszorítását és a megmerevedett gyakorlat átalakítását kell célnak tekinteni.

Ma Magyarországon számos példát találunk a várandós nők gondozásának, felkészítésének hiányosságaira, és az indokolatlanul, rutinszerűen végzett művi beavatkozásokra a vajúdas és a szülés ideje alatt. További gondot jelent az anyatejjel szemben a mesterséges táplálás elterjedése és széleskörű alkalmazása.

A kórházakban a vajúdos édesanyákat fokozott mértékű ellenőrzés alatt tartják, ami miatt lelassulhat a vajúdas és a szülés folyamata. Ezek az eljárások az **Egészségügyi Világszervezet** szerint **hatástalanok** vagy éppenséggel **károsak**, mert alkalmazásukkor **csökken a természetes szülés esélye**. A gátmetszések, a császármetszések és egyéb rutinszerű, indokolatlan beavatkozások magyarországi aránya is messze meghaladja a WHO ajánlása szerinti mértéket. Az anya és az újszülött közötti kötődést és testi-lelki egymásra hangolódást gátolja, hogy a szülést követő 24 óraban a gyermeket elválasztják az édesanyjától, és ezáltal az anya is hajlamossá válik a depresszióra, valamint negatív hatással van a gyermek későbbi jóllétére.

A felsorolt problémák kialakulásáért a szüléssel és gyermekgondozással kapcsolatos téves szemlélet a felelős. A várandósságot, a szülést és az anyatejes táplálást ma napság nem tekintik természetes folyamatnak. Holott minden nő képes megszülni és táplálni gyermekét pusztán azért, mert nőnek született! A *normális és komplikációktól mentes természetes szülés* tehát *normának* tekintendő, ezért szükség lenne a várandós jog megalkotására. Ugyanígy *normaként* kellene tekinteni az *anyatejre*, amely a legmegfelelőbb táplálék a gyermek számára.

A **Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés** (International MotherBaby Childbirth Initiative, IMBCI) a világ 163 országából érkező szakembergárda segítségével és olyan szakmai tanácsadó szervezetek támogatásával, mint a WHO vagy az UNICEF, olyan irányelvet dolgozott ki az egészségügyi szakemberek számára, amely alapját képezi a gyakorlat és a szemlélet megváltoztatásának. Az IMBCI szerinti ellátás minden nőt tisztelettel és méltósággal kezel, a bábai szaktudást ismeri és általánosan alkalmazza, a várandós és szülő nőt folyamatosan tájékoztatja és támogatásról biztosítja, valamint lehetővé teszi az apa, családtagok vagy dúla jelenlétét szüléskor, ha erre igény van.

Előtérbe helyezi a szakértelmet és a biztonságot, melyet az élettani folyamatokat szem előtt tartó és azokat ismerő szakember jelenléte és a megfelelő eszközök elérhetősége biztosít, szem előtt tartja a szülő nő kényelmét, és a fájdalom csillapítására nem-gyógyszeres lehetőségeket kínál. **Tudományos és gyakorlati bizonyítékokon alapuló módszereket** alkalmaz, és elkerüli a normál vajúdas és szülés esetében károsnak bizonyuló beavatkozásokat, intézkedéseivel hozzájárul az egészséges jólléthez, megelőzi a betegségeket és veszélyhelyzeteket, komplikáció esetén pedig hozzáférést biztosít a szakszerű sürgősségi ellátáshoz. Megteremt a folyamatosságot és az együttműködést az anya és a gyermek egészségügyi ellátása terén. Engedi a vajúdas a maga ideje szerint zajlani, és az anyát a számára megfelelő testhelyzetben szülni. Az anya és gyermek közötti azonnali és folyamatos bőrkontaktust nem akadályozza, mert ez pozitív lelki hatásain túl segíti a sebgyógyulást, csökken a fájdalom érzése, a szorongás és a depresszió esélye.

A **WHO és az UNICEF** 1991-ben indította útjára a Bababarát Kórház Kezdeményezést, amely a szoptatást normaként tekinti és támogatja. Ennek oka, hogy az anyatejes táplálásnak számos előnye van: tápanyag összeállítása optimális, erősíti a gyermek immunrendszerét, segíti az arc, a fogak és a beszéd fejlődését, a kéz- és szemkoordinációt, jó hatással van az anya-gyerek kapcsolatra, az anya és a gyermek lelkiállapotára, pozitívan hat a szülői magatartásra. Gazdasági hatása is kedvező a tápszerrel szemben, hiszen a tápszer beszerzése megterheli az állam és a családok költségvetését, előállítás és csomagolása pedig környezetszennyező. Tápszer csak abban az esetben helyettesíthetné az anyatejet, ha a saját anya tejéhez vagy idegen anyatejhez nem jut a csecsemő.

A nemzetközi irányelvek és gyakorlat meghonosításának várható következménye, hogy nő a gyermekvállalási kedv, csökken az egészségügyi ellátás költsége, és ha az anyák és gyermekeik méltósággal, örömteli módon élhetik meg a szülés és születés folyamatát, akkor a testileg-lelkileg egészséges, boldog családok megalapozhatják egy egész társadalom jó irányú fejlődését. Ennek érdekében fontos a szülő nőt tisztelettel gondozni, az anyát és gyermekét elválaszthatatlan egységként kezelni. A háborítatlan, természetes szülésre, valamint az anyatejes táplálásra normaként kellene

tekinteni, laktációs tanácsadással és helyes példával pedig sikeressé válna a szoptatás. A sürgősségi orvosi beavatkozások elkerülésére a **gondoskodás bábai modelljének** megteremtése kínál megoldást. Az AnyaBaba ellátás megvalósulásának tere egy olyan **referenciaintézmény**, amelynek *sikeres gyakorlatát és eredményeit más intézményekben is meg lehet valósítani*, ezeket más helyszínrre, intézményi foktól függetlenül adaptálhatóvá teszi. Nagy örömünkre szolgálna, ha ez a Budapest, II. kerületben valószínűleg meg, ahol szülészeti intézmény még nincs, viszont közlekedési szempontból, a kerület nagysága és a közlekedési csomópontokhoz való közelsége miatt alkalmas lenne egy ilyen nemzetközi és hazai érdeklődésre számot tartó kezdeményezés. Az Irgalmasrendi kórház épületei, ellátottsága alkalmas erre a célra. Ezen felül 3 másik intézmény jelentkezett, hogy szívesen bevezetnék az AnyaBaba alapelveken működő szülészeti gondoskodást.

A referenciaintézmény mind Magyarországon, mind nemzetközi viszonylatban egyedül állónak számít, hiszen a világon egyelőre 8 ilyen intézmény létezik, Európában azonban csak 2 (!). Az AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Intézet ezekből a referencia intézményekből nemzetközi statisztikákat készít, melyeket nyilvánosságra hoz és hozzáférhetővé tesz, gyakorlati helyszínként ajánlja, és nemzetközileg publikálja. Amiben mi egyedülállót kínálunk az az, hogy nem egy meglévő intézményt alakítunk át, hanem eleve így kezdünk. Ez az intézmény a nemzetközi színvonalú, azonban mindenki számára hozzáférhető, tb-finanszírozott ellátás mellett oktatási szerepet is vállal, gyakorlati szintén, illetve hazai és nemzetközi konferenciákon is kíváncsiak az itt nyújtott eredményekre. Lehetőség nyílik az itt felhalmozott tudást és gyakorlatot publikálni és ezzel hírnevet szerezni az országnak, a fővárosnak, a kerületnek és az intézménynek.

Ékes Ilona képviselő asszonynak 2011. május 10-én átnyújtottuk, rajta keresztül az Országgyűlés elé nyújtottuk petícionkat, melyben a fentiek megvalósításához kérjük az ország vezetőinek hathatós támogatását, és az összegyűlt aláírásokkal jelezzük, hogy ez társadalmi igény: <http://www.gopetition.com/petition/36784.html> Ehhez több 30 civilszervezet és több ezer aláíró csatlakozott.

Kapcsolat:

Csomóné Lindmayer Katalin

Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés magyarországi referense

+36 20 9527358

katalin@lindmayer.hu

www.anyabaszuleszet.hu

<https://www.facebook.com/anyabababarat>

www.imbci.org

Horvát Edina

A MAGZATI ÉLET – PRENATÁLIS FEJLŐDÉS

A magzati élet vizsgálata nem túl régi múltra tekint vissza, mindössze körülbelül két évtizede foglalkozik vele a tudomány. Ez az úgynevezett prenatális szakterület, mely azon az elméleten alapszik, hogy az egészséges testi fejlődésünkre és a lelki életünkre meghatározó módon hat az anyaméhben eltöltött első 9 hónap.

Sokáig hitték azt az orvosok-pszichológusok, hogy az ember csak a születése után szerez tapasztalatokat az életéhez, a környezeti és neveltetési hatások révén. Tehát attól függ a személyiség kialakulása, hogy a szülők hogyan reagálnak rá és attól, hogy milyen események történnek meg vele a születése után. Majd az új keletű – pre és perinatális kutatások során bebizonyosodott, hogy ez nem így van.

A lelki élet nem a születéssel kezdődik, hanem sokkal korábban, már a fogantatás pillanata, és az odavezető út is hatással van a későbbi életünkre, egészségünkre és a személyiség fejlődésünkre egyaránt.

Az ultrahangos vizsgálatok terjedésével szárnyra kaptak a magzati élet kutatásai, és Alessandra Piontelli, az ultrahangos vizsgálatok úttörője, volt az elsők között aki 12 magzatot figyelt meg munkássága során. 4 egykét és 4 ikerpárt. Ultrahanggal követte a fejlődésüket a magzati életben, majd egészen 4 éves korukig tartotta a szülőkkel és a gyermekekkel a kapcsolatot és figyelte a viselkedésüket.

Legérdekesebb megfigyelése, hogy teljesen természetes folytonosság fedezhető fel a magzati élet és a születés utáni viselkedés között. Minden megfigyelt magzatnak megvoltak a viselkedés béli sajátosságai, amik később a születés után is fellelhetőek voltak. Vagyis, egyetlen olyan tulajdonsága sem volt egyetlen újszülöttnak sem a megszületése után, melyet ne lehetett volna már a magzati életben megfigyelni.

Biológia órán rengeteget hallhattunk az emberi test fejlődéséről, genetikáról, szervekről és szervrendszerekről. Talán már untuk is ezeket, és gyorsan átlapoztuk a fejezeteket, pedig ha kíváncsiságból kicsit jobban belegondolunk a fejlődési folyamatokba és megfigyeljük őket, akkor egy egészen csodálatos felépített világ tárul a szemünk elé.

Így van ez egészen a kezdetek kezdetétől, a fogantatás pillanatától, amikor két kis különleges sejt egymásra talál és létrehozzák azt az élő – fejlődő egységet, mely az emberi test előfutára.

Hogyan indul az életünk?

Egy szexuális aktus során körülbelül 4-500 millió hímivarsejt indul útjára, akik minduntalan akadályokba ütköznek.

Az első akadály, a *hüvely savas közege*, mely védi a női szervezetet a kórokozók ellen, viszont a hímivarsejtek túlélési lehetőségeit nagymértékben csökkenti. Éppen ezért ők lúgos váladékban úsznak, hogy megemeljék a hüvely kémhatását olyan mértékűre amilyen közegben már mozgékonyabbak.

A második akadály a *méhnyak*. Nyálkás dugója egy burkot képez, amellyel tőrbe csalja, úgymond elnyeli a hímivarsejtek millióit. Ezáltal a méhbe már csak körülbelül 3 millió hímivarsejt jut be.

A harmadik akadály a *távolság*. Gyors farok csapkodással úsznak a cél felé, percenként 1-1.5 cm-t tesznek meg. 30 cm-t kell megtenniük a petevezetékig, de ez az ő méretükhöz képest kiló métereknek számít. Körülbelül 10 óras utat tesznek meg, míg elérnek a fogantatás helyszínére a petevezetékbe.

A negyedik akadály a *petevezeték kiválasztása*. Itt a „társaság” fele szelektálódik. Habár a mai kutatások szerint a hímivarsejtek szaglással rendelkeznek, ami által érzékelik a petesejt által kibocsájtott illat anyagokat, ami segíti őket a tájékozódásban, mégis sokan rossz döntést hoznak ezen a ponton és eltévednek.

Az ötödik akadály a *hullámzó csillók* és a petesejtet előre, a méh felé hajtó izom összehúzódások hátráltatják a hímivarsejteket.

Nagyságrendileg 500 hímivarsejt ér „*célba*” és találkozik a petesejttel. A petesejtet körülvevő burok feloldásában segítenek az ivarsejtek annak az egynek, aki végül átjut a protein zónán és megtermékenyíti a petesejtet. Amikor egyesülnek az ivarsejtek, abban a pillanatban a petesejt lezár, és nem enged be több hímivarsejtet. Az anyai és az apai kromoszómák összekapcsolódnak, és elindul az új ÉLET.

Ez az egyetlen sejt az előfutára egy emberi lénynek. Ez a nagy pillanat.

A sejtmagok összekapcsolódnak, az apai és az anyai génállomány egyesül. Ez azt jelenti, hogy a szüleink valamennyi tulajdonsága ott van bennünk a sejteink mélyén, persze nem minden fejeződik ki az életünk során, mert az függ a környezeti hatásoktól is, de a megtermékenyítés pillanatában a jövőnk körvonalazódott: ebben a pillanatban eldőlt, hogy fiúnak vagy lánynak születünk, valamint, hogy milyen tulajdonságokkal és hajlamokkal rendelkezünk majd.

Ezt az egész történetet egyetlen szóval illetjük: Fogantatás.

Pedig láthattuk, hogy milyen sok-sok érdekes esemény megtörténik már ekkor, pedig életünknek ez csak egy nagyon kicsike, (de annál fontosabb) momentuma.

Nos, igen, a magzati élet nem unalmas, s ahogy tovább lépünk a fejlődésben egyre érdekesebb és különlegesebb események történik meg, egyik pillanatról a másikra, míg fejlődik a test az anyaméhben.

S a mai kutatásokból tudjuk, hogy nem csak a test fejlődik, hanem fejlődik a lélek is. Az információk tudatosan ugyan nem, de sejtszinten elraktározódik a testben, vagyis a magzati élmények tudat alatt megmaradnak és később hatásukat fejtik ki a születés utáni életben is. Kihatással vannak a viselkedésre és a személyiség fejlődésre egyaránt.

Rengeteg kísérlet bizonyítja ma már, hogy a magzati élmények nem törlődnek ki a tudatból. A legegyszerűbb példa, amikor az anya ugyanazt a dallamot hallgatja sokszor a várandós hónapok alatt, és a születés után, mikor a baba meghallja, megnyugszik tőle, hiszen emlékszik rá.

Egy másik történet arról a kisfiúról szól, aki arról mesél, hogy nem mert kibújni a lyukon, mert ott volt az a ronda macska. Édesanyja visszaemlékezett, hogy nehéz szülni volt, és közben az orvos mobiltelefonja sokat csörgött - a csengőhangja macskanyávogás volt.

De megfigyelhetjük azt is, hogy nagyon sok gyermek akkor érzi magát biztonságban, ha vele van a legkedvesebb plüsskutyája, rongyocskája vagy pelenkája, amit mindenhol magával visz. Nem is gondolnánk, de ez sokszor azért van, mert a gyermek a születéskor hirtelen elveszített méhlepényét pótolja vele.

Aztán vannak gyermekek, akik visszahúzódva, magukban játszanak, és nem igazán szeretnek másokhoz kapcsolódni. Gondolnánk-e arra, hogy esetleg a meg nem született ikertestvérük után – akiről az anya nem tud - szomorkodnak?

Valószínűleg nem...

Hiszen sokáig nem is tudtuk, hogy ilyen események megtörténnek, vagy, hogy ezeknek van bármiféle jelentőségük.

Pedig van, meghatározza az egész életet, amit élünk.

*Lakitelek, 2015
Horváth Edina*



Andrek Andrea

A PRENATÁLIS IMPRINTING RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ HATÁSAI - A SZÜLŐ-MAGZAT KAPCSOLAT KEZDETE ÉS KONTINUITÁSA

ELTE PPK Affektív Pszichológia Tanszék

Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés

*Elhangzott a Egészséges életkezdet: traumákon innen és túl – Nemzetközi konferencián
2015. november 13-án*

Az anyaméh, mint elsődleges ökológiai környezet a gyermeket váró család kognitív, emocionális és spirituális rendszere. A gyermeket váró párt körülvevő tágabb kulturális, szociális, gazdaság és társadalmi tényezők mind hatással vannak a magzat fejlődésére, és befolyásolják a szülők és magzatuk között zajló személyes „*dialogust*”.

Az intrauterin fejlődés kizárólag az adott személy szociális kontextusában értelmezhető: a veleszületett genetikai programot a szociális kapcsolatokban megvalósuló interakciós tapasztalatok működtetik (Francis, Diorio, Liu és Meaney, 1999). Az méhen belüli és kívüli környezeti hatások valamint az anya magatartása interakcióba lép az embrió/magzat veleszületett temperamentumával és adottságaival, s mindez befolyásolja a fejlődés irányát. (Reissland, 2010). Önmagában az, hogy pl. mekkora mennyiségű vér érkezik a magzathoz, nagyban függ attól, hogy az anya milyen testi-lelki állapotban van. A dohányzás, az alkohol, a magzat tartós elutasítása, negatívan befolyásolja a magzatba jutó vér mennyiségét. Az anya ellazulása, feltöltődése, a társas támasz jelenléte ugyanakkor pozitívan hat a keringésre, az optimális fejlődésre.

A „*magzati programozás hipotézis*” kezdetben az epidemiológiai kutatások eredményei nyomán fejlődött, napjainkban mind nagyobb teret hódít az evolúciós biológiai és fejlődés-biológiai kutatások területén is. A fenotípusos plaszticitás mechanizmusa áll azon összefüggés hátterében, hogy pl. korlátozott táplálék/energiaellátás miatt kis súllyal született egyének későbbi élete során megnő a különböző krónikus megbetegedések megjelenésének valószínűsége (Ellison, 2010). A magzati programozás hipotézise tehát azt a jelenséget fogalmazza meg, miszerint a fejlődés méhen belüli fázisának körülményei olyan élettani lenyomatokat képeznek, amelyek sok évvel későbbi kockázati tényezőként jelentkeznek egyes betegségek tekintetében.

Az elmúlt évek során számos vizsgálati adat igazolta a születés körüli alacsony testsúly és a későbbi szív- és érrendszeri megbetegedések (Barker, Osmond, Golding,

Margetts és Simmonds, 1989), felnőttkori cukorbetegség és egyéb anyagcserezavarok kialakulásának kockázatát (Ismail-Beigi, Catalano és Hanson, 2006).

A kutatások azt igazolták, hogy a jelenség hátterében a HPA tengely (hippotalamusz-hippofízis-mellékvesekéreg tengely) aktivitásának és válaszkészségének epigenetikai megváltozása áll (Ellison, 2010). Egyrészt a várandós anya táplálkozása (éhezés, diéta), másrészt temperamentuma, stresszel való megküzdése, pszichés státusza is hatással van a magzati HPA tengely működésének hangolásra (Muldera, 2002).

Az anya kilátástalan, magányos élethelyzete, tartós depressziója, vagy a magzat érzelmi elutasítása, mind olyan körülmények, amelyek tartósan magas stresszhormon szintet tartanak fenn az anyában. A kóros mennyiségű stresszhormon a magzatba jutva befolyásolja az agyfejlődést, mintegy „*beprogramozza*” az állandó stresszállapotot, mint normát (Bessel, 1991; Volavka, 1995). A krónikusan megemelkedett anyai stresszhormonszint rövidtávon úgy hat a magzatra, hogy a lehető legtöbb vért juttatja a perifériás keringésbe, ellátva azokat a hátsó agyi területeket, amelyek a végtagok és reflex reakciók vezérléséért felelnek. Ennek következtében a zsigeri és előagyi területek, pl. azok, amelyek a magasabb rendű kognitív funkciókért felelnek, hiányt szenvednek. A magzati korban elszünetelt stressz-hatások hosszú távon sejtpusztulást és új sejtek képződésének gátlását okozzák a hippokampuszban (Kaufman, Plotsky, Nemeroff és Charnay, 2000; Gould, Tanapat, Rydel és Hastings, 2000). Miután a hippokampusz kiemelt szerepet játszik számos kognitív funkcióban (tanulás, emlékezet, stb.) és a stresszválasz szabályozásában, a korai sejtpusztulás maradandó hátrányt okoz az egyednek.

Meaney és munkatársai (1988) állatkísérleteikben a magzati programozás pozitív hatását igazolták. Azok a patkányutódok, akiknél újszülött korban az anya intenzív tisztogató-nyalogató viselkedését mutatott, felnőttként alacsonyabb szorongási szintet mutattak különböző feladat megoldási helyzetekben. Az intenzív anyai gondoskodásban részesült nőtény egyedek továbbvitték ezt a magatartást saját utódaikra, akik ugyancsak az alacsony szorongási szintű viselkedési fenotípussal rendelkeztek. Az intenzív gondoskodó inger hatására erőteljesebb glükokortikoid kibocsátást regisztráltak a hippokampuszban, ill. alacsonyabb volt a HPA-tengely reaktivitásuk stresszhelyzetben. Ez a hatás epigenetikus mintázatként örökítődött át a női ágon, több generáción keresztül.

Humán vizsgálatok igazolták a magzati programozás jelenségét az anyai éhezés és a későbbi pszichiátriai megbetegedések összefüggésében (Susser, Hoek és Brown, 1998). A második világháború alatt Hollandiában, viszonylag rövid ideig a lakosság, s így a várandós anyák is extrém éhezés áldozatai voltak. Szignifikánsan emelkedett a skizofrénia és más pszichiátriai megbetegedésre való hajlam azoknál a személyeknél, akiket az éhezés hatása a második trimeszter fejlődésének idején ért.

Costello és munkatársai azt találták, hogy lányoknál az alacsony születési testsúly négyeszer nagyobb kockázatot jelent a serdülőkori depresszióra való hajlam tekinte-

tében, mint a normál testsúlyú lányoknál, és hétszeres kockázatot a bármilyen súlyú fiúkhoz képest (Costello, Worthman, Erkanli és Angold, 2007).

Az elmúlt évek során a humán prenatális stresszkutatások jelentős része a természeti katasztrófákat átélő várandósok gyermekeinek utánkövetéses vizsgálataiból származnak. Ezek eredményei új perspektívából mutatják be a témát, hiszen vizsgálati személyeik olyan „áldozatok”, akik a véletlen folytán, „random” kísérleti helyzeti elrendezésben kerültek nehéz élethelyzetbe, szemben a korábban vizsgált életeseményekhez kapcsolódó pszichoszociális (pl. válás, munkahely elvesztése stb.) stresszhelyzetekben. Az egyik legalaposabban dokumentált humán prospektív vizsgálat az 1998 telén Dél-Kanadát sújtó jégvihar, amelynek következtében több mint 3 millió ember 6 héten át életveszélyes helyzetbe került (Charila, Laplante, Vaillancourt és King, 2010). E sajnálatos természeti katasztrófa várandós anyák és magzataik minden korosztályát (is) érintette, különböző súlyossági fokozatban, s ennek hatása hosszú távú utánkövetésben számos következtetésre nyújt módot. Szignifikáns elmaradást találtak az objektíven intenzív prenatális stresszt átélő gyermekek kognitív, játék- és nyelvi fejlődésében az alacsony fokú stresszt átélte gyermekekhez képest 2, 5 és 8 éves korban, függetlenül az anyák saját szorongási szintjétől. Hasonlóképpen nagyobb mértékben találtak ujjlenyomat aszimmetriát azoknál a gyermekeknél, ahol az anyák hosszabb időt töltöttek áramellátás nélkül a vihar idején várandósságuk 14. és 22. hete között, összehasonlítva más fejlődési fázisban lévő gyerekekkel. Mivel átfedés mutatkozik az ujjlenyomat mintázat és a hippokampusz fejlődésének időszaka között, ezért az aszimmetria-mintázatok az agy (elsősorban a hippokampusz) rendellenes fejlődésére utaló jelként értelmezhetők, összhangban azzal a ténnyel, hogy az ujjlenyomat és az agyi struktúra egyaránt az embrionális ektodermből származik.

A perinatális stressz elszünetésének időpontja kulcskérdés a károsodás mértékének szempontjából: legérzékenyebben az 1. és 2. trimeszterben, azaz az agyfejlődés legintenzívebb fázisában lévő magzatokat érintette az anyára ható váratlan, nagyfokú stressz (King, Mancini-Marie, Brunet, Walker, Meaney és Laplante, 2009).

Állatkísérletekben azt találták, hogy a perinatális stressz hatására létrejövő csökkent neurogenézis a hipokampuszban pozitívan befolyásolható az utódoknál posztnatális masszázs-stimulációval (Lemaire, Lamarque, Le Moal, Piazza és Abrous, 2006).

Mindezek a tapasztalatok arra utalnak, hogy a születést követően érdemes figyelmet fordítani az intenzív szülés körüli stresszt átélő anyák és gyermekeik pozitív ingerlésére (pl. babamasszázs programok), hiszen egyéb jól ismert hatásain túl pozitívan befolyásolja a károsodást szenvedett agyi struktúra fejlődését.

Az érzelmi elhanyagolás és az anyától való tartós szeparáció az egyik legsúlyosabb stressz-faktor az embergyerek számára. Az ilyen behatások drámai mértékű anatómiai és neurobiológiai következményeiről csak nem régóta tudunk. Egy kutatásban olyan örökbefogadott 7-11 éves gyerekeket vizsgáltak, akik életük első 3 évét romá-

niai árvaházakban kirívóan rossz körülmények között, szociális ingermegvonásban, szegényes környezetben töltötték, majd később jómódú, szerető családok örökre fogadták őket (Chugani, 2001). Öt-hét évvel az ingerszegény környezetből kikerülve agyműködésük vizsgálata során azt találták, hogy alulműködnek mindazon területek, amelyek az érzelmi ingerekre adott zsigeri válaszok, valamint a stressz-válasz szabályozásban játszanak szerepet. A szerzők ugyan nem tesznek említést a gyerekek intrauterin fejlődéséről, de miután megszületésüket követően kerültek állami gondozásba, sejthető, hogy elutasításuk, érzelmi elhanyagolásuk intrauterin életükben kezdődött.

A közvetlen (pl. táplálkozás, nikotin, alkohol, drogok) és közvetett (anyai stressz, elutasítás) élettani kommunikáció tehát befolyásolja a szinaptikus kapcsolatok alakulását, és maradandó nyomot hagy az érzékeny és plasztikus agyi struktúrában.

A szülő-magzat kapcsolat kezdete és kontinuitása

Bár mindig is az anyai tapasztalat részét képezte, mára számos tudományos bizonyíték gyűlt össze azzal kapcsolatban, hogy az anyai szenzitivitás és érzelmek gyökere a várandósság idejére nyúlik vissza. A várandósság előrehaladásával nő a magzat iránt táplált érzelmek intenzitása, hirtelen változást, erősödést írnak le a magzattal való kapcsolat alakulásában a magzatmozgások első észlelésének élménye nyomán (Froen, Heazell, Holm-Tveit, Saastad, Fretts és Flenady, 2008). A harmadik trimeszterre, amint ezt korábban láthattuk, az egymástól világosan elkülönülő aktív és nyugalmi magzati viselkedés arra készíteti az anyákat, hogy magzatuk állapotával szinkronban válaszoljanak a jelzésekre.

Egyik anya-magzat kötődést mérő kérdőíves vizsgálatban a magas pontszámot elérők intenzívebben vonódtak be a posztantális inetrakciókba, mint az alacsony pontszámot elért csoport tagjai (Siddiqui, 2000). A szignifikáns különbség leginkább abban mutatkozott, hogy a prenatálisan intenzívebben kötődő anyák számottevően több proximális ingerben részesítették gyermekeiket (finom érintés, simogatás, ölelés). Ugyanakkor nem mutatkozott összefüggés a prenatális kötődés intenzitása és az anyai válaszkészség között, aminek egyik magyarázata az lehet, hogy az anyai válaszkészség biológiai értéke magas, az utód túlélése múlik rajta, ezért a prenatális kötődés nem játszik kulcsszerepet a megjelenésében.

Több vizsgálatban is tetten érhető volt a pre- és posztnatális anya-gyermek kötődési korreláció, ám ennek közepes mértéke éppen arra utal, hogy a születés utáni kötődés minőségét számos egyéb faktor is befolyásolja (Müller, 1996).

Ikergyermek és anyáik pre- és posztnatális kötődésének összefüggését vizsgálva rámutattak arra, hogy az anyai post partum depresszió a születés utáni kötődés variációjának 26%-át magyarázza (Damato, 2004). A császármetszés, továbbá az ikerpár egy

vagy mindkét tagjának intenzív osztályon való ápolási szükséglete nagyban befolyásolta a pre- és posztnatális kötődés minőségét.

Mindez arra utal, hogy az anya-gyermek kötődésre, mint kontinuumra érdemes tekintenünk, amelynek gyökerei a magzat iránt ébredő érzésekig és érzékeny ráhangolódásig nyúlnak vissza. A születés után ezekre épülnek majd az érzelmek és az újszülött jelzéseire adott szenzitív válaszok. Ha a körülmények kedvezőek, a prenatális kötődés zavartalanul alakul a születést követően is. A mentálisan egészséges, befogadó anya nem csak az újszülött stressz-jelzéseire érzékeny, hanem a gyermek fejlődési szintjeinek működésére és ritmusára is. Ha azonban nehézségek, elakadások lépnek fel, az anyának segítségre, támogatásra lehet szüksége abban, hogy kapcsolatba tudjon kerülni, ill. kapcsolatban tudjon maradni újszülöttjével, csecsemőjével.

Összegezve a fentiek elmondhatjuk, hogy az intrauterin fejlődés során a magzat rugalmas alkalmazkodóképessége a változó környezeti körülményekhez egyben kiszolgáltatottságának, sérülékenységének forrása is, ha a körülmények kedvezőtlenek és fenyegetőek. A teratogén ártalmak, a tartós stressz, az anya huzamos depresszív állapota és az elutasítás károsítják a strukturális és funkcionális fejlődést. A méhen belüli életfázis érzékenysége ugyanakkor lehetővé teszi a negatív folyamatok visszafordítását: az anya életfeltételeinek javulása, érzelmi támogatása pozitívan hat magzatára is, amely hosszútávon kedvező irányba befolyásolja a későbbi szülő-gyermek kapcsolatot és kötődést.

IRODALOMJEGYZÉK:

- Barker, D.J.P. Osmond, C., Winter, P.D., Margetts, B., Simmonds, S.J. (1989) Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *The Lancet*. 1989; 334 (8663) 577-580
- Bessel A, Saporta K, Saporta J. (1991): The Biological Response to Psychic Trauma: Mechanisms and Treatment of Intrusion and Numbing. *Anxiety Research*, 4, 199-212
- Charila, A., Laplante, D.P., Vaillancourt, C., King, S. (2010): Prenatal stress and brain development. *Brain Research Reviews*. 2010;65(1-2):56-79
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F., Chugani, D. C. (2001): Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized romanian orphans. *Neuroimage*, 14: 1290-1301.
- Costello, E.J. Worthman, C., Erkanli, A., Angold, A. (2007): Prediction from low birth weight to female adolescent depression: a test of competing hypotheses. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(3):338-344.
- Damato, E.G. (2004): Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Advances in Neonatal Care*. 2004; 4(5):274-291
- Ellison, P.T. (2010): Fetal Programming and Fetal Psychology. *Infant and Child Development*. 2010;19(1): 6-20.

Francis, D.D., Diorio, J., Liu, D., Meaney, M.J. (1999): Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 286:1155-1158

Froen, F., Heazell, A.E.P., Holm-Tveit, J.V., Saastad, E., Fretts, R.C., Flenady, V. (2008): Fetal movement assessment. *Seminars in Perinatology*. 2008;32(4): 243-246.

Gould, E., Tanapat, P., Rydel, T., Hastings, N. (2000): Regulation of hippocampal neurogenesis in adulthood. *Biological Psychiatry*, 48: 715-720.

Ismail-Beigi, F., Catalano, P.M., Hanson, R.W. (2006) Metabolic programming: fetal origins and metabolic syndrome in the adult. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism*. 2006;291(3):439-440

Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B., Charnay, D. S. (2000): Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biological Psychiatry*, 48: 778-790.

King, S., Mancini-Marie, A., Brunet, A., Walker, E., Meaney, M.J., Laplante, D.P. (2009): Prenatal maternal stress from a natural disaster predicts dermatoglyphic asymmetry in humans. *Developmental Psychopathology*. 2009;21:343-353.

Lemaire, V., Lamarque, S., Le Moal, M., Piazza, V., Abrous, D.N. (2006) Postnatal stimulation of the pups counteracts prenatal stress-induced deficits in hippocampal neurogenesis. *Biological Psychiatry*. 2006;59:786-792

Meaney, M.J., Mitchell J.B., Aitken D.H., Bhatnagar, S., Bodnoff, S.R., Iny, L.J., Sarrieau, A. (1991): The effects of neonatal handling on the development of the adrenocortical response to stress: implications for neuropathology and cognitive deficits in later life. *Psychoneuroendocrinology*. 16(1-3):85-103.

Mulder, E.J.H., Robles de Medina, P.G., Huizink, A.C., Van den Bergh, B.R.H., Buitelaar, J.K., Visser, G.H. (2002): Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*. 2002; 70(1-2): 3-14

Müller, M.E. (1996): Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetrical Gynecology and Neonatal Nursing*. 1996;25(2):161-166

Reissland, N., Hopkins, B. (2010): Introduction: Towards a fetal psychology. *Infant and Child Development*. 2010; 19: 1-5

Siddiqui, A., Haeggliöf, B. (2000): Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*. 2000; 59 (1): 13-25.

Susser, E., Hoek, H.W., Brown, A. (1998): Neurodevelopmental Disorders after Prenatal Famine: The story of Dutch Famine Study. *American Journal of Epidemiology*. 1998;147(3):213-216.

Volavka, J. (1995): *Neurobiology of Violence*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

AZ ANYA ÉS AZ ÚJSZÜLÖTT ELHELYEZÉSE SZÜLÉS UTÁN – FELMÉRÉS 2015. NOVEMBER

A Semmelweis Mozgalom a szülészeti újjászületéséért felmérést végez a magyarországi szülészeten az AnyaBaba szülészeti ellátás bizonyos lépéseinek megvalósulásáról.

Vizsgálatunk tárgya

Az AnyaBaba szülészeti alapelvek közül az eddigi tapasztalataink alapján leginkább meg nem valósuló alapelv a szülészeten – az anya és az újszülött egységként történő kezelése.

Vizsgálatunk célja

Tapasztalatainkat alátámasztani vagy cáfolni, illetve a hatályos jogszabályok alapján jelentkező hiányosságokat feltárni, majd ennek alapján továbblépni.

Az alapelv

Az AnyaBaba szülészeti ellátás a WHO Normális szülésre vonatkozó ajánlásain alapul.

A vizsgálni kívánt alapelv szerint az anya és a gyermek egyéforrott egységet alkot a várandósság, szülés és kisgyermekkor során és ekként is kell kezelni őket, mivel egyikük ellátása jelentősen befolyásolja a másik ellátását.

A legtöbb országban elsősorban a bábák látnak el több millió szülő nőt, így ők kifejlesztettek egy olyan ellátási modellt, amely a várandósság, vajúdás, szülés és gyermekágyas idő normális fázisában, szociológiájában és pszichológiájában alapul. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés az ellátás bábai modelljét használja és megerősíti, hogy a bábai tudás, készségek és magatartás alapvetőek az optimális AnyaBaba ellátáshoz. Csökkenthetjük a pszichológiai trauma kockázatát és egyben erősíthetjük a nők bizalmát az őket gondozó személyzettel szemben, szülési tapasztalatát, segítségkérésre és a segítség elfogadására irányuló hajlandóságát, ha az anya kulturális, vallási és egyéni hiedelmeire, értékeire folyamatosan figyelemmel vagyunk.

Az elégedett szülések után a családok nagyobb bizalommal, megnyugvással néznek a családbővítés elé, és fel sem merülnek azok a pszichés blokkok, amelyek meddőséghez vagy szülés utáni traumából való félelemhez és a további szülés elutasításához vezetnek.

A fiziológiai és pszichológiai előnyök mellett az AnyaBaba ellátás a normális folyamatok támogatása miatt a beavatkozások alacsony számát eredményezi, így az a leggazdaságosabb szülészeti ellátás legyen szó akár alacsony kockázatú, akár klinikai ellátást igénylő eseteknél.

Válaszok összegzése

2014. májusában és 2015. novemberében 2 hét alatt 1187 válasz érkezett be az alábbi települések szolgáltatóiról:

Baja, Balassagyarmat, Békéscsaba, Budapest, Cegléd, Celldömölk, Debrecen, Dombóvár, Dunaújváros, Eger, Érd, Esztergom, Győr, Gyöngyös, Gyula, Hatvan, Hódmezővásárhely, Jászberény, Kalocsa, Kaposvár, Kartal, Kazincbarcika, Kecskemét, Kiskunhalas, Kistarcsa, Komárom, Kozármisleny, Miskolc, Mohács, Monostorpályi, Mosonmagyaróvár, Nyíregyháza, Orosháza, Ózd, Pécs, Salgótarján, Siófok, Szeged, Székesfehérvár, Szekszárd, Szigetszentmiklós, Szigetvár, Szolnok, Szombathely, Tatabánya, Telki, Vác, Verőce, Veszprém, Zalaegerszeg.

Válaszadók:

Szülőként 1149, szakdolgozóként, szülés körüli segítőként 36, szolgáltatóként 2 válasz érkezett.

A szülés helyszíne:

kórház - 95%, otthon - 3,4%, születésház 4%, tervezett szaksegítséggel kísért otthonszülés - 3,2%

Szülés módja:

70% hüvelyi szülés, 29% császármetszés és 3% egyéb műtétes eljárás (fogó, vákuum)

Gyermekek:

1135 élő kisbaba (ebből 13 ikerszülés) és 1 halott kisbaba

Kérdések

A kérdéseket az egészséges, természetes folyamatok, valamint az ezeket alátámasztó nemzetközi szakmai, szülészeti és pszichológiai ajánlások és az ezeket biztosító törvényi támogatás alapján tettük fel:

Ezek alapján az újszülött a születés után azonnal hasból hasra kerül és ott is marad, kizárólag az anya szükségletei idejére kerüljön el a testéről, közeléből. Az újszülött köldökzsinórját a pulzálás megszűnése után vágják el, majd megvárják, míg magától megtalálja az anyamellet, felkúszik, és saját erejéből szopik. (mellhezkúszás – önálló mellretapadás) Ez a folyamat a szülést követően kb. 50 perc után következik el, amenny-

nyiben az újszülöttet semmi nem zavarja meg a természetes folyamataiban, folyamatosan édesanyja testén pihent. Gyógyszeres vagy egyéb beavatkozás esetén ez az idő akár több órát is igénybe vehet, eddig az anya és újszülöttje számára a folyamatos együttléteket biztosítani kell és gondoskodni jóllétükről, gondozói jelenlétről.

Ebben őt kizárólag az édesanya segíti. A vizsgálatok elvégezhetőek az anya testén úgy, hogy közben az adaptálódás folyamatát nem zavarja meg semmi. A kisbaba ellátása elsősorban a szülők feladata, ebben őket kell támogatni és segíteni. Amennyiben az anya vagy a gyermek állapota nem engedi, akkor az anyát helyettesítő személy lehet az apa, de csak minimális időre. Ha a gyermek ellátása miatt eszközökhöz kell őt csatolni, az anya kísérelje és legyen elhelyezve a közelében. Szállításuk esetén, egységként szállítsák őket. Halálozás esetén a tisztelet- és méltóságteljes búcsúra biztosítsanak lehetőséget.

Császármetszés esetén is megoldható az újszülött elhelyezése az édesanya testén, erre Magyarországon nincs gyakorlat. Koraszüléskor különösen fontos, hogy az újszülött és az anya minél több időt tölthessenek együtt, akár egymás melletti ágyinkubátor elhelyezéssel, és a nemzetközi sztenderdeknek megfelelően a kenguru módszer alkalmazásával.

Minden vizsgálaton kizárólag a szülők tudta és beleegyezése után végezzenek el jelenlétükben. Az újszülött számára elsődleges táplálék az anyatej és a szoptatás a biológiai norma. Ezt támogassák és biztosítsák számukra. Ettől eltérni kizárólag az anya engedélyével és beleegyezésével lehet.

Összegzés

A válaszokból kitűnik, hogy a folyamatos bőrkontaktus nem valósul meg, bár az újszülöttet születése után rövid ideig édesanyja mellkasára helyezik, utána onnan rövid időn belül elviszik és vagy felöltöztetve kapja az anya vissza, hosszú idő utána kapja vissza, vagy neki magának kell utánajárnia, hogy hol találja és kikérni a saját gyermekét. A gyermeket a szülő kísérete nélkül viszik el másik helyiségbe, a vizsgálatok, beavatkozások a szülők jelenléte, engedélye és tudta nélkül zajlanak, anyatejen kívül egyéb folyadékot is kap a gyermek, szintén a szülők tudta és beleegyezése nélkül.

Egyetlen édesanyja számolt be halott ikrei születésével kapcsolatban: születés után kérése ellenére a babákat elvitték, meg nem nézhette, nem kaphatta meg, soha nem is érinthette vagy láthatta a gyermekeit.

Néhány gondolat a válaszadók tollából:

- Anyyra nem avattak be a vizsgálatokba, hogy mikor szóltam, hogy a baba ujján egy seb keletkezett, azt mondták, megmutatják az orvosnak, és csak úgy tudtam meg, hogy felvitték az intenzívra, hogy addig kopogtam, míg ajtót nyitottak. A kérdésem, és az engedélyem nélkül kezdték el vénásan antibiotikummal kezelni, és tápszerezni, mondván, azért szívott sebet az ujjára, mert éhes. (nem azért, mert a szopóreflex, a pelus csücskére is beindulna, ráadásul a túlfordultság miatt kicsit fel volt ázva a bőre)
- Meg voltam elégedve a gyermekágyas ellátással, és megértem, hogy nehézséget okozott volna az ellátó személyzetnek, de szívesen a gyermekemmel lettem volna, amikor a védőoltásokat megkaptam. A gördülékenység érdekében egyszerre oltották le az összes gyereket az osztályon, ez kb. fél óra volt, közben mi, anyák csak hallgathattuk ahogy a gyermekünk sír a szomszéd helyiségben, esélyünk sem volt megvigasztalni, neadjisten megszoportatni. Ezt is meg lehetett volna oldali a kórtermekben, ahogy a gyermekorvosi vizsgálatokat is sikerült.
- 2011-ben a kórház mindennapi használati tárgyakra vonatkozó felszereltsége a viszonylag elfogadható és a szegényes határvonalán mozgott (volt textil a pelenkázóalátét, kaptunk hintőport, popsikenőcsöt, takarót, babaruhát csak kórházit vehetett fel a baba), bár ha új ágyneműt kértünk, mert pl. vérfoltos lett az orvosi vizit után, akkor nem jó szívvel adtak újat, illetve második bent töltött naptól már kérték, hogy saját pelenkát adjunk a gyerekekre. 2013 végén, második gyermekem születésekor semmi nem volt a fentiek közül, csak egy a piszoktól ragacsos gumi pelenkázóalátét a gyermekágyas szobában, illetve egyetlen

egyszer kapott tiszta ruhát és pelenkát a baba, a szülés után közvetlenül, utána nekünk kellett mindent biztosítani. Úgy is mondhatnám, hogy az ellátó szakszemélyzet jószándékán kívül (mely 60-40 arányban oszlott meg, azaz a személyzet 60%-a a végtelékig segítőkész, előzékeny és jószándékú, 40% elfogadhatatlanul elzárkózó, nemhogy segítő szándékot, de együttműködési hajlandóságot is alig lehetett kicsikarni belőlük jellegű) a kórházban minden elfogyott két év alatt.

- Maximálisan elégedett voltam mind a szülészobai mind a gyermekágyi osztályon történő baba mama ellátással. Kapcsolatomat a babával, az ellátását, a szoptatást mind mind segítették.
- Ezen a Klinikán borzalmas élmények értek, miután megszületett hallottak nála szívzörejt ezért egész héten (amíg bent voltunk) ide-oda vitték, semmiről nem tájékoztattak, hiába kérdeztem, hogy mi van a gyermekemmel. Mélységesen felháborító. Több anyukával a nővér!!! közölte, hogy ez nem csecsemőbarát kórház! Magam is egészségügyben dolgozom, amiket leírtam valóban megtörténtek!
- Sajnos 3 nap után, ápolási hiba miatt kiszáradt a kislányom, ezért felkerültünk a PIC osztályra. Nem engedtek szoptatni, teljesen megalapozatlanul, folyamatosan korlátozták a kapcsolattartást, és amikor lehetőségem volt vele lenni, akkor is, többször kikapták a nővérek a kezemből, hogy én nem tudom a saját gyereket tartani, nem etethetem amikor tápszereztek, hozzá sem érhettem gyakorlatilag. Ez teljesen nővérfüggő volt, mert később volt egy, aki mindezt megengedte, sőt bátorított. Szintén ápolási hiba miatt a kislányom légzése több, mint 2 percre leállt. Az oka az volt, hogy túletették, majd a túl sok tápszertől ájult babát hanyatt fektették. Így mikor kihányta a nem megfelelő tápot, akkor eltömítette a légjáratait. A nővér mellette állt, de éppen elfordult, én az egészet az üveges kórterem ablakából láttam, éppen mentem szoptatni. Be volt zárva a terem, ezért nem mertem bemenni. A nővér miután jelzett a légzésfigyelő, nem a szokásos hasrafordításos elsősegélyt alkalmazta, csak rázogatta a gyereket a kiságyban. Ekkor már vésszesen sok idő telt el, ezért szerencsére megnyomtam a vészjelzőt és jött az orvoscsapat, akik végül leszívták, Innentől megint nem szoptathattam, bár ők etették túl a gyereket. Küzdöttem a mellgyulladás ellen egész éjjel 3 óránként fejtem a zuhany alatt, friss gátsebbel. Senki, még azt sem kérdezte meg, hogy szükségem van-e valamire. Mivel ez anyaszoba volt, senkit nem érdekelt, hogy fizikailag hogy vagyok. Szoptatások elptt fél órát kellett állni a kórtermek előtt, mert nem szerették, ha nem vagyunk időben ott és a nővérek eltérő munkatempóban dolgoztak, mindig máskor kellett menni. Szék, ülőalkalmatosság nem volt, egy huzatos folyosón szoptattunk, a kórtermek előterében. Persze szigorúan egyszerre. Intimitás kizárva. Nagyon megviselt. Főleg, hogy otthonszülést terveztem, csak betöltöttük a 41. hetet. Más komplikáció nem volt.

- Azért született császármetszéssel a gyermekem, mert a megkérdezésem nélkül beindították a szülést (kézzel megfeszegték a méhszájamat). Nem fizettem hálapénzt sem, és emiatt a szülőszobán minősíthetetlen bánásmódban részesültem. Pl. nem ütötte meg sem az emberi hangnemet a szülésznő, a fájdalomcsillapítást fel sem ajánlották, pedig rákérdeztem. Az egyetlen lehetőség az EDA volt. Szerintem ez nagy szegény. Lelkileg semmilyen támogatást nem kaptam, sőt. Hajszál híján feljelentést tettem.
- Nagyon rossz tapasztalatom volt, hogy a babának csúnyán be volt gyulladva a szeme, a csecsemős nővér meg azt mondta nekem, hogy ez csakis miattam lehet, mert én „biztos OLYAN látogatót fogadtam”. Pedig én nem is fogadtam egy látogatót sem. Sokat sírtam ez miatt. Aztán mikor hazajöttünk a védőnőm mondta, hogy sok kisbaba szemgyulladással jön ki a klinikáról, az újszülött osztályon már évek óta meglévő, kiirthatatlan bacilustörzsek miatt.
- Sajnálom, hogy gyermekemet csak azért, mert a 38. héten 2180 grammal született, rögtön átvitték Gyulára. Sem a párom, sem én nem láthattuk. Semmi nem indokolta ezt, tökéletes állapotban volt. Nem kapott fertőzést, nem esett a súly csupán 50 grammot. 10/10-es Apgarja volt. Én 4. napon mehettem utána. Gyulán nagyon undokok voltak, sose tájékoztattak mit vizsgálják, miért vizsgálják és mi lett az eredmény. Ha kérdeztem dühösesek voltak. Szoptatni nem engedték, szondáztatták, mert állítólag nagyon gyenge volt. Miután én átmentem hozzá, cumisüvegből ettettem és ha nem figyeltek, szopiztattam is. Nagyon tudott enni! Megbocsáthatatlan dühöt érzek, amiért egyetlen gyermekemet megfosztották a testi kontaktustól, a közelségtől, öleléseimtől és a szopizás élményétől. Erre vonatkozóan semmi ösztönzést, segítséget nem kaptam. 10 napot volt a kórházba, mire haza értünk, már nem akart cicizni és a tejem is elapadt sajnos. És a gyermekemnek semmi baja sem volt, csupán kevés gyermek volt épp Gyulán!
- Nagyon meg kellene reformálni ezt a helyzetet. Békéscsabán sürgősségi császármetszéssel született meg a lányom. Orvosok előtt le a kalappal, az ápolók kedvesebbek is lehetnek volna, mivel nem volt velem a lányom, átszállították Gyulára, semmit nem magyaráztak el, a szoptatást sem. Miután kiengedtek átmentem Gyulára, ahol friss császáros sebbel gyalog napi 6-szor gyalogoltam fel a 2. Emeletra. Orvosok jók voltak, 1-2 ápolónőt leszámítva ki voltam szolgáltattva ah ápolószemélyzet kénye-kedvének, borzalmas volt, nem engedtek fejni, mert nekem lassan ment, mert közben elnevetgálték az időt, hallottam, hogy sírt a lányom, és szóltam, hogy nézzék meg, letolást kaptam, hogy mit képzelek, megnézték és kiderült, hogy nem ok nélkül sírt. Minden napra jutott egy ilyen, 3 hétig voltunk benn. Jogot végeztem, tenni akartam az áldatlan állapot ellen, az tanácsolták, hogy a gyereken állnak bosszút, maradjak csendben. Depressziósan, nagyon rossz lelki állapotban érkeztem haza a babával. A gyulai picnél

személyváltások és körülmények megváltoztatása haladéktalanul szükséges.

- Alapvetően bababarátnak mondott intézmény. A sok szülés miatt a műtét után rögtön a gyerekágyas szobába kerültem, a baba és a párom már ott vártak. Hamarabb is mellém kerülhetett volna, szopizhatott volna, de borzasztó gyenge voltam, illetve nem igazán jött senki felénk, aki elmondhatta volna, hogy nyugodtan magam mellé tehetem. Persze, tudom, az a legjobb a babának, inkább azt nem tudtam, én a fájdalomcsillapító miatt milyen jellegű mozgásokat végezhetek. Na, és sokáig semmilyen jellegűt nem tudtam :)
- Szerencsétlenül alakult ez a szülés abból a tekintetből, hogy a gyermekorvos 4 órán keresztül nem volt képes ránézni a gyermekemre, hogy végre visszakaphassam utána. 4 óra leteltével kértem a férjemet, hogy hozza el a csecsemőskötőt, nem érdekel, megvizsgálta-e valaki. Visszakaptuk és valamikor az esti vizit körül nézte meg végül a gyerekorvos, persze semmi rendelleneset nem talált. Előtte a babám csak abban a félórában volt velem, amíg engem varrtak. A szoptatásba szerencsére ez nem szólt bele. Ügyesen próbálkoztunk, amikor csak lehet, és sikerrel jártunk!
- Egy (saját gyerekorvos szerint) hétköznapi szívzörej miatt és mert haza akartam menni két nap után, elvették tőlem a gyermekemet és átvitték a kórház egyik legtávolabbi pontjára a picre megfigyelésre,, majd mivel senki semmi rendelleneset nem talált, elküldték nélkülem Bp-re szív UH-ra.
- Egyáltalán nem voltam megelégedve a kórházi ellátással. Semmi sem úgy történt, mint ahogyan a szülőszoba látogatáson elmondták. Pl. Nem segítettek a szoptatásban, nem fürdethettük meg a babát, nem voltak segítőkészek a csecsemők+ mogyorvák is voltak... stb. Borzasztó az egész úgy, ahogy van. Elveszik a nők kedvét a szüléstől. Részemről örülök neki, hogy túl vagyok rajta, de hetekig beszélni sem tudtam az ott eltöltött időről sírás nélkül.
- Nagyon tucatárúnak éreztem magam, gondolom a nagy számú szüléslevezetés rutinná tette a szüléset munkáját. Nem nagyon éreztem a kórházban a bababarát hozzáállást, folyton leszúrtak érte, hogy miért nincs a kicsinek cumija. Szerintük túl sokat szoptattam, szerintem meg igény szerint. Kértem, hogy ne adjanak neki semmi pótlást, mert anyatejes volt, mert azonnal volt tejem. Beadtam a babát 15 percre a csecsemőknek, mert vérvételre mentem, erre teletömték cukros vízzel.
- Kislányom 760 gr-al született a Honvéd Kórház Családbarát PIC-én. Példaértékű, amit ott véghez visznek a dolgozók. Mind a gyermek, mind az anya és az apa lelki egészségét szem előtt tartva gondozzák a koraszülötteket. Hospitalizáció ismeretlen fogalom az osztályon! Örökké hálás leszek nekik!
- A szülesem bábával kísért, tervezett otthon szülésként indult, de a kitolási szak elhúzódása miatt a baba javaslatára bementünk a kórházba. A baba itt kb. 5

perc alatt megszületett. Azonban, mivel a kórházban nem pártolták az otthon-születést, ellenséges légkör fogadott minket. Bár a kórház bababarátnak hirdeti magát, a legtöbb intézkedést nem bababarát módon hajtották végre.

- pocskék élmény volt
- Örülnék, ha második gyermekemet már ambulánsan szülhetném, azaz szülni kórházi körülmények között, orvossal, szülésznővel képzelem, de utána egyből hazajönnék, hiszen itthon adott minden a szülés utáni időszakhoz: lehetne pihenni, rendesen étkezni, megfelelő higiénias körülmények közt élni, éjjel-nappal a babával együtt lenni stb., amiket kórházi körülmények között nem kap meg a gyermek és az édesanya. A kórházi dolgozókra is kevesebb munka hárulna, így az ottmaradó gyermekekre és anyákra több figyelmet fordíthatnának, nem lennének túlhasználva, emberi körülmények közt töltené a kisbaba élete első pár napját.
- A császár után közvetlenül a férjemhez került, ő látta jobban, hogy ki, mikor, hogyan ápolta, vizsgálta, tőle is elvitték egy kis időre orvosi vizsgálatra. Fél órán belül csupaszon a hasamon volt, ahol mellhez kúszott, de úgy ki volt merülve, hogy odaért, és elaludt. Négy órát aludt, utána felébredt, és utána is csak sokára jöttem rá, hogy valószínűleg szopni akar. Nem nagyon mondta senki, én meg valahol azt olvastam, hogy ilyenkor nem feltétlenül éhes még, és csak gyönyörködtem benne, mellre nem tettem... Kb. nyolc órával a születése után került mellre csak, egy arra járó nővér nagyon profin, kedvesen segített.
- Hatalmas traumát okozott nekem, hogy szülés után csak 1-2 percet lehetett velem a gyermekem, majd elvitték, mondván, hogy kicsit hideg a keze és a lába. (10/10 apgart kapott) Majd ezután letoltak a csecsemőosztályra, ahol állandóan kérdeztem, ha bejött egy nővér, hogy mikor kapom vissza, vagy mi van a babámmal, de mindig azt a választ kaptam, hogy nem tudja, biztos minden rendben. 10 órán keresztül vártam aggódva, ébren, hogy visszahozzák. Csak akkor kaptam vissza, amikor a többi babát is hozták a fürdetés után. Emiatt a trauma miatt, erősen gondolkodom rajta, hogy a következő babám otthon szüljem.
- Mikor megszületett, kis idő múlva az arcomhoz nyomták az arcát, aztán elvitték, sikerült kiharcolnom egy szőrkontaktust apával. Ő látta mikor öltöztették, aztán hozzám visszakerült egy fénykép erejéig, legközelebb 14(!) óra múlva láttam 10 percre, aztán elvitték újra, senki semmit nem mutatott meg, sőt, azt mondták rá érek szoptatni majd másnap, mert még úgy sincs tejem.
- Karcsi csak a méhlepény megszülésekor nem volt velem, az alatt megmérték, a férjem vele mehetett. 1 órát voltunk összesen együtt, utána kb 5 óra múlva láttam viszont megint. Együtt voltunk a kórházban, de a fürdetésre és az orvosi vizsgálatokra elvitték, legalább két órára minden nap.

- A kórházi feltételekkel és az ellátásokkal elégedett voltam. Mivel első gyermekem született sok dologgal még nem voltam tisztában. Amit mindenképp máshogy szeretnék legközelebb, hogy ne csak 8 óra után láthassam a gyermekemet. A csecsemőosztályról bármikor el lehetett hozni a gyermekem, de a császármetszés miatt 8 órán keresztül ágyhoz voltam kötve, ezért erre nem volt lehetőségem. A műtőben ugyan megmutatták, de megérinteni nem tudtam.
- Bármit vállalok, hogy tájékozódhassanak a leendő szülő nők ezekről az ocsmány körülményekről. Semmi lehetőség nem volt, hogy vajúdas alatt a párommal együtt lehessünk egy meleg helyen. Télen kint a hideg folyosón kínlódtam. Békéscsabán fogadott orvosom volt. Hogy miért nem nála szültem? „Megerőszkolt” néhány nappal a szülés előtt... Még a mai napig nem hevertem ki a traumát és Ő vígan praktizál azóta is... Ez Békés megye? Máshol is ilyen mostohák a körülmények érdekelne azok után, hogy mi gátvédelmes szülést szerettünk volna...
- Az első szoptatás megtörténhetett volna a császármetszés után 4 órán belül-mikor visszahozták hozzám - ha addigra nem aludt volna el (gondolom ájulásig sírt az inkubátorban, ahol melegítették)
- Nagyon-nagyon ráférne már a szülészetre és az ott dolgozókra a szemléletváltás! Nem élettelen húscsafatok a kismamák. Akik bemennek, megbíznak az ott dolgozóknak. Nem a megalázásért, a bántásért mennek be. Felesleges orvosi beavatkozások sora várja a gyanútlan anyákat. Tényleg úgy van, hogy aki még nem szült az azért fél, mert nem tudja mi vár rá. Aki már szült az azért retteg, mert már tudja, hogy mi vár rá. Sajnos a szülés erről, és a hálapénzről szól jelenleg az országban.
- Miközben alig éltem a vajúdasom 10. Órájában, bejött egy takarítónő kérdés nélkül és felmosott. Nagyon zavart.
- Kiskirályként fenyegetik az anyukákat, hogy „Jól van anyuka, az ön döntése, de aztán ne csodálkozzon, ha nem engedjük haza, mert a baba még mindig nem kezdett elhízni.” Én ezt nem hívom támogató környezetnek. Annyira magabiztosak abban, hogy nekik mikhez van joguk, hogy az anya el is felejt, hogy ez egy kórház és nem egy börtön, ahonnan ki lehet sétálni saját felelősségre bármikor és, ahol az anyának joga van minden vizsgálatnál a gyermekével lenni. A következő gyermekemet otthon szülöm.
- Császárral született a gyermekem, szinte rögtön el is vitték. Akaratom ellenére arra az osztályra kerültem ahol a gyerekeket csak 3 óránként hozzák be 20 percre amíg szoptatás van. Nem volt arra lehetőség, hogy többet velem legyen, nem is tudtam rendesen szoptatni mert rendszerint bódútan hozták be a gyermekem, mint kiderült cukros kamilla teát adtak neki, aminek meg is lett az eredménye, mert nem akarta a mellemet elfogadni és fél éven keresztül fejtem az anyatejet. Szó szerint mellpumpával keltem és feküdtem ... arra sem volt lehetőség, mert

- nem engedték azt, hogy legalább tisztába tegyem a gyermeket a szoptatás után. Át szerettem volna menni a rooming in szobára, hogy a gyerekekkel legyek, arra sem volt lehetőség, akkor lett volna, ha vip szobát veszek ki napi 10 ezerért, de sajnos akkoriban nem volt arra lehetőségem hogy ezt megfizessem
- Nekem személy szerint semmi rossz emlékem nincs a szülőszobában töltött percekről: Csak dicsérni tudom a szülésznőt és az orvost is! (Első szülő anyuka)
 - Felhóborít, hogy a gyermekemet a tudtom nélkül tápszerrel etették a vizsgálatokat és a fürdetést követően.
 - Remélem sikerül ezt a nagy hajót (szüléset, szülés, újszülött ellátás) megfordítani és a jó irányba terelni, hogy a szülés mindenkinek élete meghatározó élménye legyen....
 - Rengetegen szültek aznap, így nem lehetett velem Janka 2órát a szülőszobában, hanem elvitték a csecsemőökhöz, engem meg kakisan, véresen... osztályra toltak. Szükség volt a szülőszobára :(
 - Sürgősségi császármetszés volt lepényleválás miatt altatásban. Ébredés után kérésemre se hozták oda a kisfiam, mondván pihennem kell. 7órával a műtét után én hoztam el a gyerekosztályról.

A KORAI KÖTŐDÉS TÁMOGATÁSÁNAK 10 LÉPÉSE

Gyakorlati útmutató családok és szakemberek számára

A korai kötődés, azaz bonding – már a születés, szülés előtt, illetve a szül(et)és pillanatában megkezdődik. Elengedhetetlen, hogy a gyermek és az anya elválasztását meggátoljuk az élet első pillanataiban, óráiban, napjaiban. A korai kapcsolat támogatása alapvető fontosságú minden gyermeknél, de ennél is lényegesebb a koraszülötteknél és császármetszéssel világra jötteknél, traumatizált anyáknál. A szül(et)éssel egyaránt megváltoznak mind a gyermek, mind az anya neuropszichológiai mechanizmusai. A bőrkontaktus elősegíti a szülővé válást, az újszülött adaptálódását, a természetes, egészséges bio-pszicho-szociális, spirituális folyamatok kibontakozását, megvalósul a kolonizáció, immunológiai, fiziológiai szempontból is az ideális kezdetet kapja meg a kisbaba. Megvalósul az egészséges életkezdethez való joga. A támogatásban részesített korai bőrkontaktus anya és gyermeke között a gyermek mellhezkúszását, mellre tapadását eredményezi, megkezdődik a szopás-szoptatás, a gyermek egészségesen adaptálódik és elindul a szülővé válás folyamata. Ez eredményezi a ragaszkodást, ami a biztonságos, szeretetteljes érzelmi kötődés alapja a családokban, valamint a társadalom egészét is szolgálja.

A korai kötődés (bonding) már a szülés/születés előtt illetve annak pillanatában megkezdődik. Megengedhetetlen, hogy a gyermek és az anya külön töltsék az élet első perceit, óráit, napjait! A korai kötődés támogatása alapvető fontosságú minden gyermeknél; különösen fontos a császármetszéssel világra jött babáknál ill. a traumatizált anyák esetében.

A szül(et)éssel megváltoznak mind a gyermek, mind az anya alapvető neuropszichológiai mechanizmusai. A bőrkontaktus elősegíti a szülővé válást, az újszülött adaptálódását, a természetes, egészséges bio-pszicho-szociális, spirituális folyamatok kibontakozását; létrejön a kolonizáció, valamint immunológiai és fiziológiai szempontból is ideális alapot biztosít a baba számára. Így megvalósul a gyermek egészséges életkezdethez való joga.

A korai bőrkontaktus (melyet szükség esetén támogatni kell az anya körüli segítőknek) eredményeképpen az újszülött hamarabb megtalálja az anyamellet. Elkezdődik a szopás-szoptatás, a gyermek könnyebben alkalmazkodik az őt körülvevő világhoz és elindul a szülővé válás folyamata is.

Mindezek eredményeként a gyermekben és az anyában kialakul az egymáshoz való ragaszkodás, ami a biztonságos, szeretetteljes kötődés alapja, és össz-társadalmi szempontból is rendkívül fontos.

1. A meztelen újszülött hosszában kerüljön az édesanya csupasz hasára!

- Császármetszés esetén ajánlatos a műtéti paravánt a páciens mellei alatt elhelyezni, és a kiemelést követően rögtön átadni neki az újszülöttet (ilyen esetben a gyermek keresztben fekdjön az anya mellkasán). Amennyiben szükséges, a gyermeket egy másik személy (édesapa, szakdolgozó) tartsa meg az anya testén, így az anya gyengesége nem lehet akadálya az újszülött mellkeresésének és önálló mellre tapadásának, valamint magának a szopásnak.
- Ha műtét miatt elektródákat kell elhelyezni a nő testén, akkor azok a hátára vagy a mellkasán kívülrre kerüljenek!
- Ha korábban az asztalhoz vagy műszerekhez volt rögzítve az anya karja, azokat most szabaddá kell tenni, hogy semmi ne akadályozhassa meg abban, hogy gyermekét kezében tarthassa.
- A gyermeket tisztogatás közben se vegyük el édesanyjától! Elég letörölni azokon a részeken, ahol az anyja testével nem találkozik (hát). Ezek után kettejüket együtt kell betakarni meleg törülközőbe és takaróba!
- A köldökzsinórt csak akkor vágjuk el, ha az már nem lüktet! A méhlepényben cirkuláló vér a gyermek vérkeringésének a része, vérmennyiségének fontos eleme, ezért kell segíteni a placentáris transzfúziót, melynek során a placentában található vér a gyermek testébe áramlik.

2. Az újszülöttel kapcsolatos minden vizsgálatot és ellátást úgy végezzünk el, hogy a gyermek közben az anya mellkasán van!

Ezek közé tartozik:

- Az Apgar-skála szerinti értékelés, a köldökzsinór elvágása és elvágása, a gyermek esetleges megjelölése azonosító karszalaggal.
- Minden további – az Apgar-on kívüli – vizsgálatot elegendő elvégezni az önálló mellretapadás, azaz az első szopás után!

3. Mellhez kúszás, mellre tapadás – azaz breast crawl

- Kellő időt kell biztosítani ahhoz, hogy a gyermek és az anya egymásra hangolódjon a korai bőrkontaktus segítségével.
- Körülbelül 30-60 perc szükséges ahhoz, hogy a gyermek készen álljon az első

mellre tapadásra. Gyógyszeres vagy műtéti úton befejezett szüléseknél (császármetszésnél is) ez több óráig is tarthat. Ez idő alatt biztosítsuk a gyermek és az anya számára a folyamatos bőrkontaktust és a támogató jelenlétet!

- Hagyni kell, hogy az újszülött saját maga, érzékszervei segítségével (látás, hallás, tapintás, szaglás, ízlelés) kússzon a mellhez!
- A gyermek testén hagyott magzatvíz ugyanolyan illatú, mint a bimbóudvar; ez segíti őt az orientációban és a mell megtalálásában.
- A szopásra kész gyermek nyáladzik, nyitogatja a száját, öklöcskéit a szájába gyömöszöli, hatalmasra nyitja szemeit, kezével tapogatja a bimbóudvart – ezzel a mellet is előkészíti a szopásra.
- Ideális az érintésmentes támogatási forma: az anyának biztosítsunk kényelmes testhelyzetet, mutassuk meg neki, hogyan támassza meg a mellét, és szavakkal támogassuk őt a szoptatásban! Az újszülött önmaga találja meg a bimbóudvart, ám ha szükséges, anyja segíthet neki. A személyzet legyen tapintatosan visszahúzó, de elérhető távolságban tartózkodjanak!
- A tandemszoptatást az önálló mellretapadás esetében is támogassuk, azaz a szoptatott nagyobb testvér és az újszülött egyszerre legyenek egy-egy mellen!

4. Tegyük lehetővé és támogassuk a vizuális kapcsolatot: az anya és az újszülött egymás szemébe nézhessenek.

- Célszerű, ha az anya szétnyitható felsőrészt visel. Ha ruházatán vagy a testén zavaró részek, textíliák vannak, távolítsuk vagy igazgassuk el, hogy a szemkontaktust semmi ne akadályozza!
- Ha a gyermek inkubátorban fekszik, fontos, hogy az anyával egy helységben helyezték őt el, mivel a vizuális kapcsolatot a fényképek és videófelvételek csupán részlegesen helyettesítik (legmegfelelőbb helyettesítés az élő webkamerás közvetítés).

5. Az anya és az újszülött legyenek folyamatos bőr-bőr kontaktusban – „skin to skin”!

- Támogassuk a folyamatos, zavartalan bőrkontaktust, melyet ideális 12 órán át, vagy még annál is tovább fenntartani – az egymással való megismerkedés céljából. A kontaktus akkor se szakadjon meg, mikor az AnyaBaba-páros a szülőszobáról a gyermekágyas osztályra kerül! Az anya biológiai szükségleteinek kielégítését közben tegyük lehetővé!
- Császármetszés esetén a műtéti területet alakítsuk ki úgy, hogy az anya folyamatos bőrkontaktusban maradjon újszülöttjével (pl. az anya másik ágyra helyezésekor használjunk mozgatható ágybetétet)! Ha ez nem megoldható, a

gyermeket az apa testén kell elhelyezni, de igyekezni kell, hogy minél hamarabb visszakerüljön az anyához. Az apa mellkasán található baktériumok nem jelentenek veszélyt a gyermek számára – ez nem mondható el a személyzet ruháján, eszközein megtelepült rezisztens baktériumokról!

6. Az egészségügyi dolgozók biztosítsanak kellemes, nyugodt, bensőséges körülményeket az anya számára!

- A kórházban legyenek önálló szülő- és gyermekágyas szobák, ahol az egész család együtt lehet! A komfortérzet növelhető kényelmes ágyakkal, fotelekkel, párnákkal, puha, meleg takarókkal.
- A kórházi dolgozók ne zavarják meg az újdonsült család nyugalma, egymással való ismerkedését, ám legyenek elérhető közelségben!

7. Technikai eszközök (fényképezőgép, videokamera, mobiltelefon) mellőzése/kizárása

- Sok szülő igyekszik az örömteli percek megörökíteni (és megőrizni az utókor számára), pedig nem szerencsés, ha figyelmüket eltereli valami a lényegről. Inkább szenteljék teljes figyelmüket egymásnak és az újszülöttnek, fényképeket szükség esetén a kórházi dolgozók vagy más, külső segítők is tudnak készíteni.

8. Az újszülött bármilyen vizsgálata az anya jelenlétében történjen!

- A vérvételt, más minták levételét úgy végezzék el, hogy a gyermek az anya ölében van, vagy szopik (így a kortizol-kiáramlás csökken, a támogató oxitocin-termelés pedig felerősödik, és védi a gyermeket).

9. Másik intézménybe történő szállítás

- Amennyiben a gyermeket másik intézménybe kell szállítani, tegyük lehetővé, hogy az anyával egy mentőautóban utazzon, szoros testkontaktusban - ha az állapota megengedi. Ajánlatos a gyermek és az anya együttes felvétele az új intézménybe.
- Ha az anyának van szüksége más intézményben történő ellátásra, vele együtt helyezzük el a gyermeket is, ha az anya állapota megengedi, bőrkontaktusan.

10. Halott gyermek születése/szülése esetén támogassuk az anyát (szóval és tettel), teremtünk lehetőséget arra, hogy elbúcsúzhasson gyermekétől.

- Bátorítsuk, hogy nézze meg, vegye kézbe a gyermeket – annak érettségétől és külsejétől függetlenül. Tudatosítsuk vele, hogy mindez a gyászunka része.
- Az anya és a család számára biztosítsunk megfelelő teret és alkalmat, valamint korlátlan időt a gyászra; lehetőleg bőrkontaktust is létesítsenek a gyermekkel.
- Támogassuk a családot a búcsúzásban, segítsünk a világnézetük szerinti búcsúszertartás megszervezésében! Javasoljuk nekik, hogy legyen emlékü a gyermekről: vegyék karba, készüljön róluk közös fénykép, készítsenek lenyomatot a gyermek lábáról, kezéről, tegyék el emlékebe egy hajtincset. Amennyiben a szülők nyomatékosan visszautasítják a halott gyermekkel való kapcsolatot, az intézmény az egészségügyi dokumentáció keretében maga végezze el a fényképek készítését és a lenyomatok vételét, megőrzését, melyet a szülők később igényelhetnek és megkaphatnak.
- Tájékoztassuk a szülőket a keresztelés lehetőségéről még a gyermek halála előtt! Hangozzék el, hogy szükségkereszteleésre is van lehetőség, melyet a kórházi lelkes, a szülő vagy valamelyik szakdolgozó is elvégezhet. Legyen információja a családnak a kórházban elérhető, felekezeti szerinti lelkipásztori szolgálat elérhetőségéről, támogassák őket a gyászszertartás megszervezésében!
- Ajánlják fel gyásztanácsadó és/vagy gyászfeldolgozó csoport, pszichológiai segítség lehetőségét és elérhetőségét a család számára!
- A gyászban támogató és a meghalt gyermekkel kapcsolatot biztosító szakemberek számára biztosítsunk szupervíziós alkalmakat!

Kidolgozta és ajánlja:

Mgr. Michaela Mrowetz *klinikai szakpszichológus,*
Dr. Marcela Peremská *neonatólógus és gyermekgyógyász,*
Magyarországon: Csomóné Lindmayer Katalin, AnyaBaba Mozgalom, elnök
csaladvar@gmail.com +36209527358 www.szuletmesese.hu



Schanda Monika

SZÜLÉS-SZÜLETÉS AZ ÉLETFA BÁBAPRAXISSAL

Hogyan lettem bába?

Schanda Monika
Bába, laktációs tanácsadó
2012 óta Életfa Bábapraxís

intézeteken kívüli szüléskísérés, várandósgondozás
4 gyermek születése, dúlaság, majd szülésznőképző
Traumatizálódás a képzés alatt, mentálhigiéné

Első otthoni szülés után:

„A kórházi élményeim jutnak eszembe: egyforma szülések, az olló az élő húsban, a vérző gátsebek, a lavórhoz lelógatott lepedőn csorgó vér, a babák ordítása...”

Lehetőségeink:

Kórház: vidéken sokszor nincs választási lehetőség Budapesten sok kórház – klinika-magánkórház

Otthon: 35/2011 sz. kormányrendeletben szabályozott feltételek mellett legálisan lehetséges de csak 4 bábapraxís működik, (összesen 8-10 bába), Budapesten, Hódmezővásárhelyen, Győrben

Angliában az NHS 2014 decemberi hivatalos ajánlása szerint az alacsony kockázatú kismamák és babáik számára a szülés legbiztonságosabb formája az otthoni szülés.

Születésház:

MI SEGÍT A SZÜLÉS LABIRINTUSÁNAK BEJÁRÁSÁBAN?

Bábai szemlélet amely figyelembe veszi az ANYA ÉS BABA

- Természetes szükségleteit
- Egységét a várandósság és szülés alatt és utána
- AnyaBaba szülészeti ellátás

AnyaBaba szülészeti ellátás alapelvei:

- Egyénre szabott ellátás rutinszerű beavatkozások nélkül
- Ehessen, ihasson a vajúdnő
- A számára kényelmes testhelyzetben lehessen a tágulás és a kitolás alatt, vízben szülés lehetősége
- Mozoghasson kedve szerint
- Társas támaszt vehessen igénybe: férj, dűla, család, barátnő
- A fájdalom csillapítására nem-gyógyszeres, kényelmi megoldásokat kaphasson
- Gátmetszés csak szükség esetén történjen
- A köldökzsinór csak a pulzálás abbamaradása után legyen elvágva, baba kapja meg a neki járó vérmenyiséget
- Órizzék meg az AnyaBaba egységet

A bába-praxis gyakorlata szülés előtt:

- Kevés szülés, nem futószalag
- Fontos a bába és az anya kapcsolata, nyílt kommunikációja, bizalom
- Tanfolyam
- Egyéni konzultáció - várandósgondozás
- Szerződés kötésekor otthoni látogatás
- 38-40. héten ctg-k beszélgetési alkalmak
- Választás a bábák között
- Elérhetőség biztosítása éjjel/nappal

A bába-praxis gyakorlata szülés előtt:

- Szülés előtt gyakori kapcsolattartás szóban/írásban
- Tájékoztató a változásokról
- Akkor megyünk, amikor az anya szeretné
- A vajúdnő biztonságérzete a fontos

A bába-praxis gyakorlata szülés alatt ami NINCS RUTINSZERŰEN:

- Belső vizsgálatok (érkezési vizsg)
- Sürgetés, gyorsítás
- Folyamatos ctg
- Oxytocin, burokrepesztés
- Időkorlát
- Ágyhoz kötöttség
- Gátmetszés

A bába-praxis gyakorlata szülés alatt, ami VAN:

- Saját otthon, mi vagyunk a vendégek!
- Figyelem, gyakori szívhanghallgatás igény szerint:
- Társas támasz
- Evés/ivás
- Helyszín szabad kiválasztása
- Mozgás, testhelyzetek változtatása
- Vízben vajúdnás/szülés lehetősége
- Gátvédelem

Vízben szülés jótékony hatásai

- Meleg
- Intim
- Körbeölel a víz
- Lazít
- Fájdalmat csillapít
- A baba vízből vízbe érkezik
- Természetes gátvédelem
- Aromaterápia

A bábapraxis gyakorlata szülés után - ami VAN:

- Anya illata, szívverése, melege
- Pihenés, megnyugvás
- Szemkontaktus
- Szopizás
- Késői köldökzsinór ellátás
- Lepényleválás a saját ütemében
- Sérülések ellátása
- Komplikáció esetén közös döntés
- Lehetőség szerint az anya testén történő sürgősségi ellátás
- Mérés várhat
- Neonatológus házhoz jön
- Gyermekágyas gondozás 3 napig
- Szoptatási tanácsadás
- Szülés utáni beszélgetés

Schanda Monika, bába, IBCLC laktációs szaktanácsadó
Email: monika@schanda.hu
www.babapraxis.hu

Csomóné Lindmayer Katalin

A KORAI KÖTŐDÉS EREJE ÉS A GYÓGYULÁS

A szülés, a szülés IV. szakaszával, a poszt-placentáris szakkkal, a kisbaba, majd a méhlepény világrajövele utáni megfigyelés elteltével ér véget.

Ilyenkor az édesanya és a gyermek testében olyan folyamatok zajlanak, amik az adott anya-gyermek páros életében soha többet nem lesznek jelen. Ezek olyan hormonális szintek, hatások, amik **a későbbiekben már nem lesznek jelen ebben a formában**. Az a lehetőség, hogy érezzék egymás illatát, bőrét, lássák egymás arcát, szemét létrehozza az összetartozást, erősíti a kapcsolatukat, támogatja a testben zajló normális élettani folyamatokat, a gyermek adaptálódását a méhen kívüli élethez, az édesanya testi változásait a prenatálisból posztnatálissá váló gyermek életben tartásához, táplálásához, felneveléséhez. Ez az erő az, ami évmilliók óta biztosítja az emberi faj túlélését. Ez a *biológiai norma*.

Ahhoz, hogy ezt a különleges élettani, pszichológiai és szellemi lehetőséget ki tudjuk aknázni, szükséges, hogy az anya-gyermek egységét megőrizzük a szülés-születést követő órákban folyamatosan, megszakítás nélkül. Legjobb, ha legalább 12 óra, vagy még hosszabb ez az idő, amikor az anyát támogatjuk abban, hogy csak a gyermekére tudjon figyelni, koncentrálni és a teste is a benne zajló pozitív, biológiai normaként értelmezett feladatokat tudja ellátni. Legjobb, ha az újszülöttnek biztosítjuk a lehetőséget, hogy megkapja mindazt, amire a szülést követő igen szenzitív néhány órában számít. Ez pedig az édesanyja testén levés.

Ha 15-20 perc múlva szeparáljuk anyát és gyermeket, mindkettejük testében ellentétes folyamatok indulnak meg, az oxitocin óvó, relaxáló, sebgyógyító és felépülést támogató jelenléte helyett a kortizol kezdi átvenni a szerepet.

Ez olyan, mintha azt állítanánk, hogy a kizárólagos anyatejes táplálás 180 napja helyett, tulajdonképpen elég, ha csak 20-30 napot kap anyatejet a baba, már az is milyen jó(?); vagy hogy mennyire jó, hogy legalább 36 hetet az anyaméhben töltött a gyerek, tulajdonképpen örülünk neki.

A biológiai norma a megszakítás nélküli együttlét, melyhez időket nem érdekes szabni, mert csak korlátoz.

Semmilyen indok nem ismert, ami miatt a korai kötődés normaként értelmezett testi-lelki hatásait meg kéne bomlasztani. Ha az anya nem képes arra, hogy a gyermeke a testére kerüljön, akkor a jelen lévők közül kapjon ehhez támogatást. Ha pszichés okok miatt, traumatizáltság miatt képtelen a gyermekét magához ölelni, tegye ezt

meg helyette más. Tegye az édesanya hasára az újszülöttet egy kísérő személy, aki kész az anya traumáját ellensúlyozni és teret biztosítani annak, hogy kettőjük egysége megvalósuljon az édesanya nehézségei ellenére. A fizikai korlátokat a szakdolgozók oldják meg saját kreativitásukkal, ha ebben nincs gyakorlatuk, tapasztalatuk, szívesen állnak rendelkezésükre.

A gyermekazanyához tartozik, akár egészséges, akár beteg, akár élő, akár halott, a gyermek a szüleihez tartozik, az anya a gyermekéhez tartozik minden körülmények között. Az édesanyákat, családokat támogató szakemberek, laikusok feladata, hogy ezt az összetartozást a legteljesebben tiszteletben tartsák és támogassák, **megőrizve az anya-gyermek megbonthatatlan egységét**, kreatív technikákat keresve és találva saját munkája elvégzéséhez.

Ha ez nem így történt nálatok, és szívesen dolgoznál velem, szeretettel várlak a **Milyen volt ... szül(et)és és én csoportos alkalmakon vagy egyéni üléseken.**

Kate Ogg:

27. terhességi héten ikreknek adott életet, akik közül a kislány élénken reagált, a kisfiú halva született és 20 percnyi újraélesztési küzdelem után a szakszemélyzet feladta a küzdelmet. A kisbabát szüleinek adták elbúcsúzni.

Az édesanya testére tette, megsimogatta, megpuszilgatta, beszélt hozzá, hogy mennyire szeretik. Két órányi bőr-bőrkontaktus után a kisbaba életjeleket adott, már öt éves is elmúlt.

Az édesanya, aki szülés után nem mutatott életjeleket, hosszabb újraélesztési kísérlet után az orvosok lemondtak róla, egy nővér a mellkasára helyezte újszülöttjét. Az édesanya röviddel ezután újra elkezdett életjeleket mutatni.

A jelenlegi gyakorlat - miszerint a kisbabát édesanyjától elszakítják - lehetőséget sem ad arra, hogy a kisbaba és édesanyja bőrkontaktusba kerüljön, és ezek a folyamatok elinduljanak.

A korai elszakítás egészséges újszülött és egészséges anya esetén is korlátozza, megszünteti azokat a folyamatokat, amik az életben maradáshoz szükségesek, elősegítik a méhen kívüli életre való adaptálódás lehetőségét. Megnehezítik a világra érkezést, energiát vesz el a kisbabától, az erejét az életben maradásra kell fordítania a gyarapodás és fejlődés helyett.

A gyógyulás, gyógyítás módja: a rengeteg bőrkontaktus, szemkontaktus, biztonságos együttalvás és szoptatás.

Ha te még vagy már nem szülsz, vagy férfi vagy, akkor is támogasd a szülő édesanyát az AnyaBaba egység megteremtésében, létrehozásában, fenntartásában.

Ha segíteni szeretnél egy frissen szült anyának, abban támogasd, hogy a frissen született gyermekére tudjon hangolódni, rá tudjon figyelni, erőt adj neki és hited el vele, hogy képes rá.

Mert képes rá, mindent megkapott hozzá, és a babájának egyedül csak rá van szüksége! Apaként anyát kényeztesd, és öleld a babád, amikor csak lehetőséged van. Fürödjetek együtt, találjátok meg a módját az egészséges együttléteknek.

A vizsgálatok során bebizonyosodott, hogy azok a babák, akiket anyjuk hosszú időn át tart a bőrén, kisebb valószínűséggel halnak meg a szülés körüli időszakban, kevésbé érzékenyek a fájdalomra, nagyobb eséllyel lesznek hajlandók szopni.

Vajon mi, itt a 21. sz. küszöbén, megengedhetjük-e magunknak azt a luxust, hogy ettől az erőtől megfosztjuk saját magunkat és gyermekeinket?

*Csomóné Lindmayer Katalin
E-mail: katalin@lindmayer.hu
www.szuletesmese.hu*



Varga Katalin PhD, habil. doc.

A SZÜLÉSZÜLETÉS MINŐSÉGE ÉS AZ OXITOCIN, A SZERETETTELI KÖTŐDÉS HORMONJA

ELTE Affektív Pszichológia Tanszék

Aktív Szülés Program

Az "Az egészséges életkezdet Transzgenerációs traumákon innen és túl" c. Budapest 2015. november 13-14-én tartott konferencián elhangzott előadás átirata

Az eredeti ötlet

Nagyon jól kitalált és finoman hangolt dolog az, amit a természet, vagy ha tetszik az evolúció eredetileg csinál, mégpedig azt hogy az oxitocint (továbbiakban OT), azt az anyagot, azt a kémiai szubsztanciát, ami a reprodukciós folyamat sok fázisában jelen van a *testi* szinten a periférián; nos ugyanezt az anyagot dolgoztatja az *agyunkban* is (férfiakéban is egyébként, de itt most főképp a nőkre fogunk koncentrálni). Ennek az anyagnak agyi átvivő anyag szerepe is van, és ezt úgy hívjuk most már, hogy ez az OT harmadik funkciója: a szociális affiliációban, a társas kapcsolatokban betöltött szerepe (a jobban ismert méhre, illetve előre gyakorolt perifériás hatásain túl).

Ennyi minden jó dolgot csinál ez az OT, tehát most hangsúlyozom, hogy a saját, igazi, házi készítésű OT-ról van szó, és nem arról, amit gyógyszer formájában kapnak szülészeteken sok helyütt.

Látható, hogy minden irányban kedvező a hatáskör: jó dolgokat növel és rossz dolgokat csökkent. Ez a bizonyos pszichoemotív hatáskör. Sok minden egyéb dologra is hat az OT, itt most főképp az érzelmi és társas kapcsolatokra fogunk koncentrálni.

Egy egészen újfajta stressz rendszer is kötődik hozzá, ez főképp abban a gondolatmenetben izgalmas, amit Andrek Andrea előadásában hallottunk: az anyai stressz a magzati korban hangolja a kisbabának is a stressz rendszerét, és így a szülés környéki időszaknak a stressz mértéke és jellege tovább adódik, ahogy szintén ő azt megpendítette. Magyarán vészhelyzet esetén nem csak az a lehetséges reakciónk, hogy elfutunk vagy ütünk, hanem az is, hogy nyugton maradunk, és békében vagyunk. Ez főleg a társas közegben jó.

Még további nagyon jó ötlete a természetnek vagy a Jóistennek, hogy konkrétan ugyanazt az anyagot teszi oda a reprodukció minden fázisához. Tehát a logika valami olyasmi, hogy – most akkor mondom kicsit szakszerűbben – azoknak van evolúciós előnye, akiknek van olyan társkapcsolata, akikkel olyan módon tud intim együttlétben lenni, ahol mindkét partnernek felhangolt lesz az OT centrális hatása. Akinek nem ilyen, egész addig, amíg a technológia nem jön „segíteni”, nincs evolúciós előnye, konkrétan hátránya van, mert sokkal nehezebben fog szaporodni, vagy egyáltalán nem lesz sikeres e téren. Vegyük észre, hogy az evolúciónak van egy saját belső logikája, most nagyon nyersen mondom: azoknak nincs helye közöttünk, akiknek ez nem így működik. Ezek nagyon-nagyon súlyos gondolatok...

Ez aztán megy tovább: ugyanez az anyag segíti az édesanyát ahhoz – azon túl, amit a periférián csinál – hogy élvezze is ezt a helyzetet. Ugye azt nem kell mondanom, hogy a szexualitás is élvezethez kötött. Az emberi pozitív érzelmeknek legnagyobb csúcspontjai közé tartozik a szexuális együttlét során megélt orgazmus. Elgondolkodhatunk, miért így hangolta ezt a természet. Csinálhatta volna másképp: mit tudom én... a sérülésektől való menekülésünket nem pozitív irányba, hanem negatív irányba motiválja: rossz dolog szögbe lépni. Akkor is erősen motiváltak vagyunk, hogy valami történjen. Itt pedig ez a folyamat szélsőségesen pozitív érzelmek mentén hangolódik, miért is lenne kivétel maga a szülés helyzete. Az előbbi bemutató a Móni előadása végén azt hiszem gyönyörűen mutatta ezt.

Ugyanez folytatódik, ha tetszik csúcsra járatott a korai találkozásnál: szemben a fejjel lefelé lógatott, pacskolt gyerekekkel, az édesanya *mellett* legyen az a kisbaba... akár T betűk nélkül is, tehát a mellén, bőr-bőr kontaktusban. És ugyanez az anyag megy tovább a gyermek táplálásának természetes normája mentén: azon túl, hogy az OT a tejleadó reflex perifériális hormonja, centrális hatása az, hogy ez élvezetes. Aki szoptatott már gyereket egy nap 10-12-20 alkalommal, ideértve az éjszakát is, szerintem, érti, hogy miért jó, ha ez jó élmény az anyának, és nem feladatszerűen, receptre, vagy nem tudom mire kötelességből csinálja.

Tehát ez briliáns ötlet, hogy minden egyes láncszem a pozitív érzelmek mentén hangolódik, és ez így van kitalálva.

Ezt már csak nem álltam meg, hogy ne tegyem ide, hogy természetesen a koraszülött ellátásban nagyon jó lenne, ha jelen lenne. Tudomásom szerint egy ilyen intézmény van most Magyarországon, ahol megvalósul a koraszülött babák és édesanyjuk együttléte.

Magyarán, az egész életciklusunkban jelen van az OT, ezt egyre jobban értjük. Azt is, hogy mindez transzgenerációsán továbbadódik, ahogy mindjárt folytatjuk.

Összefoglalva, hogy mi az alapüzenete az OT-val kapcsolatos ismereteinknek jelenleg:

Ha ez a saját termelésű, centrális, igazi hormon jelen van (illetve akkor ez neurotranszmitter), akkor a szülői-anyai viselkedés könnyebben beindul, ez feltehetően biz-

tonságélményt kelt az utódokban, erősíti a kötődést (azért mondom ilyen körülírtan, mert ugye egy tudományegyetemen adatszzerű dolgokra alapozva lehet kijelentéseket tenni. Állatmodellekben ez teljesen egyértelmű, embernél folyó vizsgálatok meg egyre inkább ugyanebbe az irányba mutatnak, a klinikai tapasztalat meg végképp).

Mindezt az OT-t leállító vagy hatását csökkentő szerekkel – úgymond – „*ki lehet védeni*”, tehát ezek megakadályozzák ezt a pozitív folyamatot. Azt gondoljuk erről, hogy az OT-nak a fő funkciója ilyen szempontból az, hogy a szociális ingerek *affektív minősítése* lesz kedvezőbb. Tehát tetszik az, ami egyébként nem feltétlen tetszene. A férfi partnerünk hónaljának a szaga, a női partner nemi szervének a szaga – hogy kicsit visszafelé is mutogassunk -, az a véres maszatos gyerek, és így tovább. Tehát ezeknek az affektív minősítése OT környezetben „*fú de klassz*” minősítésű, vagy legalábbis nem törődünk azzal, amit „*üresjáratban*” hát... ilyennek olyannak ítélnénk.

A probléma

Na most, mi a probléma? Eddig volt a természetes menetrend. A probléma az az, hogy rendelkezésre áll 1953 óta – 1955-ben Nobel díjjal is minősített – valóban rendkívül fontos találmánya Vincent du Vigneaud-nak, hogy szintetizálta azt az OT-t ami az emberben természetesen is megvan. Innentől kezdve egyfelől ezt a szert használják arra, amire úgymond tényleg való, hogy életet mentsen erős vérzés esetén. Ez teljesen rendben is van.

A nem rendben levő dolgok az, hogy nyakra főre használtatik a szülés indítására és gyorsítására olyan helyzetben is, ahol nem kéne. Ez a használat zömmel a periférián, infúzióba adagolva történik, és az a probléma lényege, ahogy most látjuk, hogy így ketté szakad ez azt amúgy is két malomban őrlő rendszer. Mert a centrális, az előbbiekben vázolt agyi-érzelmi satöbbi hatások nem feltétlen mennek együtt azzal, amit a periférián az infúzióban kapott OT pörget, vagy ha tetszik erőszakol, tehát nagyon erőteljesen dolgoztatja, általában szünet nélkül, tehát ritmustalanul a periférián a szervezetet, és ezzel nem tart lépést az az érzelmi háttér, ami a természetes csomagban még nagyon szépen össze volt hangolva.

Egy csomó olyan beavatkozás, ami a szülészeten szintén rutinszerű, például az Epidurális Anesztézia (EDA) ismertén csökkenti az OT szintet – „*node seba*”, majd adunk akkor szintetikus OT-t”, mondják sok helyen, úgy gondolván, hogy akkor minden rendben van. De az előbb mondottak szerint nincs, mert a centrális hatást ez nem tudja pótolni.

A jelen konferenciának egyik fő témája az, hogy mindez hogyan adódik át transzgenerációsán, vagy egyáltalán csak távolabbi léptékben is. A születéskor jelen levő OT szint nagyon sok mindenben hat tovább, ugyanúgy ahogy Andrek Andi előadásából hallottuk, hogy mi minden határozódik meg már magzati korban, itt (a születéskor) újabb jó vagy rossz irányokat lehet venni. A születéskor jellemző OT szint ugyanis be-

folyásolhatja a felnőtt kori autonóm idegrendszeri egyensúlyt (hatva a vérnyomásra, kortizolszintre, fájdalomküszöbre, testsúlygyarapodásra), a társas helyeztek jutalmazó-vá tételét, a félelemszabályozást. Hogy csak egyet mondjak: egy friss kutatás szerint az autizmusnak 4-6 szoros az esélye abban az esetben, hogyha az anya OT-t kapott a szülés során. És ebben az a nagyon nagyon rossz, hogy ez nem jelenik meg a gyerekeknek a felnőttkoráig, tehát ha a szülészeti eseményekben gondolkodunk, azt egyszerűen senki nem veszi észre. Nagyobb léptékben kellene áttekinteni ezeket a folyamatokat, hogy összefüggéseiben lássuk, és még egyszer mondom: humán vonalon.

A távolhatások között szerepel, hogy az, hogy az az anyai nyomógomb „*benyomódik-e vagy sem*” az nem... meghatározza, mondjuk szerényebben: színezi azt, hogy az az anya milyen jókedvvel fog gondoskodni a gyerekekről. Az állatmodellek szerint az, amit az újszülött az anyai gondoskodás szintjében vagy jellegében kap, az nagyon korán meghatározza, hogy ő majd, felnőttként hogyan fogja gondozni saját kölykeit. Tehát átadódik ez a mintázat. És ez így megy... amíg az idő tart... vagy... amíg nem történik valami, ami átváltja a váltót, és a másik sínen folytatódhat a menet.

Vegyük észre azt, hogy az epigenetika egy nagyon-nagyon jó dolog olyan értelemben, hogy rugalmas, tehát változtatható dolgokat rögzít. Nem úgy mint a mutáció, ahol megváltozik a DNS bázissorrendje. Az ha egyszer megváltozik, akkor várhatunk sokszor évezredek, milliókat, míg jön megint egy véletlenszerű változás, és akkor lesz valami egyéb hatása.

Az epigenetika – egyébként a szülészettől látszólag teljesen független területeken is – azt rakja bele biológiailag a szervezetekbe, és adja át transzgenerációs, ami az adott környezetben, az adott helyzetben a legjobb ötletnek tűnik. Tehát... ha az adott környezetben az a „*legjobb ötlet*”, hogy „ide nem érdemes gyereket szülni”, akkor ez adódik tovább. Most nagyon egyszerűen mondom megint. Vagy hogy a gyerekekkel való foglalkozás egy nehéz, fárasztó, kifacsaró, satöbbi satöbbi: akkor ez adódik tovább.

Ha azt adja ez az alapüzenet, hogy ez nagyon jó dolog, élvezni lehet: akkor ez adódik tovább. Ott van a gén, ami az örömet vagy a keserűséget hozza, ezt vagy zárja, vagy nyitja az epigenetika. Tehát vegyük észre: a rugalmasságban ott rejlik a változás, változtatás lehetősége.

Még egyszer áttekinthetjük azt, hogy mennyire pozitív rendben zajlik mindez. Konkrétan a mezolimbikus dopamin rendszerre hat az OT rendszer, tehát egyre jobban értjük, hogy miért jó dolog az, amikor élvezünk egy ilyen reprodukív folyamatot. Az anyai gondoskodás által hangolt stressz-reaktivitás is átadódik, és az is ugyanolyan epigenetikai szinten rögzül, amíg nincs valamilyen újabb fejlemény, ami változó körülményeket jelent a biológiának. És akkor az van, hogy „jó, eddig ezt mondtuk, innentől meg azt mondjuk”- nyilván ezt most megint nagyon leegyszerűsíttem.

Ebben az egész kérdésben rendkívül fontos dolog, hogy vajon mi történik az anya **saját** OT rendszerével, amikor perifériára kap szintetikus OT-t. Nyilván van neki, mert

továbbra is termelődik az agyában, csak nem tudjuk, hogy hogyan. Rendkívül bonyolult az OT termelődésének saját szabályozása. Idén májusban egy másik konferenciára készülve áttekintettük ezt, hogy valamit tud-e erről a szakirodalom, és ezt láthatjuk itt a dián: hogy milyen keresőszavakra nem adott ki semmit.

Nem tudom, hogy létezik-e más téma, hogy nem adjon ki semmit egy ilyen keresés. Általában tízezerszámra szoktak jönni a cikkek és az a problémánk, hogy nem tudunk belőle válogatni. Itt meg nem ad ki semmit, tehát ezzel valamilyen nagyon rejtélyes módon senki nem foglalkozik.

Van ennek módszertani problematikája is, ez kétségtelen, tehát hogy a centrális rendszerben méregetni: állatoknál elég durva beavatkozásokkal megteszik, embernél nem. Nyilván nem azt proponálom, hogy legyen, de azért jó lenne ezt mégiscsak tudni.

Megoldási irányok, javaslatok

Néhány javaslat, – korántsem a teljesség igényével – arra nézve, mi vezethet ki ebből a kedvezőtlen irányból. Főleg ezt a transzgenerációs jelleget tartottam szem előtt, tehát hogy a váltót mi fogja átállítani.

Az egyik ötlet, hogy **a termékenységet tekintsük** értéknek. A mindennapi kommunikációkban is. Olyan elemi dolgoktól kezdve, hogy ne fogamzás *gátlónak* hívjuk azt, amit így hívunk, hanem minimum fogamzás *szabályozónak*. Olyan messzire most nem megyek, hogy egyáltalán gátoljuk-e. Az már azt hiszem túl meredek lenne. Egy nyíló virágot megnézve: nagyon szépen látható, a természet a szaporodást milyen közegben képzelel el általában, (videón l. https://www.youtube.com/watch?v=11hd_fEA9TO vagy www.pruskova.com)

A következő ötlet, hogy minden lehetőséget ragadjunk meg, hogy **a szülés valódi arcát** láttassuk. ahogy hallottuk is Kati előadásában: Ezt nagyon sokféle módon lehet: fotókkal, kiállításokkal, történetekkel, ezzel-azzal. És hát azzal is, hogy tegyünk meg mindnet a negatív üzenetek ellensúlyozására.

Az internetről való ez a kis videoklip, tehát bemondom a főbb gondolatokat azok számára, akik nem értik az angolját. (l. Completely Honest Guy - Completely Honest OBGYN, itt: <https://www.youtube.com/watch?v=xG6K5hbPJKs>)

Az alaphelyzet ugye az, hogy az orvossal beszélget a pár, és azt fogják ők elmondani, hogy természetes szülésre készülnek, és az orvos elmondja, hogy mire is számíthatnak, és rövid úton rávezeti őket, hogy császármetszéssel sokkal jobban járnak.

*Kérdezi: mikorra is tervezik a császárt,
mondják: nem, hát ők természetes szülésre készülnek
Sokkal könnyebb lenne nekem a császár - mondja az orvos*

*Igen-igen de hát ezer évig szültek az anyák - mondja az anya
Igen, csak ott meg is haltak, anyák is, gyerekek is, - mondja az orvos
Mi már megbeszéltük, mondja az apa: mindenképp természetesen szülünk.
Na, jó – így az orvos – akkor elmondom, hogy is fog az kinézni
Elfolyik a vize, beindulnak a kontrakciók, ekkor fognak hívni
Olyan fájdalma lesz, mint amit még soha életében nem élt meg, mintha ki kellene kakil-
nia, vagy szarnia, egész konkrétan, egy görögdinnyét.
Nem fog kérni epidurált, de amikor már annyira nem bírja, hogy kér, akkor már mi nem
adunk.*

*Én ott lehetek-e? - kérdi az apa
Persze, amennyiben egyáltalán a maga gyereke.
És ahogy elnézem a maga méreteit, hacsak nem egy kifejezett kurva az asszony, akkor
nem fog kiférni a gyerek. Így aztán arra lesz szükség, hogy átvágjuk a gátat és a két lyukból
egyét csináljunk. Tehát ha ott akar lenni, és szeretné látni az asszonyt így, és szeretné látni
azt a véres szaros gyereket, aki kijön ebből a masszából, akkor csak tessék.
Elmondja, hogy soha életében nem fog szexuális vágyat érezni a nő iránt, -
Na, szeretnék-e mindezt, vagy legyen ma a császár? Háromkor vagy fél négykor lehet
még, fél három már betelt,
Három órát választottak...*

Egyáltalán nem könnyű ezt egy nem-szakembernek elmondani, hogy mindebben hol van a csúsztatás és torzítás. És lépten nyomon ezt hallja a mai fiatal. Én bevallom, például én a saját óráimon az egyetemen használom ezt a videót, és döbbenetes negatív hatást kelt a hallgatóimban. És közlik velem, hogy soha nem fognak szülni. De dolgozom rajta,,,

A következő nagyon fontos dolog, hogy ebben a transzgenerációs folyamatban, vagy egyáltalán csak a távolhatások okán, nagyon fontos lenne, hogy **legyenek megbízható adatok** arról, hogy amit most tapasztalunk, akár népegészségügyi szinten, milyen szülészeti háttérrel tartozik össze. Ennek az én nagyon szerény rálátásom szerint többrendbeli problémája van. Kérdeztünk fölött emberek arról, hogy ők hogy születtek, és nem tudják. Azon túl, hogy császár vagy koraszülés, egyszerűen nem tudják a többi részletet: oxitocin, beavatkozások: egyszerűen nem tudják.

Azt meg sok szülészeten dolgozó kollégától halljuk, meg hát könnyen el is képzelhető sok más osztály életét valamelyest ismerve, hogy nem megbízhatóak a szülészeti dokumentációk.

Tehát azt kéne látni, hogy a most mit tudom én cukorbeteg gyerek saját születésekor konkrétan milyen beavatkozások voltak. Ez olyan dolog, amit szerintem egyszerűen tűrhetetlen így hagynunk, és nagyon fontos lenne legalább ma, holnap, valamikor elkezdni ezt a regisztert, ha most eddig nincs is meg.

Mindezek az ismeretek, nyilván nem csak az, amiről én beszéltem, hanem amiről ma itt szó van, és hasonló összejöveteleinken: **kerüljenek be a szakemberképzésbe**. Az már ugyan egy éve volt, hogy rezidenseket oktattam, frissen végzett orvosokat, egy nagy előadó teles tele a SOTE-n. Megkérdeztem, ki az, aki hallott már a centrális oxitocin rendszerről. Egy. Egyetlen egy hallott róla, egyáltalán csak hallani. Ez nagyon-nagyon komoly probléma, mert amíg nincs tisztában azzal, hogy itt mi is történik, miért is változtatná meg a gyakorlatát. Miért is érezné a felelősségét. Ugyanez vonatkozik óvónők, tanítók, tanárok eseteire, akik ugye azt a bizonyos váltót kezelik. Hogy az a gyerek, aki így vagy úgy született, vajon marad-e azon a sínen vagy átkerül valami kedvezőbbre.

Az a program, amiről hallottunk délelőtt emiatt fontos. Nem ismerem a Károli programját konkrétan, a mi ilyen irányú próbálkozásaink Szülésbeszélgetések címen rettetes képet festettek, hogy milyen dolgokat mondanak a tanárok a szülésről. Mondjuk nem lep meg, sajnos, mert miből gazdálkodna. És a gyerek ugye elhiszi neki, mert azt is elhiszi, hogy a 2+2 az négy, most miért is hazudna ez ügyben a tanító néni. És rendkívül nehéz azt mondani, hogy kisfiam ez nem így van, a többi igen, de szülés ügyben inkább hallgass énrám. Nagyon messze el vagyunk késve ez ügyben. Itt megint képzeljük el, hogyha mondjuk holnap mi itt, akik itt vagyunk, kialakíthatnánk a vonatkozó szakmák képzését ezen a területen, mikor érne ez a szakmabérgárda oda, hogy ők működnek, és ezzel a szemlélettel, ezzel a tudással vannak jelen a hétköznapokban.

Michaela nagyon sokszor hangoztatott gondolta, és gondolom ma is lesz szó erről, meg holnap: ott, amikor nem ideálisan folyik mindez, ott még nincs veszve a fejsze összes nyele. Tehát **a többi ponton lehet valami korrekciót** vagy valami segítséget beépíteni. Itt most a császármetszésnek a humanizált változatára mutatok egy pár képkockát. (HUMANIZADO CESAREA itt: <https://www.youtube.com/watch?v=gACYg-k4U2eM>)

Ugye az a hiány, ami a hüvelyi szülés elmaradása miatt ezt az egész családot érte, nemcsak az édesanyát, nemcsak a babát: mindenkit: gyorsan és a helyszínen korrigálható, hogyha mondjuk ezt a korai kontaktust sikerül biztosítani.

Következő ötletem, hogy ültessünk **fát**. Itt szeretném reklámozni azt a Sétát, ami már kétszer volt, és jövőre is lesz (l. www.affektiv.hu/uton). Ezek a séták általában fától-fáig zajlanak. Itt az egyetem udvarán ültettük el a SzülésSzületés fáját. Itt most főleg a transzgenerációs jellegre szeretném felhívni a figyelmet, tehát egész kicsi gyerekek ott vannak ez ügyben. Aztán ez a fa elkezdett először csak leveleket, bimbókat hozni, majd nyáron elindultunk az egyetemi fánktól sokat gyalogolva Topolyára, az ottani szülészeten elültetett Születés fáig.

Hozzuk közel, az anyaság, a szülés, a gyerek témakörét... megintcsak a valódi jellegével, de itt egészen távolról el lehetne indulni, például a mi egyetemünk Gitidisz

Kriszti jóvoltából „Bababarát hely”, ez éppen a legutóbbi intézeti tanácscon került elő, ahol – isten bizonny megint ez volt: kutyát szabad-e behozni, és szabad-e szoptatni az órákon. Tehát ez a csomag együtt tárgyalódik: kutya és a szoptatás. És büszkén mondhattuk, a Dékán Úr rám nézett, hogy: akkor legyen szíves mondjam el, hogy itt szabad, és elmondtam, hogy itt szabad, és ez a téma le volt véve a napirendről. Már kutya ügyben nem, de szoptatás ügyben igen.

Bocsánat, elfelejtettem, említeni, hogy az előző videókat - a császármetszést - Kondor Kata jóvoltából mutattam, mert ő hívta fel a figyelmet. Itt egy olyan tanóra van, ezek a babák nem igazi babák, hanem a mi perinatális szaktanácsadó nővéreink jóvoltából – például Ludman Erika – vannak a kezében a mi hallgatóinknak valami gyerekszerű, ami nem Barbie Baba kinézetű.

Vagy ez egy másik rendezvény, ahol egy – egyébként kolléganő – mutatja a saját kisbabáját egy másvalakinek.

Vagy ez a sétának az egyik epizódja, ahol a velünk sétáló saját gyerekeinknek van alkalma egy éppen aznap szült édesanyával beszélgetni – és azt hiszem nem kell kommentár ahhoz, hogy itt vajon hogy állítható a váltó.

Ez a család, az új családtag születéskor a legnagyobbik testvére – aki 6 éves – azonnal bőr-bőr kontaktust követelt ki magának, és rövid szakmai fontolgatás után nyilván meg is kapta. És a „földről a második” testvér, aki a korai szopizást ott testközelből nézi. Hát azt hiszem, hogy őnekik nem kell majd sok számadatot meg ezt azt bemutatni arról, hogy itt hogy is mennek a dolgok.

Itt menet közben, a mai délelőttön eszembe jutott néhány olyan dolog, amit érdemes lenne átgondolni. A jogi környezetben vajon elindítható-e egy olyanfajta – nem tudom, hogy jó-e ez a fogalom ide, hogy – **próbaper**, hogy azt is számon lehetne kérni a nem tudom kin, hogy mi mindenről martadunk mi le, és mi mindenről marad le a következő nemzedék. Tehát hogy valahol erről az amúgy szerintem tudható és áttekinthető összefüggésről legyen átlátás és ehhez igazodjanak azok a szabályozások, amik körülvesznek minket. Például az oxitocinnak a gyógyszerfejlesztését, tehát ami benne van a dobozban, érdemes megnézni, az van odaírva, hogy *ugyanaz* a hatása, mint a természetes oxitocinnak. Hát ez nyilvánvalóan nem így van.

Vagy a **támogatási rendszer**. Biztos nem nagyon népszerű, de én vállalom, hogy tisztán epigenetikai átvitek miatt nem biztos, hogy szerencsés ennyire elmenni abba az irányba, hogy lépten nyomon támogassuk az asszisztált reprodukciót. Ugye itt ha biológiai vagy evolúciós értelemben gondolkodunk: újratermeljük a problémát. Pont. Most ezt nem fejtem ki jobban. Vagy az EDA-nak a támogatása: spanyol kolléganők mesélték, - de lehet, hogy ez az olaszországi történet – hogy egy keddi napon megszűnt az EDA támogatottsága, és egy csomó asszony elkezdett érdeklődni a nem-farmakológiai fájdalomcsillapítási lehetőségek iránt, és szerencsére volt kihez fordulni. Tehát egy tollvonással nagyot lehetne fordítani a dolgok szekerén.

Egyéb ötleteket nyilván ma is összegyűjthetünk.

Újítsuk fel a régi ismereteket, nem kell mindig mindent újra feltalálni, Ott van ősidők óta.

Fogjunk össze, „tegyük össze amink van”, most olyan értelemben, hogy ki-ki a saját területén egy picit mozdítson ezen a szekéren, és akkor egyre jobban fogunk haladni. Például a legutóbbi időben látszólag a szülészettől teljesen független kutatásban mértük az OT szintet a hipnotikus interakcióban. És nagyon izgalmasan azt kaptuk, hogy lehet, nyilván nem csak a hipnózis, hanem bármely intenzív felnőtt-felnőtt interakció lehet korrektív hatású. Amit mondjuk egy pszichoterápiás környezetben, vagy nagyon sok tréningprogramban dolgozó nyilván érez saját magán, de hogy most már ennek vannak empirikus bizonyítékai is.

És akkor így kívánok boldog szülés és születés napot mindenkinek, és sokkal boldogabbakat, mint amik eddig, vagy az utóbbi időkben vannak, és ami egyébként nagyon is, mármint a boldog változat benne van a pakliban.

Dabney Ewin örökbecsű gondolatával zárom előadásomat: Egyetlen dolog, amivel a test és az elme elválasztható: a Guillotine. Köszönöm szépen.

Köszönetemet fejezem ki az alábbi kollégáknak a kéziratmal kapcsolatos megjegyzéseikért, illetve a szakirodalom megszerzésében nyújtott segítségükért: Zack Boukydist, Sarah Buckley, Bödecs Péter, Fritúz Gábor, Józsa Emese, Kulcsár Zsuzsanna, Molnár Márk, Ortutay András.

További olvasnivalók (a fent elhangzottak java részének szakszerű kifejtése)

VARGA K. (2009) Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk) *Polihistória – köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*, Akadémiai Kiadó, Budapest. pp. 449-476.

VARGA K. (2010) A kötődés kulcsa: A centrális oxitocin rendszer. In *Pszichoszomatikus betegségek csecsemő- és kisgyermekkorban – Regulációs zavarok. XII. Családbarát Konferencia, Budapest, 2010. október 20.* Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest, 41-50.

VARGA KATALIN: (2011) Az első életóra a centrális oxitocin tükrében. *MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA* 74:(5) pp. 14-17. (2011)

VARGA KATALIN: (2011) A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *MAGYAR PSZICHOLOGIAI SZEMLE* 66:(3) p. 507-532. (2011)

VARGA K (2011) Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae*, 21(12)779-784.



Dr. Bangó Márta

SZOPTATÁS, AZ EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDET

*Áldás, népesség a Kárpát-medencében Konferencia
Lakitelek Népfőiskola, 2015. június 12-14.*

*„Maga adta nékem édessége teljét,
úgy ajándékozta anyasága tejét,
hogy egyszer földnek bennem kedve teljék.”
Mécs László: A királyfi három bánata*

Mit értünk szoptatás alatt?

Leggyakrabban az etetéssel szokták azonosítani, holott jóval több annál, számos más rendeltetéssel bír. Többek között a szoptatás megnyugtatja a gyermeket, ha fájdalommal küzd, akkor csillapítja a szenvedését, segíti az elalvását...

A szoptatás során az édesanya karjaival körbefonja, megöleli gyermekét, testük szinte újra eggyé válik (testkontaktus), elmerülnek egymás tekintetében (szemkontaktus). A gyermek ebben a helyzetben teljes biztonságot él át, ami lehetővé teszi, hogy kapcsolatba lépjen és párbeszédet kezdeményezzen az édesanyjával (érzelmi-, értelmi kommunikáció).

Ezért a szoptatás jóval több a kisbaba etetésénél, a megfelelő tápanyagokkal való ellátásánál. Sokrétűsége miatt a szoptatás képezi a csecsemőről való gondoskodás alapját. Abban rejlik a nagyszerűsége, hogy az édesanya nem kell, hogy kitalálja, - ha egyáltalán ki lehet -, hogy például épp szomjoltásra, megnyugtatásra vagy éhségűzésre van-e szüksége gyermekének, hiszen a szoptatással minden igényét ki tudja elégíteni.

Milyen hatásai vannak a szoptatásnak?

Elsőként az anyatej összetételéből fakadó jótékony hatásokat szokták felsorolni, holott magának a szoptatásnak is számos jótékony hatása van, amit komoly hiba figyelmen kívül hagyni.

A szoptatás során átélt összetartozás, bizalom segíti az anya-gyermek közötti kötelék kialakulását. A testkontaktusból fakadó relaxáló, izomlazító, feszültségoldó, biztonságot adó hatás lelki egészség óvó mind az édesanya, mind a gyermeke számára. A szoptatás megerősíti az édesanyát anyai szerepében (kompetenciaérzés), növeli az

önértékelését, a gyermeknek pedig életre szóló segítséget nyújt a stresszel való megbirkózáshoz.

A szoptatás elősegíti a csecsemő értelmi-, érzelmi-, szociális fejlődését. Fontos szerepe van a látás fejlődésében és a kéz-szem koordináció kialakulásában. Hozzájárul az arccsontok és a fogak növekedéséhez, valamint segíti a beszédfejlődést.

A szoptatás az édesanyáról is gondoskodik, segíti a szülés utáni felépülését, valamint védelmet biztosít számára jó néhány betegség (mellrák, petefészekrák, magas vérnyomás, szívroham, agyvérzés, cukorbetegség...) ellen. Ezen kívül a szoptatás természetes fogamzásgátló hatással is rendelkezik, ezt használja ki a laktációs amenorrhoea módszer (LAM).

Ilyen sokféle jótékony hatással bír maga a szoptatás, amelyekhez hozzáadódnak az anyatej által biztosított előnyök.

Az anyatej összetétele mindig a gyermek aktuális szükségletéhez igazodik. Tehát más összetételű tejet termel a koraszülött édesanyja, mást a 6 hónapos csecsemőjét szoptató anyuka, de különböző összetételű tejet kap az éppen betegséggel küzdő kisbaba is. Érdeemes tudni, hogy az anyatej összetétele a nap folyamán is változik. Például az esti órákban megnő az ellazító hatású anyagok mennyisége a tejben, amelyek segítik a gyermek elaltatását.

Az anyatejet igazán különlegessé teszik a benne található esszenciális aminosavak és esszenciális zsírsavak, - amelyeket az emberi szervezet nem tud előállítani, ezért nélkülözhetetlenek számára -, az édesanya szervezetéből származó élő sejtek, immunológiai védőanyagok, valamint a vitamin és ásványi anyag összetétele.

Az anyatej biztosítja a csecsemő optimális növekedését, valamint védelmet nyújt számára különböző fertőző betegségek, hosszú ideig tartó betegségek (cukorbetegség, elhízás, gyomor-bélrendszeri betegségek, magas vérnyomás), daganatos megbetegedések (leukémia), illetve allergiás megbetegedések, asztma ellen.

A kisgyermekes mindennapokat nagymértékben megkönnyítő, gyakorlati előnye az anyatejnek, hogy mindig elérhető, mindig friss, mindig megfelelő hőmérsékletű, nincs szükség semmilyen előkészületre, ingyen van, a csomagolása pedig szép és környezetbarát.

A szoptatás a biológiai norma

Az anyatej, mint minden emlős faj teje, különlegesen az utód igényeinek kielégítésére van tervezve. Olyan mennyiségű és minőségű összetevőket tartalmaz, ami a csecsemő optimális növekedéséhez, fejlődéséhez és védelméhez szükséges. Tehát a szoptatás a biológiai norma, ami mind az édesanya, mind a kisbaba igényeit hivatott kielégíteni.

Ennek megerősítésére 1989. november 20-án az ENSZ közgyűlésén elfogadták a gyermekek jogairól szóló egyezményt, ami kimondja a gyermekeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát és felvázolja az ennek biztosításához szükséges intézkedéseket, így az anyák megfelelő tájékoztatását a szoptatás előnyeiről.

Mindezért nagyon fontos lenne, hogy az édesanyák hiteles információk birtokában hozzák meg döntésüket csecsemőjük táplálásának módjáról és ehhez megfelelő támogatást kapjanak az egészségügyi dolgozók részéről.

SZOPTATÁS, A GONDOSKODÁS TELJESSÉGE



A szüléshez/születéshez hasonlóan a szoptatás témaköre nagy indulatokat, vagy legalábbis nagyon határozott véleménynyilvánítást képes kiváltani az emberekből. Különösen, ha olyan formában történik egy-egy kérdés fölvetése, ami fekete-fehér alapon megosztja a beszélgető partnereket. Ilyen például az időre szoptatás és az igény szerinti szoptatás ütköztetése, vagy az a kérdés, hogy addig szopjon egy kisgyermek, amíg meg nem érik és elválasztja magát, vagy inkább válassza el az édesanya.

Mindenki mélyen érintett a témában, mert van saját élménye, csecsemőként, szülőként, szakemberként.

Mi az, ami egészségesen zajlott, mi nem? Mi az-az élmény, ami esetleges sérülést okozott, mit sikerült ebből földolgozni, mit nem?

A saját élmény szemüvegét nem lehet kikerülni, csak fölismerni, és minden igyekezettel azon lenni, hogy ne e szemüveg homályos lencséje befolyásolja azt, ahogyan egy anya-gyermek pároshoz viszonyulunk segítőként.

A szoptatás olyan mértékű közelséget teremt anya és gyermeke között, ami az egységben levés csodálatos érzése mellett felszínre hozhat, korábbi fájdalmakat, ki nem elégített szükségleteket.

E közelség kialakulása van, akinek magától értetődően megy, a várandósság egyszerű folytatásaként, különösen, ha nem szeparálják egymástól anyát és újszülött gyermekét.

A szoptatásban sikeres lesz egy anya-baba páros, ha a következő feltételek teljesülnek:

- Megfelelő támogató, biztonságos környezetet teremtünk
- Senki sem hordoz földolgozatlan traumákat
- Elválaszthatatlan egységnek tekintjük az anya-baba diádot
- Kellő elhatározás dolgozik az anyában
- Elegendő és stabil tudással bír a szoptatással kapcsolatban, és tisztában van a tápszeres táplálás hátrányaival
- Nehézségek esetén, hozzáértő segítséget kap
- Csatlakozhatnak támogató csoportokhoz

Van, akinek azonban hosszabb és fáradtságosabb utat kell bejárni, és ha sikerül, a szoptatás, mint a válasz kész gondoskodás egy igen lényeges eleme, gyógyító erőként lehet jelen a család életében.

A hiteles információ átadás különös jelentőséggel bír. A szeretkezés, szülés, szoptatás folyamatában ugyanazoknak a hormonoknak van kitüntetett szerepe és ezek a hormonok, akkor tudják kifejezni jótékony hatásukat, ha engedjük az agy ősi területeit és a jobb agyféltekét érvényesülni.

Ez az oldal a testbeszédet érti, nem feltétlenül logikus, érzéssel, cselekvéssel tanul, időtlenségben lebeg. Működteti a képzelet világát és intuitív gondolatokkal lepi meg az egyébként racionális életet élő embert.

Ezért különösen fontos, a szoptatástámogatásban a hasonlatokkal tanítás és a biztonság, elfogadást adó légkör megteremtése.

Ugyan fontos a bal agyféltekét és újkérget „kielégítő” tudásanyag átadása is, de a racionális közlések időpontja nagyon nem mindegy. A várandósság alatt, talán a második trimeszter a legjobb választás, hiszen az első hetekben még egészen más lelki folyamatok zajlanak, sok édesanya még éppen csak elfogadja a várandósság tényét. A szüléshez közeledve pedig, csak a szülés mikéntjére képesek fókuszálni. Rendkívül ártalmas tud lenni, ha az éppen egymásra hangolódo, egymás jelzéseit tanuló baba-mama párost a számok, mérleg, óra, időre szoptatás, száraz adataival terhel a segítő személyzet, mert nagyon komoly teljesítmény kényszert szülhet mindez, és leállítja azokat a hormonális és érzelmi folyamatokat, amik sikeressé tehetnék a szoptatást.

Ha szükség is van, adatok, tények közlésére, fontos, hogy ezek mennyiségét minimalisra csökkentsük, illetve írott formában kaphassa meg az édesanya.

A hasonlatokkal tanítás esetében, hasznos módszer, ha az adott családban, a szoptatással kapcsolatban használatos gondolatokhoz, hiedelmekhez kapcsolódunk és a nyílt elutasítás, cáfolás helyett, kiindulási alapként kezeljük.

Ilyen gyakori, nehezen kezelhető dolog, hogy mind a családok, mind a szakemberek hajlamosak a szoptatást etetésként definiálni. Természetesen valóban az is. De ahogyan a felnőttek sem úgy étkeznek, hogy adott helyre leülve, 3 óránként, adott mennyiséget, mechanikusan elfogyasztanak valamit, úgy a szoptatás sem csak egy olyan folyamat, ami azt a célt szolgálja, hogy a táplálék bekerüljön.

Az étkezés az emberek rendkívül fontos, szociális kapcsolatokat ápoló, örömszerző, oxytocin és endorfin termelő eseménye. Ahogyan egy baráti vagy családi ebédet is várakozás előz meg, része a leves elfogyasztástól a kávéig és a desszertig minden fogás, a beszélgetés, a kölcsönös szeretve levés.

A szoptatás is egy összetett élmény, ahogyan egy a képen látható összejövétel és ebéd is.

A szoptatás egyben:

- Beszélgetés, evés, ivás, megnyugvás
- Nem csak elfogyasztott tápanyagok összessége, hanem tartalmazza a megemésztésükhöz szükséges enzimek egy részét is, ezért is optimális táplálék a csecsemő/kisgyermek számára.
- Fájdalomcsillapítás, mert szinte azonnali endorfin felszabadulással jár
- Kapcsolat a mikrobiom szintjén, reakció a környezet mikroorganizmusaira és az anya-baba aktuális állapotára
- A kötődés-leválás, fejlődés csodálatos jelzőrendszere
- Az anyatejen keresztül támogatja és optimalizálja a növekedést.

A szoptatás a biológiai norma! Ezért normális, ha:

- Ha az anya folyamatos testközelséget/ figyelmet biztosít, amiben a baba jelezheti igényeit és az anya reagál rá és fordítva, az anya igénye is számít e rendszerben.
- Ha igény szerint mellre kerülhet, akár éhség, akár szomjúság, vagy éppen kötődési igénye miatt, és ebben a kapcsolatban azonos értékűnek tekintendő a testi és lelki szükséglet.
- Ha nem korlátozzuk sem időben, sem a mennyiségben, de nem is várunk el adott mennyiséget.
- A tápszeres táplálásnál alkalmazandó számolás nem használható a szoptatott babák anyatej igényének meghatározására!
- Ha a hozzátáplálást is igény szerint 6 hónapos kor után kezdjük, a baba válasz kész gondozásának részeként, továbbra is figyelve jelzéseire.
- Ha éjszaka is jelezhet és szophat, ismelve a csecsemők és gyermekek normális alvási szokásait.
- Ha egy (sőt két) éves koron túl is szopik.
- Ha megengedjük, hogy addig szopjon, amíg el nem választódik.
- Ahhoz, hogy megfelelő legyen a szoptatás támogatása, elengedhetetlen a szakember biztos tudása arról, hogy :
- Az egészséges, érett, anyával folyamatosan kapcsolatban lévő kisbaba kompetens.
- Kommunikál
- Aktívan részt vesz a mellre tapadásban
- Újszülöttként is és később is képes önállóan mellre tapadni és szopni
- A szopást kezdetben veleszületett mozgásminták, reflexek segítik. Később tanult viselkedéssé válik

Ahhoz, hogy megfelelő legyen a szoptatás támogatása, elengedhetetlen a szakember biztos tudása arról, hogy az édesanya kompetens, ha:

- Biztonságban, megtartva érzi magát, ezért tud kizárólagos figyelemmel a baba felé fordulni
- Bízik babája életképességében :
- Bízik abban, hogy a baba jelez, ha bármire szüksége van, elalszik / fölébred, tud üríteni, fog lélegezni
- Mer önmagára figyelmet és időt fordítani
- Mer hibázni és abból tanulni

Amennyiben sérül a baba-mama páros egysége, a köztük meglévő kapcsolat ereje meggyengülhet, az anyai kompetencia sérülhet. Ennek a szoptatásra nézve számos következménye lehet:

- A baba nem tud szopni / a mama nem tud szoptatni
- Zavarodottság, elveszettség érzelmek és információk áradatában
- Korai pozícionálási, mellre tapadási nehézségek, következményes seb, fájdalom
- Fájdalom... testi és lelki
- Kisbaba jelzéseinek nem értése
- Problémák 3-4 hónap körül a kapcsolatban, amikor a baba nagyon „kinyílik” a világ számára
- Hozzátáplálási gondok
- Kötődés / leválás, önállóság siettetése, vagy éppen nehéz elfogadni, hogy föl fog nőni
- Elválasztódás /elválasztás kérdése óriási problémává válik

A fentiek ismeretében elmondható, hogy a szoptatástámogatásban résztvevő szakemberek egyik legfontosabb feladata anya-csecsemő egység megóvása, illetve visszaállítása és az anyai kompetencia megerősítése.

A pozitív szülés és szoptatás élmény hatása páratlan értékű az egész család számára és befolyásolja a gyermekvállalási kedvet is. Ismerve a magyar népességfogyási statisztikákat, az egész társadalom alakulására is hatással van egy adott anya-baba páros és családjának születés és szoptatás élménye.

Ezt alátámasztandó, hivatkozom a 2012-ben készült pilot studynak tekinthető, saját kutatásomra.

Részlet a kutatás összegzéséből:

„A szülés és szoptatás élmény kapcsolata ebben a 314 fős mintában figyelemre méltó. Csak 24 esetben nem mutatott összefüggést a két élményhalmaz. Az összes többi édesanya esetében szinte együtt mozognak az élmények, egymásra épülnek, mint ahogy a hormo-

nális változások is követik egymást. Ha bármilyen zavaró tényező megbontja az egyensúlyt, a következmények nagyon jelentősek.

Az átlagos gyermekszám a teljes mintában, 2,06. Ez önmagában is eltér pozitív irányba a magyar becslült értékhez képest, ami 1,33 körüli. Az átlagos tervezett gyermekszám a minta egészét tekintve 2,54, az átlagos várható gyermekszám pedig 2,47.

Különösen fontos a nagyon pozitív szoptatási élménnyel bíró édesanyák csoportja! Náluk a meglévő gyermekszám, 2,8 és, ha terveiket megvalósítják, akkor több gyermekük fog születni, mint amennyit eredetileg terveztek! Van azonban egy hasonlóan figyelemre méltó csoport, a nagyon pozitív szülés élményt megélt édesanyáké. Ők már most meghaladták az általuk eredetileg tervezett átlagos gyermekszámot, 0,05 értékkel! A pozitív szülés és szoptatás élménye szerint ösztönöz a további, akár nem tervezett gyermek vállalására!

A negatív élmények jelentősége sem lebecsülendő. Nem tudom alátámasztani azt a közismert gondolatot, hogy egy anya gyermek utáni vágya bármit legyőz, ha nem az első gyermekről van szó és az édesanya negatív, sokszor feldolgozatlan, traumatikus élményektől szenved. A válaszadóim 13%-a vallotta azt magáról, hogy megélt komoly testi/lelki sérülést szülési során, 23%-uk, pedig érezte magát tehetetlennek és kiszolgáltatottnak valamelyik szülése során, abban a helyzetben, amikor éppen a legnagyobb biztonságban kellett volna éreznie magát, hogy rendben menjenek a dolgok. A nagyon negatív szülés élménnyel rendelkező anyák átlagos gyermekszáma a legalacsonyabb, 1,44 és a várható gyermekszám éppen 2 egész. Ugyanígy 2, a várható gyermekszám, a nagyon negatív szoptatási élményt átélők körében.

A korai hosszabb ideig tartó bőr-bőr kontaktust szintén nagyon fontos kiemelni! A nagyon pozitív szülés élmény után, ez a következő jelentősen kiugró csoport. Az átlagos gyermekszám, 2,26 a várható, 2,69 és látható, hogy a hosszabb ideig tartó bőrkontaktust élvező baba-mama párok esetén jelentősen megnövekedett az átlagos, szoptatással töltött hónapok száma is. Abban a csoportban, ahol nem volt semmilyen korai bőrkontaktus az átlagos gyermekszám fájóan alacsony, 1,59.”

A szoptatással kapcsolatban hiteles információkhoz juthat az érdeklődő, a következő források felhasználásával:

<http://www.szoptatasert.hu/>

<http://www.szoptatasportal.hu/>

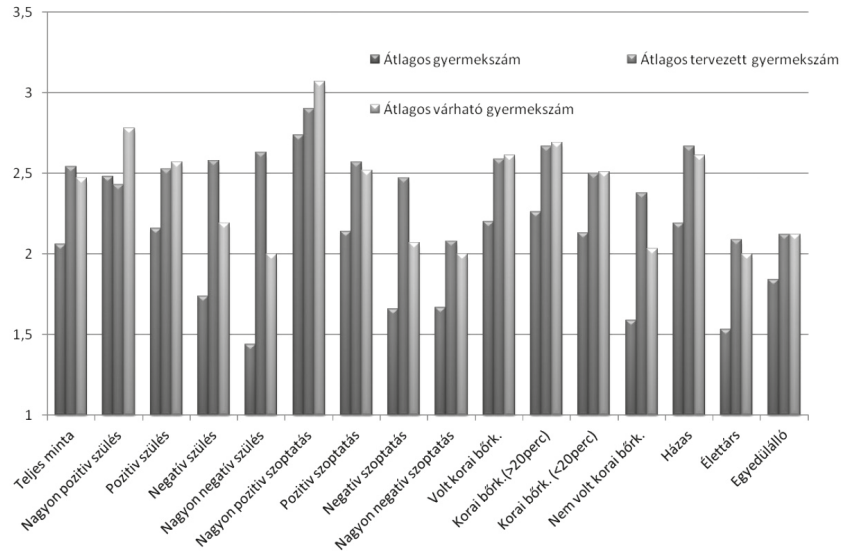
<http://www.ill.hu/>

AZ ERGO EURÓPAI REGIONÁLIS SZERVEZET BEMUTATÁSA

Felelősséggel a jövőért szeretnénk a Kárpát-medencében és Európában olyan országot és közösséget építeni, amely

- történelmi ismeretekre és emberségre épülő, erős biztos nemzeti azonosságtudattal rendelkezik,
- szilárd erkölcsi alapokkal bír,
- értékeket átadni képes és a nemzet jövőjét biztosító családok és egyének lakják,
- virágzik a gazdasága,
- természeti környezete a jövő nemzedékek számára is egészséges életlehetőségeket biztosít.

A polgárok önkéntesen szerveződő közösségei, az erős és fejlett civil társadalom Magyarország gazdasági és társadalmi felemelkedésének záloga.



	Teljes minta	Nagyon pozitív szülés	Pozitív szülés	Negatív szülés	Nagyon negatív szülés	Nagyon pozitív szoptatás	Pozitív szoptatás	Negatív szoptatás	Nagyon negatív szoptatás	P-P	N-N	Volt korai bört. kontaktus	Korai bört. kontaktus (>20perc)	Korai bört. kontaktus (<20perc)	Nem volt korai bört. kontaktus	Házasság	Élettárs	Egyedülálló
Válaszadó édesanyák száma	314	23	240	74	16	49	269	44	6	211	16	242	131	111	71	242	47	25
Átlagos gyermekszám	2,06	2,48	2,16	1,74	1,44	2,80	2,14	1,66	1,67	2,21	1,38	2,20	2,26	2,13	1,59	2,19	1,53	1,84
Átlagos tervezett gyermekszám	2,54	2,43	2,53	2,58	2,63	2,90	2,57	2,47	2,08	2,55	2,50	2,59	2,67	2,50	2,38	2,67	2,09	2,12
Átlagos várható gyermekszám	2,47	2,78	2,57	2,19	2,00	3,12	2,52	2,07	2,00	2,60	2,02	2,61	2,69	2,51	2,03	2,61	2,00	2,12
Átlagos szoptatási időtartam (hó)	13,93	13,99	14,30	12,80	10,50	19,90	15,30	6,37	2,63	15,58	7,03	14,50	16,32	12,32	11,80	14,51	12,12	11,81

A fenti kutatás a SEMMELWEIS EGYETEM EGÉSZSÉGÜGYI KÖZZSZOLGÁLATI KAR MENTÁLHIGIÉNÉ INTÉZET, Laktációs Szaktanácsadó képzés, záró szakdolgozataként készült 2012-ben, A pozitívan megélt szülés és szoptatás élmény hatása a későbbi gyermekvállalási kedvre, címmel.

ERGO-Európai Regionális Szervezet célja

- a civil társadalom erősítése,
- vélemény, információ és tapasztalatcsere,
- a civil érdekek közvetítése,
- a szabályozási, törvényhozási háttér megismerése, lehetséges alakítása egyeztetett elvek mentén, jogszabály-előkészítése útján,
- a civil társadalom problémáinak követése, igény szerinti kutatása,
- aktív segítségnyújtás pályázati, jogi, szervezési és szervezet-alakítási ügyekben,
- a civil-oktatás és továbbképzés különböző szintjeinek, szintereinek támogatása.
- Jelenlét, kapcsolatépítés, pályázatokon való részvétel a hasonló értékrendű európai civil szervezetek között.

„Azoknak, akik hisznek a szeretet és az összefogás erejében, a baj is a javukra válik, az ellenségeik is útra segítik őket.”

Állandó Munkacsoportok:

- **Törvény-előkészítési,- jogi,- és igazgatási:** tagja vagyunk az Emberi Jogi Munkacsoport különböző tematikus munkacsoportjainak. Egyik fő projektünk a *„Nyitott szemmel az ifjúság védelmében”* címet viseli. Hasonló címmel jelentettünk meg egy kiadványt is a gyermekbántalmazás, gyermekprostitúció ellen.
- **Foglalkoztatás – foglalkoztathatósági:** Konferencia sorozatot indítottunk az ország különböző régióiban: *„Nők a nemzetgazdaságban Látható és láthatatlan munka”* címmel: Hódmezővásárhely, Kecskemét, Szombathely, Eger helyszíneken a téma a nők munkaerő-piaci helyzetének a javítása. A *„Vállalkozó nők a Kárpát-medencében”* c. képzésünkbe 5 határon túli régióból kapcsolódtak be érdeklődők.

Csomóné Lindmayer Katalin
A Család-Vár Alapítvány elnöke

CSALÁD-VÁR ALAPÍTVÁNY

Alapítványunk 2007-ben minden olyan kezdeményezés támogatására jött létre, mely a családot, mint egységet, egy férfi és egy nő, és a hozzájuk tartozó gyermekek közösségét fogadja el.

Szeretnénk, ha a család becsülete, tisztessége visszatérne életünkbe, és valóban egy erős vár lenne, mely mindig tárt kapukkal és ölelő karokkal vár.

Fő projektjeink:

- AnyaBaba Mozgalom – az AnyaBaba szülészeti ellátás magyarországi meghonosítása, szakmai továbbképzések, családok megszólítása és tájékoztatása, törvényi háttérhez szakmai segítségnyújtás
- Eszter-lánc Anyatejmisszió – szoptatási tanácsadás és anyatejközvetítés ország-szerte
- Születésmese – 3 éves kortól várjuk a gyermekeket, hogy életkoruknak megfelelően mese keretében ismerkedjenek meg a természetes, egészséges folyamatokkal a szülés körüli időszakban, növelve ezzel is egészséges személyiség-fejlődésüket és gyógyítva saját születési traumáikat. Felnőtteket a Milyen volt ... csoportokon várjuk, ahol a szüléshez kapcsolódó blokkok oldása folyamán a meddőség, következő gyermek vállalása, szüléshez kapcsolódó testi és lelki traumákat dolgozunk fel.
- Szülői érdekképviselet

E-mail: csaladvar@gmail.com





CÉGEK, SZERVEZETEK

1. ANYABABA SZÜLÉSZETI TANÁCSADÁS

Kapcsolattartó neve:

Csomóné Lindmayer Katalin

Szervezet elérhetősége:

E-mail: csaladvar@gmail.com

Honlap: www.anyababamozgalom.hu

Telefonszám: +36 20 9527358

Szervezet leírása:

Az AnyaBaba szülészeti ellátás magyarországi referenseként szakmai anyagokkal, tájékoztató alkalmakkal, továbbképzésekkel és műhelymunkákkal várom.

2. DR. BANGÓ MÁRTA, IBCLC

Kapcsolattartó neve:

Dr. Bangó Márta

Vállalkozás elérhetősége:

E-mail: bangomarti@hotmail.com

Honlap: www.anyaletra.hu

Telefonszám:

Vállalkozás bemutatása:

Nemzetközi Vizsgabizottság által minősített laktációs szaktanácsadó (IBCLC)

3. DOBROVA BEATRIX IBCLC

Kapcsolattartó neve:

Dobrova Beatrix

Vállalkozás elérhetősége:

2085 Pilisvörösvár, Hunyadi utca 83.

E-mail: hacsibombotar@gmail.com

Honlap: <http://www.babaszoptatas.eu/>

Telefonszám: + 36 30 4155990

Vállalkozás bemutatása:

szoptatási szaktanácsadás

4. EMMI Dent ultrahangos fogkefe

Kapcsolattartó neve:

Vállalkozás elérhetősége:

Székhely:

E-mail: naturnatal@gmail.com

Honlap: www.naturnatal.com

Telefonszám: +36 20 9527358

Vállalkozás leírása:

fogágy betegségeket korai stádiumban feltáró otthoni teszt, személyes gócfelmérés teszt segítségével, tanácsadás és a legmodernebb ultrahangos technológia felhasználása az egészség érdekében. A korai felismerés biztosítja a korai beavatkozás lehetőségét, a megelőzés csökkenti a koraszülés kockázatát és az ép, egészséges fogak és a fogíny épségének megtartását.



5. DR. FARKAS ANIKÓ

Kapcsolattartó neve:

Dr. Farkas Anikó

Vállalkozás elérhetősége:

Szada, Szabadság u.58. 2111

E-mail: mydxnmail@gmail.com

Honlap: <http://kavefuggovagyok.dxn.hu/uzenetem-neked>

www.anyatudja.blogspot.com

Telefonszám: +36 70 9444210

Vállalkozás bemutatása:

Tegyél egészségedért! Lemondások nélkül, élvezettel! A fenti című előadásommal segítek megérteni korunk népbetegségeinek okait, ugyanakkor megoldási javaslatokat is adok útravalóul.

Ezek segítségével tudatosabban tehetsz a magad és családod egészségéért, egyes betegségek megelőzéséért, vagy a már kialakult állapotok javításáért.

Ebben a munkámban nem csak az anyacég, hanem pszichológiai, természetgyógyász és ganoterápiás tanulmányaim, tapasztalataim is segítenek.

Végzettségem szerint a növénytermesztési és kertészeti tudományok doktora, foglalkozásilag egyetemi adjunktus vagyok. A DXN cég Star Ruby szintű vezetőjeként, sikertrénerként felelős vagyok vevőimért és a csapatom fejlődéséért.

Céлом minél több embertársamnak segíteni abban, hogy megvalósíthassák álmaikat, élhessék a DXN életstílust. Fogyassz egészséges kávé és természetes kiegészítőket, amelyek védik egészséged, óvják pénztárcádat! Kérdéseiddel fordulj hozzám bizalommal!

A rendezvény témájához kapcsolódó, az előadók és hallgatóság számára releváns információk az alábbi blog oldalra kerülnek fel folyamatosan: www.anyatudja.blogspot.com

Dr. Farkas Anikó (PhD)

6. HORVÁTH EDINA

Kapcsolattartó neve:

Horváth Edina

Vállalkozás elérhetősége:

Székhely:1076 Budapest Péterfy Sándor 40. 1/5

E-mail: horvath.edina86@freemail.hu

Honlap: <http://meridian4.webnode.hu/>

Telefonszám: +36304287483

Vállalkozás leírása:

7. NN FOTÓ

Kapcsolattartó neve:

Hubay-Németh Natália

Vállalkozás elérhetősége:

Székhely: 7761, Kozármisleny Pécsi u. 2/2.

E-mail: info@nnfoto.hu

Honlap: www.nnfoto.hu

Telefonszám: +36 305751722

Vállalkozás leírása:

Újszülött és szülésfotózás

8. SCHANDA MÓNIKA

Kapcsolattartó neve:

Schanda Mónika

Vállalkozás elérhetősége:

Székhely:

E-mail: monika@schanda.hu

Honlap: www.babapraxis.hu

Telefonszám: +36 30 395-5174

Vállalkozás leírása:

szülésznő, bába, IBCLC laktációs szaktanácsadó

Személyes segítségnyújtásra az anya otthonába megyek Budapesten és Észak-Buda vonzáskörzetében.

9. TERVEZZ TERMÉSZETESEN

Kapcsolattartó neve:

Szervezet elérhetősége:

E-mail:

Honlap: <http://www.tervezztermeszetenen.hu/>

Telefonszám:

Szervezet leírása:

A nő méltóságának, és a termékenység tiszteletének elfogadása, védelme, támogatása

A TERMÉKENYSÉG AJÁNDÉK! ÉLJ VELE!

Hogyan (ne) legyünk várandósak?

TERMÉSZETESEN!

- *forradalmian új módszer*
- *tudományosan és orvosilag bizonyított*
- *morálisan elfogadható*
- *rendkívül hatékony*
- *mellékhatások nélkül*

AZ ÉLETET OKTATJUK!

10 LÉPÉS, MELY AZ OPTIMÁLIS ANYABABA* SZÜLÉSZETI ELLÁTÁSHOZ VEZET

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Szervezet kezdeményezése - International MotherBaby Childbirth Organisation (IMBCO) www.ombc.org

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés 10 lépése

*Az optimális AnyaBaba Szülészeti ellátást biztosító szervezet olyan kidolgozott, írásba foglalt irányelvekkel rendelkezik, amelyeket képzéseiben és gyakorlatában megvalósít.**

1. Lépés: **Minden nőt tisztelettel és méltósággal kezel**
2. Lépés: **Ismeri és általánosan alkalmazza azt a bábai szakmai tudást** és azon készségeket, amelyek a várandósság, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normál élettani folyamatait legoptimálisabban támogatják.
3. Lépés: **Tájékoztatja az anyát a vajúdás és szülés alatti folyamatos támogatás előnyeiről**, valamint biztosítja, hogy a szülő nő által választott személyek ebben a támogatásban részesíthessék is őt.
4. Lépés: **A fájdalom csillapítására és enyhítésére** a szülő nőnek nem-gyógyszeres módszereket és kényelmi szolgáltatásokat ajánl, miközben ismerteti vele ezek hasznát a normális szülés megkönnyítésére.
5. Lépés: **Olyan gyakorlatot folytat, amely tudományos bizonyítékokon alapul**, és amelynek jótékony hatása beigazolódott.
6. Lépés: **Elkerüli a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat.**
7. Lépés: **Olyan intézkedéseket vezet be**, amelyek hozzájárulnak az egészséges jóléthez, valamint megelőzik a betegségeket és a váratlan veszélyhelyzeteket.
8. Lépés: **Hozzáférést biztosít a bizonyítékokon alapuló szakszerű sürgősségi ellátáshoz.**



9. Lépés: **Biztosítja a kapcsolódó anya- és gyermek-egészségügyi ellátás széles spektrumát** – együttműködve magánszemélyekkel, intézményekkel és szervezetekkel.

10. Lépés: **Törekszik a sikeres szoptatás 10 lépésének megvalósítására**, vagyis betartja a „Bababarát Kórház” kezdeményezés alapelveit.

**Az Anya és a Gyermekek a várandósság, a szülés, valamint a szoptatás időszakában kölcsönösen eggyé forrott egységet alkot, ezért az eredeti szövegben a MotherBaby kifejezést használják. (az egész világon ismert angol elnevezése: IMBCI - International MotherBaby Childbirth Initiative) www.imbci.org*

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés alapelvei

- A nők és a gyermekek jogai emberi jogok.
- A humánus és hatékony egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető emberi jog.
- Az anya és a gyermek eggyé forrott egységet alkot a várandósság, szülés és kisgyermekkor során (erre angolul a MotherBaby kifejezést használják) és ekként is kell kezelni őket, mivel egyikük ellátása jelentősen befolyásolja a másik ellátását.
- A szülészeti ellátás az egészségügy nélkülözhetetlen része, amelyet tökéletesen el kell látni tőkével, személyzettel, felszerelésekkel, és szabadon elérhetővé kell tenni minden nő számára állampolgárságtól és társadalmi státusztól függetlenül.
- A szülészeti ellátás alapja mindig a minden nő iránti figyelmesség és tisztelet legyen.
- A várandósgondozás, a szülészeti, valamint a gyermekágyi és újszülött ellátás legyen egyénre szabott. Az Anya és a Gyermekek igényei élvezzenek elsőbbséget az egészségügyi dolgozók, intézmények és a gyógyszeripar igényeivel szemben.
- A várandósság, a vajúdás, a szülés és a szoptatás normális és egészséges folyamat, amely során a legtöbb esetben elég az egészségügyi dolgozók figyelme és támogatása. A legújabb bizonyítékok alátámasztják ezen megközelítés biztonságosságát és jobb eredményeit.
- A nők kapjanak teljes, részletes, elfogulatlan és a lehető legbiztosabb bizonyítékokon alapuló tájékoztatást az alternatívákról, a hátrányokról és előnyökről, hogy tájékozott döntést hozhassanak saját maguk és gyermekük ellátását illetően.
- A szülészeti szokások testileg-lelkileg hatással vannak az Anyára és a Gyermekekre. Minden egyes ellátó személy és a szülés teljes környezete növelheti vagy csökkentheti a nők önbizalmát, segítheti vagy hátráltathatja az anyákat a szülésben, gyermekük gondozásában és szoptatásában valamint az újszülötteket a hatékony szopásban.
- Minden egyes egészségügyi dolgozó személyesen felelős az általa nyújtott ellátás minőségéért az anyával, a családdal, a közösséggel és az egészségügyi ellátórendszerrel szemben.
- Az optimális szülészeti ellátás nélkülözhetetlen része a gondoskodó légkör megteremtése, az anya meghallgatása, önkifejezésének bátorítása és magánéletének tiszteletben tartása.
- A legtöbb országban elsősorban a bábák látnak el több millió szülő nőt, így ők kifejlesztettek egy olyan ellátási modellt, amely a várandósság, vajúdás, szülés

és gyermekágyas idő normális fiziológiáján, szociológiáján és pszichológiáján alapul. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés az ellátás bábai modelljét használja és megerősíti, hogy a bábai tudás, készségek és magatartás alapvetőek az optimális AnyaBaba ellátáshoz.

- Csökkenthetjük a pszichológiai trauma kockázatát és egyben erősíthetjük a nők bizalmát az ápoló személyzettel szemben, szülési tapasztalatát, segítségkérésre és a segítség elfogadására irányuló hajlandóságát, ha az anya kulturális, vallási és egyéni hiedelmeire, értékeire folyamatosan figyelemmel vagyunk.
- Ha az adott kultúrának megfelel, az apa jelenléte a szülésnél pozitívan hathat a családra, az apa szülői magatartására és arra, hogy az apa mennyi elismeréssel néz az anyára.
- Sok nő biztonságosan tudni szülni kórházon kívül egy szakrendelőben, születésházban vagy saját otthonában, ha folyamatos rendelkezésére áll a szakképzett ápolószemélyzet, és mellé rendelve létezik hatékony beszámoltatás. A nőket – beleértve azokat, akiknek már volt császármetszésük, farfekvéses a magzatuk vagy ikreket várnak – pontosan tájékoztatni kell a hüvelyi szülés és a császármetszés előnyeiről és hátrányairól, minden elérhető helyzetben és bármely elérhető egészségügyi szolgáltatónál.
- Minden szülészeti ellátásnál be kell tartani az Anyatejet Helyettesítő Készítmények Marketingjének Nemzetközi Kódexében foglaltakat.
- Bár elengedhetetlen a sürgősségi ellátás, nem ez az egyetlen megoldás az anyai és újszülött kori megbetegedési és halálozási arány csökkentésére. Ezeket a problémákat már a kialakulásukkor is meg kell próbálni megakadályozni úgy, hogy megelőzzük a megbetegedést, elősegítjük a jóllétet és jogokat adunk a nőknek.

Az AnyaBaba Ellátás modellje javítja minden nő és csecsemő egészségét és közérzetét a várandósság, a szülés és a szoptatás ideje alatt. Ez képezi a kiváló eredményeket elérő szülészeti ellátás aranyalapját. Minden szülészeti ellátást nyújtó szolgáltató részesülhessen megfelelő képzésben, így lehetősége nyílik, hogy biztosítsa és támogassa az AnyaBaba Ellátás modelljét.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Szervezet kezdeményezésének 10 lépése

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Szervezet kezdeményezésének 10 lépése az anya és a baba számára elérhető egyes tesztek, kezelések és beavatkozások biztonságosságát és hatékonyságát érintő jelenleg elérhető legjobb evidenciák alapján. A „biztonság” azt jelenti, hogy az ellátás bizonyítékokon alapuló gyakorlattal történik, melynek során minimalizálják a hibák és ártalmak kockázatát, és támogatják a vajúdas és szülés természetes fiziológiás folyamatát. „Hatékonyság” alatt azt értjük, hogy az ellátás az elvárt előnyöket nyújtja, és alkalmazkodik a várandós nő és gyermeke alapvető javát szolgáló igényeihez. A biztonságos és hatékony AnyaBaba Szülészeti ellátás a lehető legjobb egészségi eredményeket és előnyöket nyújtja, a források és a technológia legmegfelelőbb és legkörültekintőbb alkalmazásával.

Az optimális AnyaBaba Szülészeti ellátást biztosító szervezetek olyan kidolgozott, írásba foglalt irányelvekkel rendelkeznek, amelyeket képzéseikben és gyakorlatukban megvalósítanak. Ezen irányelvek előírják az egészségügyi ellátást végző személyzetnek az alábbiakat:

1. lépés: **Minden nőt tisztelettel és méltósággal kezel**, teljes körűen tájékoztat, és bevonja az ő és gyermeke ellátását érintő döntések meghozatalába. A várandós számára érthető magyarázatokat nyújt, valamint biztosítja az informált beleegyezés vagy elutasítás lehetőségét.
2. lépés: **Ismeri és általánosan alkalmazza azt a bábai szakmai** tudást és azon készségeket, amelyek a várandósság, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normál élettani folyamatait legoptimálisabban támogatják.
3. lépés: **Tájékoztatja az anyát a vajúdas és szülés alatti folyamatos támogatás előnyeiről**, valamint biztosítja, hogy a szülő nőt az általa választott személyek – pl. az apa, a partner, a családtagok, dúla vagy mások – ebben a támogatásban részesíthessék. A folyamatos támogatás bizonyítottan csökkenti a vajúdas alatti gyógyszeres fájdalomcsillapítás szükségességét, a szülésbefejező műtétek számát, valamint növeli az anyák elégedettségét a szülésélményüket érintően.
4. lépés: **A szülő nőnek nem-gyógyszeres módszereket biztosít** a fájdalom csillapítására és enyhítésére, valamint kényelmének növelésére, és ismerteti ezek hasznát a normál szülés megkönnyítésére és az esetleges ártalmas hatások elkerülésére. Megtanítja a vajúdo nőnek (és segítőinek), hogyan használhatják ezeket a módszereket – egyebek között az érintést, a különböző pozíciókat, a masszázst, a vízben vajúdas és a különféle relaxációs és fájdalomnyhító technikákat. Tiszteletben tartja az egyes nők

különböző igényeit és választásait.

5. lépés: **Olyan gyakorlatot folytat, amely tudományos bizonyítékokon alapul,** és amelynek a normál, élettani vajúdsra, szülésre és gyermekágyas időszakra gyakorolt jótékony hatása beigazolódott. Ide értendő:

- Engedi a vajúdsát a maga ideje szerint zajlani, tartózkodik az időkeretek betartásán alapuló beavatkozásoktól, a partogramok használatától, valamint nem szűkíti meghatározott időintervallumra a vajúds egyes szakaszait.
- Az anya igényei szerint, korlátozás nélkül biztosítja számára az étel-ital fogyasztását a vajúds idején.
- Segíti a vajúds nőt, hogy sétálhasson és szabadon mozoghasson, valamint hogy megtalálja a saját maga által legkényelmesebbnek ítélt pozíciót, beleértve a guggolást, ülést vagy négykézlábas testhelyzetet is, és biztosítja a kényelmes függőleges helyzethez szükséges eszközöket a vajúds számára.
- Ismeri a magzat méhen belüli megfordításának és a farfekvéses hüvelyi szülés kísérésének technikáit.
- Elősegíti az azonnali és folyamatos bőrkontaktust az anya és az újszülött között a testmeleg biztosítása, a kötődés, a fejlődés elősegítése és a szoptatás megkezdése végett, és gondoskodik róla, hogy anya és baba együtt maradjon.
- Megfelelő időt hagy a köldökzsinórvér átáramlásához, hogy a baba hozzájuthasson ehhez a vérmennyiséghez, és az általa szállított oxigénhez, tápanyagokhoz.
- Gondoskodik róla, hogy az anya akkor is bármikor a gyermekével lehessen, ha az beteg vagy koraszülött (pl. kengurumódszer), és segíti az anyát, hogy saját tejével (vagy más anya tejével) táplálhassa újszülöttjét akkor is, ha a szoptatás nem lehetséges.

6. lépés: **Elkerüli a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat,** melyek rutinszerű vagy túl gyakori alkalmazását a normál vajúds és szülés folyamatában tudományos kutatások nem támasztják alá. Különleges esetekben ezen eljárások akkor alkalmazandók, ha a tudományos evidenciák alapján a használatukkal járó előnyök nagy valószínűséggel felülírják a lehetséges ártalmakat. Ezen esetekben is teljes körűen tájékoztatni szükséges az anyát, hogy informált beleegyezésében biztos legyen. Ilyen eljárások:

- Borotválás
- Beöntés
- A burok leválasztása a méhszájról
- Mesterséges burokrepszés

- Mesterséges szülésindítás és/vagy a vajúds mesterséges gyorsítása
- Ismételt hüvelyi vizsgálatok
- Étel- és folyadékmevönás
- A vajúds nő ágyban tartása
- Infúzió
- Folyamatos magzatiszívhang-figyelés (CTG)
- Gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- Hólyagkatéter felhelyezése
- Lithotómiás testhelyzet (hanyatt fekvés, kengyelbe helyezett lábakkal)
- Irányított nyomtatás
- Fundusnyomás (Kristeller-műfogás)
- Gátmetszés
- Fogó és vákuum alkalmazása
- A méh manuális belső feltárása
- Első és ismételt császármetszés
- Az újszülött légutainak leszívása
- A köldökzsinór azonnali elvágása
- Az anya és az újszülött elválasztása

7. lépés: **Olyan intézkedéseket vezet be, amelyek hozzájárulnak az egészséges jólléthez,** valamint megelőzik a betegségeket, a váratlan veszélyhelyzeteket és az anyai vagy újszülött-haláleseteket:

- Biztosítja a megfelelő ismeretek átadását a helyes táplálkozásról, és segíti az anyát, hogy megfelelő ételekhez, tiszta vízhez jusson, és tiszta, biztonságos környezetben várhassa a gyermekét;
- Biztosítja a megfelelő járványügyi ismeretek átadását (pl. a malária és az AIDS megelőzése és kezelési lehetőségei, a tetanuszfertőzés elleni immunizáció)
- Biztosítja a megfelelő ismeretek átadását a felelősségteljes szexualitás, családtervezés, a női reprodukív jogok témáiban, és segíti a nőt a fogamzásgátlás eszközeihez való hozzájutásban.
- Anya és gyermeke személyes fizikai és érzelmi igényeihez szabott, segítő várandós-, vajúds alatti, gyermekágyi és újszülöttellátást nyújt, a családi és a tágabb közösségi kapcsolatokat is tiszteletben tartva.

8. lépés: **Életveszélyes komplikációk esetén hozzáférést biztosít a bizonyítékokon alapuló, szakszerű sürgősségi ellátáshoz.** Biztosítja, hogy minden szülészeti gondozást végző és újszülöttellátó szakember rendelkezzen megfelelő vészhelyzetet elhárító tudással, melyet folyamatosan frissít, hogy szükség esetén időben és megfelelő módon az anya és a baba rendelkezésére álljon.

9. lépés: **Biztosítja a folyamatosságot a kapcsolódó anya- és gyermek-egészségügyi ellátás széles spektrumán** – együttműködve az egészségügyi ellátókkal, intézményekkel és szervezetekkel. A gondozás folyamatosságába beleértendő a tradicionális szüléskísérők, valamint a kórházon kívüli szülést kísérők is. Az anyasághoz kapcsolódó szolgáltatásokat ajánló intézmények, ügynökségek és szervezetek keretein belül dolgozók számára különösen ajánlatos:

- Tudományos, kulturális és intézményi keretek között együttműködniük, hogy az AnyaBaba Szülészeti ellátást a lehető legjobban megvalósíthassák, felismerve egymás kiemelt kompetenciáit, és elfogadva a különböző nézőpontokat;
- Elősegíteni a gondozás folyamatosságát a vajúdás és a szülés során azáltal, hogy minél kevesebb ellátó veszi körül az anyát és a babát;
- Ha a helyzet úgy kívánja, konzultációs lehetőséget és időben történő átirányítást biztosítani a gondozás szempontjából legmegfelelőbb intézménybe és szakemberekhez;
- Megbizonyosodni róla, hogy az anya tisztában van az ő és újszülöttje rendelkezésére álló közösségi szolgáltatásokkal, és azok általa el is érhetők.

10. Lépés: Törekszik a sikeres szoptatás 10 lépésének megvalósítására a WHO/Unicef **Bababarád Kórházakért Kezdeményezés alapelveinek** betartásával:

1. Az intézmény rendelkezzen írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertessenek az egészségügyi dolgozókkal.
2. Minden egészségügyi dolgozó kapjon megfelelő gyakorlati felkészítést az irányelvek alkalmazásához.
3. Tájékoztassanak minden várandós anyát a szoptatás előnyeiről és módjáról.
4. Segítsék hozzá az anyákat, hogy az újszülöttet már a születést követő első félórában a mellükre tehesék. Az újszülöttnak a születése után azonnal biztosítsák az édesanyjával való bőrkontaktust minimum egy órán keresztül, és bátorítsák az anyát, hogy figyelje meg, mikor áll készen a baba a szopásra, ajánlják fel a segítségüket, amennyiben szükséges.
5. Mutassák meg az anyáknak, hogyan kell szoptatni és a tejelválasztást fenntartani, még akkor is, ha valamilyen okból el vannak különítve újszülöttjüktől.
6. Csak orvosi indikáció esetén kapjon a csecsemő anyatejen kívül más itelt vagy italt.

7. Legyen általános gyakorlat az anya és az újszülött együttes elhelyezése a nap 24 órájában.
8. Ösztönözzék az anyákat, hogy az újszülött igényeinek megfelelően szoptassanak.
9. A szoptatott csecsemőknek ne adjanak cumit.
10. Támogassák a szoptatást segítő anyacsoportok létrehozását, és az egészségügyi intézményekből távozó anyákat irányítsák ezekhez.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Szervezet más szervezetekkel együttműködésben egy kézikönyv elkészítésén dolgozik, melyben részletesen ismertetésre kerül a Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés tíz pontjának tudományos megalapozottsága. E dokumentumot folyamatosan frissítik a legújabb elérhető kutatási eredmények figyelembe vételével.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés globális összefüggései

Az elmúlt évtizedekben az anya- és csecsemő gondozás terén elért jelentős sikerek ellenére a fő problémák megmaradtak mind a fejlett mind a fejlődő országokban. Évente több, mint félmillió nő hal meg a várandósság és szülés során fellépő problémák miatt, többnyire a fejlődő országokban, és még többeket érintenek a várandósság időszakában és a szülés közben fellépő komplikációk. Az anya elhalálzásának vezető okai között szerepel a vérzés, a fertőzés, az eclampsia, a leálló vajúadás, a nem biztonságos abortusz és fertőző betegségek úgy, mint HIV/AIDS és malária. A világon a csecsemőhalandóság még szinte minden 10. csecsemőt érinti. Az újszülött és csecsemőhalandóság vezető okai a koraszülöttség, az alacsony születési súly, a szülés közben jelentkező légzészavar és sérülések, fertőzés, öröklött rendellenesség, bőséghalál, légzészavar, valamint a gyomor- és bélrendszeri megbetegedések. Azonban, a legtöbb anya- és csecsemő halál megelőzhető, ha lehetőség van életmentő műtéti beavatkozásra. Továbbá, ha a szülést olyan szakképzett szakember vezeti, aki részt vett olyan képzésben, ahol a szülés normális fiziológiáját és a szoptatást megkönnyítő módszereket elsajátította.

A várandósság, vajúadás és szülés közben elvégzett orvosi beavatkozások életet menthetnek. Am abban az esetben, ha nem megfelelően alkalmazzák, az orvosi beavatkozás egyébként elkerülhető komplikációkat okoz, maradandó sérüléseket eredményezhet, sőt halálhoz is vezethet. Az egészségügyi ellátás költségeinek és az anyagi erőforrásoknak erős növekedését eredményezte az indokolatlanul alkalmazott sok beavatkozás, miközben szülések területén javulás nem történt. Például, a császármetszések számos országban mesze meghaladják az ajánlott felső 15%-os értéket. Ha nincs lehetőség császármetszés végrehajtására, akkor, amikor szükséges, életkebe kerül, de ha sokkal többször alkalmazzák hosszú és rövid távon komoly potenciális károkat okoz az édesanyáknak és csecsemőiknek egyaránt. Sőt, azokban a kórházakban ahol a beavatkozás gyakorlattá vált, az orvosok ritkán képzetek arra és/vagy képesek, hogy a művi beavatkozások helyett vajúadás és szülés normális fiziológiája által megkívánt készségeket és tudást alkalmazzák.

Az optimális táplálási gyakorlattal- a korai és kizárólagos szoptatás a megfelelő kiegészítő táplálással- évente mintegy két millió csecsemő halálát akadályozná meg. A szoptatás biztosítja a kisgyermek számára az optimális tápanyagot, az immunitás védelmét, a fejlődést és kiegyensúlyozott egészségi állapotot, valamint kedvező hatást gyakorol az édesanya állapotára is. Ha javul a szoptatás megítélése, csak magával a szoptatással több, mint 3500 gyermek életét lehet megmenteni minden egyes nap, többet, mint bármely preventív beavatkozással. Azok a művi beavatkozások, amelyek megzavarják a vajúadás, a szülés, a gyermekágyi időszak és az újszülöttkor normális fiziológiáját és közvetlen hatnak az életben maradásra, valamint egészségi állapotra,

kedvezőtlenül befolyásolhatják a szoptatás kezdetét, kizárólagosságát és időtartamát.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés elismeri, hogy a világon az egészségügyi ellátás anyagi erőforrásai és a hozzáférés rendkívül eltérő. A 21. század kihívása hogy ott, ahol hiányzik a szakképzett egészségügyi ellátó személyzet és a sürgősségi ellátás, megnöveljék azt, miközben visszaszorítsák az indokolatlanul alkalmazott sok művi beavatkozást, továbbá fejlesszék az egészségügyi ellátás színvonalát valamennyi országban.

Azok a nemzetközi kezdeményezések, amelyek az anya és a gyermek egészségügy világszerte jelentkező problémáinak javításán fáradoznak, az alábbi kezdeményezéseket jelenti: Biztonságos Anyaság Kezdeményezés, Tegyük Biztonságosabbá a Várandósságot, Nemzetközi Kezdeményezés az Anyai Halálozás csökkentéséért és Emberi Jogokért, a Csecsemő és Kisgyermek Táplálás Globális Stratégiája. Ide tartozik továbbá a Bababarát Kórház Kezdeményezést (BHFI), és az Anyatejet Helyettesítő Készítmények *Marketingjének Nemzetközi Kódexe*, amelyet a 2005-ben elfogadott, majd a Világ Egészségügyi Bizottsága által 2006-ban elfogadott az Anyatejes táplálás Védelme, Előmozdítása, Támogatása Innocentív Deklarációjában rögzítettek.

Ezen erőfeszítések mellett, a Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés kiemelt hangsúllyal kezeli az édesanya szülési élményének minőségét és ennek az anya, a baba és a család egészségére gyakorolt hatását rövid és hosszú távon egyaránt. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés hangsúlyozza a tudományos bizonyítékok jelentőségét, amelyek igazolják az Anya-Baba (MotherBaby) szemlélet jótékony hatásait. A szemlélet alapja: a várandósság, a szülés és a szoptatás időszakának normális fiziológiáján, a helytelenül alkalmazott művi beavatkozás veszélyein, a nők személyes igényeinek figyelembevételén alapszik.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés kiegészíti a már működő, az anya és csecsemő életésélyeit, valamint a szoptatást támogató törekvéseket (értendő itt a legutóbbi Baba-barát Kórház Kezdeményezés (BFHI) –kiegészítések), hangsúlyozza a humánus ellátás további alkalmazásának igényét, amely a legjobb eredmények megvalósulásához szükségesnek bizonyultak. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés, amely a Szövetség a Szülészeti és Anyasági Gondoskodás Fejlesztéséért Nemzetközi Bizottság munkája nyomán alakult meg, nemzetközi szinten végzi tevékenységét 1996 óta a CIMS – Koalíció az Anyasági Ellátás Javításáért alapján. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés hangsúlyozza a természetes szülés megkönnyítését, a szükségtelen beavatkozások elkerülését és támogatja a szoptatást.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés kifejti hozzájárulását az ENSZ Millenium Fejlesztési Célok megvalósításához is, a 8 cél közül legalább 5 cél megvalósítását tűzte ki céljául 2015-re:

1. cél: Megszüntetni a nagyfokú szegénységet és éhezést. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés előíranyozza az optimális anyai táplálkozást és csecsemőtáplálást.

3. cél: Előmozdítani az emancipációt és jogokat biztosítani a nők számára. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés előíranyozza a nők jogainak kiterjesztését az oktatásban, valamint a tiszteletteljes és gondoskodó gondoskodás biztosításával a jogok érvényesítését a várandósság, szülés és a gyermekágyi időszak alatt.

4. cél: Csökkenteni a gyermekhalandóságot és az **5. cél:** Javítani az anyák egészségügyi állapotát és csökkenteni az anyai elhalálozások arányát 3/4-vel. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés kéri, hogy a szüléseket képzett egészségügyi személyzet segítse, a hatékony sürgősségi ellátást, és a művi beavatkozás alkalmazását csak azokban az esetekben, ha potenciálisan nagyobb előnyt remélnek, mint kárt a csecsemő és anyai megbetegedés, ill. halandóság csökkentésére. Hangsúlyozza a test és lélek harmóniájának fenntartását és preventív intézkedések meghozatalát a szülés előtt, alatt és után, hogy az anya és csecsemő életesélyeit és egészségi állapotát növeljék.

6. cél: Felvenni a küzdelmet a HIV/AIDS, malária és egyéb betegségekkel szemben. A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés felszólít arra, hogy valósítsák meg az oktatás és a preventív intézkedések, a szülés és táplálkozás gyakorlatát, hogy csökkentsék a HIV vírussal már fertőzött édesanya babájának megfertőzését.

1. Parts of this section are derived from the CIMS Mother-Friendly Childbirth Initiative (www.motherfriendly.org), The Rights of Childbearing Women (www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10084&ClickedLink=0&area=27), Harms of Caesarean Versus Vaginal Birth (www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10271), What Every Pregnant Woman Needs to Know About Caesarean Section (www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10164) and "Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes" (J. Villar et al., *The Lancet*2006:367 (9525):1819-1829, www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606687047/fulltext)
2. Steps 2-9 are included in full or in part in the some or all of the following: the CIMS Mother-Friendly Childbirth Initiative (www.motherfriendly.org), the Baby-friendly Hospital Initiative Revised Self-Appraisal and Monitoring tool (www.unicef.org/nutrition/index_24850.html), the WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (www.who.int/reproductive-health/impac/index.html), the Royal College of Midwives(RCM) Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. (www.rcm.org.uk/professional/docs/

[guidelines_formatted_070105v2.doc](http://www.liv.ac.uk/evidence/BBI/home.htm)), and the Better Births Initiative (www.liv.ac.uk/evidence/BBI/home.htm).

3. Such skills are most commonly the specialty of midwives. Core midwifery competencies are defined in ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice (www.internationalmidwives.org) and in Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Birth Attendant—A Joint Statement by WHO, ICM, and FIGO (www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf).
4. Doulas are birth companions trained in the provision of continuous labour support whose care is shown to increase satisfaction with the birth experience and to reduce women's use of analgesia, anesthesia and interventions such as caesareans, forceps, and vacuum extraction.
5. The use of a partogram is recommended by WHO/UNFPA as part of basic, safe obstetric/midwifery practice in all labours, especially in settings with high maternal mortality. (See Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice," 2nd ed, 2006.) There are two kinds of partograms. The one used primarily in Europe tracks maternal heart rate; blood pressure; length, frequency and strength of contractions; rupture of membranes; cervical dilation; drugs administered; and the baby's heart rate. The Latin American partogram developed by CLAP also takes into consideration maternal parity and position during labour and thus is more tailored to the individual woman. PAHO/CLAP recommend use of the latter. (www.colmed5.org.ar/Tramites/HCGOpartograma.pdf, www.clap.ops-oms.org/web_2005/TECNOLOGIAS/tecnologias%20perinatales.htm#partograma, <http://medicina.udea.edu.co/nacer/PDF/BIA.pdf>).
6. Tools supportive of upright positions during labour and birth include birthing balls, birthing chairs, floor mats, wall ladders, and ropes.
7. While a package of interventions called "active management of the third stage of labour" is currently recommended in the belief that it may reduce the incidence of life-threatening postpartum haemorrhage, immediate cord clamping has been dropped from the package since accumulating research has shown its harmful effects on the baby
8. Parts of this section are derived from the CIMS Mother-Friendly Childbirth Initiative (www.motherfriendly.org), Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA ([118](http://childinfo.</div><div data-bbox=)

org/areas/maternalmortality/), the Innocenti Declaration (www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm), the Lancet Series on Child Survival (www.who.int/chld_adolescent_health/documents/lancet_child_survival/en/index.html), and the UN Millennium Development Goals for 2015 (www.un.org/millenniumgoals).

9. Risks of caesarean include but are not limited to infection, chronic pain, difficulty with bonding and breastfeeding, maternal and neonatal injury and death, newborn respiratory problems, and problems during future pregnancies including higher risk of uterine rupture, ectopic pregnancy, preterm delivery, placenta accreta, and placental abruption that may necessitate hysterectomies or result in maternal death.
10. Benefits of breastfeeding to children include, among many others, prevention of life-threatening diseases such as gastro-intestinal disorders that result in diarrhea and acute respiratory infections such as pneumonia, and reduced incidence of allergies, asthma, ear infections, and eczema during childhood and rheumatoid arthritis, obesity, and diabetes in later life. Benefits to mothers include reduced risk of osteoporosis, diabetes, and reproductive cancers.

AZ OPTIMÁLIS SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS EMBERI JOGI SZEMPONTBÓL

írta Robbie Davis-Floyd, Debra Pascali-Bonaro, Rae Davies és
Rodolfo Gomez Ponce de Leon

Copyright 2010 Midwifery Today and the International MotherBaby Childbirth
Organization

Fordította: Babcsányi Judit

Lektorálta: Csomóné Lindmayer Katalin – AnyaBaba Mozgalom a szüléset újjaszületé-
séért, katalin@lindmayer.hu

Pontosan milyen jogai vannak a szülő nőnek? Látogasson el a www.imbci.org honlapra,
hogy elolvashassa az IMBCI 10 lépését és megtudhassa, hogy az Ön által vagy Önnek nyúj-
tott ellátás megfelel-e az optimális AnyaBaba ellátási modellnek.

A szülés vajon emberi jog? Egyértelműen nem, mivel a világon nők milliói meddők
vagy más körülmények és komplikációk miatt nem szülhetnek akkor sem, ha szeret-
nének. Nincs garantált joga senkinek ahhoz, hogy teherbe eshessen és szülhessen.
Akkor miért beszélünk a szülésről, mint emberjogi kérdésről? Azért, mert mélysé-
sen hiszünk abban, hogy azoknak a nőknek, akik teherbe estek, biztosítani kellene a
humánus és tudományos bizonyítékokon alapuló szülészeti ellátást, amit mi alapvető
emberi jognak tekintünk. Nem a szüléshez való jogról van szó – ilyen nem létezik –,
hanem a megfelelő ellátáshoz való jogról, ha szülünk.

Ennek a jognak kézenfekvőnek és adottnak kellene lennie mindenhol, ám ha szét-
nézünk a világban, azt láthatjuk, hogy a fejlett és fejlődő országokban egyaránt nők
milliói nem kapják meg a megfelelő szülészeti ellátást.

Az anya és a baba jogai

(A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezésből levezetve)

1. Joguk van ahhoz, hogy tisztelettel és méltósággal kezeljék Önöket.
2. Joga van ahhoz, hogy teljes körűen tájékoztassák és bevonják Önt az ellátásukat érintő döntésekbe.
3. Joguk van ahhoz, hogy olyan nyelven és szókinccsel kommunikáljanak Önnek, amit megért.



4. Joga van a tájékozott beleegyezésre vagy tájékozott elutasításra mindkettőjük bármely kezelésével, bármely folyamattal vagy más ellátási formával kapcsolatban.
5. Joguk van ahhoz, hogy olyan ellátást kapjanak, amely támogatja és optimalizálja a várandósság, a szülés és a gyermekágyas időszak normális folyamatait az úgynevezett bábai (vagy anya- és bababaráti) ellátási modell szerint.
6. Joguk van ahhoz, hogy folyamatos támogatást kapjanak a vajúadás és a szülés alatt az Ön által választott személyektől.
7. Joga van ahhoz, hogy nem-gyógyszeres fájdalomcsillapítást és kényelmi szolgáltatásokat ajánljanak fel a vajúadás alatt, hogy előnye származzon ezekből, és hogy elmagyarázzák Önnek és kísérőinek a fájdalomcsillapítás módját.
8. Joguk van ahhoz, hogy olyan tudományos bizonyítékokon alapuló ellátást kapjanak, amely bizonyítottan jótékonyan támogatja a vajúadás, a szülés és a gyermekágyas idő normális fiziológiáját.
9. Joguk van ahhoz, hogy olyan ellátást kapjanak, amely megpróbálja elkerülni a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat.
10. Joga van ahhoz, hogy tájékoztassák az egészséges környezetet és betegségmegelőzést illetően.
11. Joga van ahhoz, hogy tájékoztassák a felelős szexuális életéről, családtervezésről és a nők reprodukció jogairól, és hogy lehetősége legyen a családtervezésre.
12. Joguk van ahhoz, hogy olyan támogató ellátást kapjanak a szülés előtt, közben és után, amely az Önök testi és lelki jólétét szolgálja az Önök családi kapcsolatait és társadalmi környezetét tekintve.
13. Joguk van ahhoz, hogy életveszélyes komplikációk esetén bizonyítékokon alapuló sürgősségi ellátást kapjanak.
14. Joguk van ahhoz, hogy kis számú személyzet lássa el Önöket, amelyek tagjai tudományterületek, kultúrák és intézmények határait átlépve működnek együtt, tanácsadást biztosítanak és szükség esetén elősegítik az ellátás áthelyezését a megfelelő intézményhez vagy szakemberhez.
15. Joga van ahhoz, hogy felhívják figyelmét és megmutassák, hogyan élhet az Önök és csecsemőjének elérhető állami szolgáltatásokkal.
16. Joguk van ahhoz, hogy a szoptatástámogatást ismerő és abban jártas orvos lássa el Önöket.
17. Joga van ahhoz, hogy tájékoztassák a szoptatás előnyeiről és módjáról, hogy megmutassák, hogyan szoptasson és tartsa fenn a tejter-

melést akkor is, ha Önt és csecsemőjét egészségügyi okokból el kell választani egymástól.

18. Joguk van megkezdeni a szoptatást a születés utáni 30 percen belül, bőrkontaktusban együtt maradni legalább az első óra folyamán, együtt maradni 24 órában és igény szerint szoptatni.
19. A babának joga van ahhoz, hogy ne adjanak neki cumisüveget, cumit, és ne kapjon az anyatejen kívül más enni- és innivalót, csak ha orvosiilag indokolt.
20. Joga van ahhoz, hogy a szülészeti intézményből való elbocsátáskor szoptatástámogató csoporthoz irányítsák, ha van ilyen a közelben.

Köszönjük Marcia Westmorelandnek, hogy leírta ezeket az anyát és a babát megillető jogokat, amelyek az IMBCI szövegéből következnek.

Friss antropológiai etnográfák szerint indiai, mexikói, tanzániai, pápua-új-guineai, horvát, kanadai és máshol élő nők ugyanazt mondják a klinikákon és kórházakban kapott ellátásról. „Közszemlére tesznek, leborotválnak, megvágznak, magadra hagynak, nem jönnek, amikor hívod őket, és nem engedik, hogy a rokonaid veled legyenek.” Itt egy nagyon jellemző idézet Pauline Kolenda antropológustól, amely egy indiai kis falu melletti kórházban levezetett szülést mutat be:

„Mielőtt belépünk a kórházba, el kell döntenünk, mennyi pénzt kell adnunk. Nem engednek be, ha nem adunk nekik pénzt. Amikor a nő belép a kórházba, az orvos durván viselkedik vele. Néha a nővérek verik is a nőket. Nem engedik, hogy a közeli és szerető rokonaink, akik velünk jöttek otthonról, mellettünk maradjanak. Ők maguk nem maradnak a közlünkben. Arra vágyunk, hogy bárcsak valaki fogná a derekunkat, amikor jönnek a fájások, de nem teszik meg. Nem szabad még nyögnünk sem, mert akkor kigúnyolnak, kinevetnek, ami nagyon bántó, csendesen kell szülnünk. Ha túl sokat nyögünk, néha pofon is vághatnak. Ha esetleg mondunk valamit, azzal a kérdéssel vágnak vissza, hogy vajon ők hívtak-e minket ide. „Akkor miért jöttél ide? Haza is mehetsz!” A kórházban ágyra kell feküdnünk a szüléshez. A kórházban bemetszik a hüvelyfalat egy pengével, hogy kitágítsák. Feleslegesen megsebzik a testünket. A szülés után szörnyen éhesek vagyunk, de szerencsésnek érezhetjük magunkat, ha kapunk egy csésze teát.” (1)

Nézzük egy pápua-új-guineai vidéki kórházi szülés leírását Julia Byford ausztrál nővér-bába és egyben antropológus doktori disszertációjából:

„Mispát, egy 20 éves fiatalasszonyt, ma reggel vették fel a kórházba. Az orvos megvizsgálja, hüvelyi vizsgálatot végez, és elmondja nekem, hogy 4-5 cm-nyire kitágult, ... és hogy

elkezdhetik a Syntocinon infúziót ... A szülőszoba kicsi ... Van benne mosdó, de nincs vízvezeték, hogy használni lehessen. Mindegy, úgyszincs ma víz a kórházban ... Mispá azt kéri, hadd ülhessen a földön, és megengedik neki, de ahogy a vajúdása előrehalad, a nővér azt mondja, fent kell maradnia az ágyon, hogy a személyzet meg tudja vizsgálni. Az idő legnagyobb részében egyedül hagyják. Nem evett egész nap és csak kevés vizet ivott. Ajkai szárazak és feldagadtak. A személyzet több hüvelyi vizsgálatot is végez, de nem készítenek feljegyzéseket [úgyhogy műszakváltás után jön a következő vizsgálat]...

A vajúdás második szakaszában minden alkalommal, amikor Mispának fájdása van, az orvos bedugja néhány ujját Mispá hüvelyébe a gát és a baba feje közé, hogy tágítsa a gátat. Mispá ezt kinszenvedésnek érzi, és még jobban szorítja a karomat...

[A szülés után] nem lepődöm meg, de csüggedt vagyok amiatt, hogy az újszülött fakó, sápadt és újraélesztésre van szüksége. Az orvos úgy segíti a méhlepény megszületését, hogy egyik kezét Mispá alhasára helyezi, és a másikkal meghúzza a köldökzsinórt ... amint kint van a méhlepény, Mispánál komoly szülés utáni vérzés lép fel. Az orvos megkér, hogy növeljem az intravénás infúzió sebességét és kézzel magasra benyúlva Mispá hüvelyébe eltávolít néhány bent maradt méhlepénydarabot. Ezt magyarul és érzéstelenítés nélkül teszi. ... Talán a legnehezebben elfogadható dolog számomra az, hogy egyszerűen emberileg nem nyújtanak segítséget Mispának. Egyszer sem kérdezték meg őt, csak megmondták neki, mit tegyen és mit ne. ... Senki sem foglalkozott az olyan alapvető igényeivel, hogy enni vagy inni kapjon, és senki sem kérdezte meg, hogy ki kell-e mennie WC-re. Olyan volt, mintha Mispá, a hús-vér ember nem létezne" (2)

Más szóval, nagyon erősen sérült Mispá alapvető emberi joga a humánus egészségügyi ellátáshoz; ő és újszülöttje nem az orvosi ellátás miatt, hanem annak ellenére maradtak életben. Ez az ellátás nem az anya igényeinek figyelembevételén vagy tudományos bizonyítékokon alapult, hanem a vajúdás és szülés levezetésének nyugati modelljén – ez egy hagyományos, nem bizonyítékokon alapuló rendszer, amely az orvost, mint szakértőt definiálja, a bábákat és nővéreket, mint az ő szakértői segítőt, és az anyát, mint laikus páciens, aki parancsoló személyekre támaszkodik, hogy az újszülött sikeresen megszülethessen. Ez a globálisan uralkodó modell azt eredményezi, hogy gyakorlóit általában csak a szülés orvosi levezetésére képzik ki, és nem képzik ki őket arra, hogyan támogassák a szülés normális pszichológiai és fiziológiai folyamatát.

Helene Vadeboncoeur erre a következtetésre jutott kanadai kórházi szülések etnográfájáról szóló művében: „Míg a kórházban a nőkkel kedvesen bánnak, és figyelnek rájuk, nagyon kevésbé tisztelik a szülés folyamatát és az esemény fiziológiai természetét” (3) Tanulmánya sok másikkal összhangban azt mutatja, hogy az orvosi nézőpont egyáltalán nem érti, hogyan kell támogatni a normális szülést a fejlett és fejlődő országokban. Az orvosi szakma globálisan nem tájékozott a normális szülés terén, és ez hibás

ellátást, túl sok beavatkozást eredményez, ami sérti a nők alapvető emberi jogát a vajúdás és szülés alatti megfelelő ellátáshoz.

Miből áll a megfelelő ellátás? Mi, akik régóta tanulmányozzuk a témát, valamelyest szaktekintélyként azt mondjuk, hogy a megfelelő szülészeti ellátásnak elsősorban és leginkább az anya lelkiállapotára kell fókuszálnia – a személyzet mindig tisztelettel és együttérzéssel kezelje őt és azon fáradozzon, hogy erősítse az anya bizalmát önmagában és szülési képességében. Másodsorban a megfelelő szülészeti ellátásnak biztos tudományos bizonyítékokon kell alapulnia a várandósság, a vajúdás, a szülés és a szoptatás normális fiziológiájáról. Ez alapján tehát mindegy, hogy első sorban maguk a bábák-e a vajúdás és szülés kísérői, mert a szülészeti praxisnak ideológiailag mindig a nemzetközileg bábái modellként ismert ellátáson kellene alapulnia. A globális paradigmát olyan szülészeti gyakorlatra kellene cserélni, amely az optimális szülést támogatja, amilyen gyakorlatot például az Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (www.imbci.org) szorgalmaz.

A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés:

Az optimális szülészeti ellátás 10 lépését a Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Szervezet (IMBCO), egy non-profit civil szervezet írta le 2008-ban. Az IMBCO az Egyesült Államokban alapított Összefogás a Szülészeti Ellátás Fejlesztéséért (CIMS) nevű szervezetből alakult ki, hogy a nemzetközi szintre összpontosítson. Az IMBCI 10 lépésének célja, hogy tökéletesítsük a teljes szülési folyamat alatti ellátást, és így életeket mentünk meg, megelőzzük a szülészeti technológiák túlzott használatával okozott betegségeket és ártalmakat, és javítsuk az anyák és csecsemők egészségi állapotát az egész világon

A 10 Lépés (IMBCI) a nők szülés alatti alapvető jogainak megerősítése. Oktatási célja, hogy globálisan felhívja a figyelmet a következőkre:

- mennyire fontos az anya szülési tapasztalatának minősége és milyen hatással van ez az eredményre;
- a nem megfelelő orvosi beavatkozások kockázata az anya és a csecsemő számára; a várandósság, szülés és szoptatás normális fiziológiáján, továbbá a nők egyéni igényeinek figyelembevételén alapuló tudományos bizonyíték az anya- és gyermek-központú ellátás előnyeiről.

Az IMBCI 10 lépésének eszközként elérendő célja, hogy világszerte felfigyeljenek a AnyaBaba (bábái) ellátási modellre és gyakorolják azt – ez egy nőközpontú, nem beavatkozó megközelítés, amely javítja minden nő és csecsemő egészségi állapotát és közérzetét a várandósság, a szülés és a szoptatás időszakában, és amely garantálja a szülészeti ellátás legkiválóbb szintjét és a lehető legjobb eredményt.

Az IMBCI elismeri, hogy a nők jogai emberi jogok, és hogy a nőknek joguk van a tájékozott döntéshez, továbbá a bizonyítékokon alapuló ellátáshoz maguk és gyermekük számára. Az IMBCI felismeri a szülészeti gyakorlat hatását az anyák önbizalmára és a szoptatásra, továbbá a kulturális érzékenység és az ellátás folytonosságának fontosságát. Ezek a fő alapelvek az IMBCI 10 lépésével együtt át tudnák alakítani a szülészeti és szoptatási gyakorlatot az egész világon. A csecsemő- és anyai halálozási és megbetegedési ráták aggasztóak, az IMBCI cselekvésre szólít fel, hogy segítsen megvalósítani az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljait (MDG), és hogy javuljon az anyák és csecsemők ellátásának minősége az egész világon (www.un.org/millenniumgoals). Az IMBCI nem csak a MDG céljainak eléréséhez kínál szervezetet és kereteket, hanem a szülő nők jogainak elismeréséhez és támogatásához is.

A vajúadás és szülés alatti optimális ellátás biztosításán kívül az IMBCI az anyát és csecsemőjét egy egységnek tekinti, egy diádnak, akiket nem szabad elválasztani egymástól.

A Szoptatást Támogató Szervezetek Világszövetsége (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA), amely része az IMBCI technikai tanácsadó csoportjának, a következő nyilatkozatot adta ki a második WABA Világfórumon a tanzániai Arushában 2002. szeptemberében:

„A szoptatás alapvető emberi jog, és egyetértés van abban, hogy a nők szoptatáshoz való jogának védelme közös ügye a nőmozgalmaknak és a szoptatási mozgalmaknak. A nők csak ott gyakorolhatják ezen jogukat teljes egészében, ahol a szociális és politikai környezet biztosítja a nemek egyenjogúságát, miközben felismeri a nők hozzájárulását a produktív és reprodukzív feladatokhoz, beleértve a szoptatást is, és ahol a szoptatástámogatás minden formája elérhető. Ezért a nemek egyenjogúsága alapvető feltétele a szoptatási mozgalom működésének.”

Az IMBCI 10 lépéséből az elsőben ezen kérdések lényege kristályosodik ki. Az első lépés leszögezi, hogy az optimális szülészeti ellátásnak „minden nőt tisztelettel és méltósággal kell kezelnie, számára érthető nyelvezeten teljes körűen tájékoztatnia kell és be kell vonnia őt a döntésekbe saját és csecsemője ellátását illetően, továbbá biztosítani kell neki a jogot az informált beleegyezésre vagy elutasításra.”

Nemrégiben az IMBCI vezető ügyintézője, Rae Davies kutatást végzett az IMBCI országos képviselőinek körében. A válaszadók Argentína, Brazília, Peru, Belize, Haiti, Magyarország, Hollandia, Svájc, Szlovénia, Csehország, India, Izrael, Banglades, Új-Zéland és Kanada képviselői voltak. A képviselők foglalkozása sokféle: bábák, szülésorvosok, gyermekorvosok, dülák, szülésfelkészítők, laktációs tanácsadók, kutatók, szociológusok, szervezetek elnökei, írók, lobbisták és civil szervezetek alapítói. Mind az IMBCI támogatói.

A kutatás során arra kellett válaszolniuk, hogy az IMBCI 10 lépése közül melyek a legrelevánsabbak és legfontosabbak az ő országuk számára. Teljes volt az egyetértés

abban, hogy az 1. lépés a legfontosabb. A bangladesi képviselő válaszában leszögezte, *„ijesztő a felismerés, hogy a bangladesi anyai halálozás 14 %-ának oka a várandós nő elleni fizikai erőszak vagy a nő sérülése. ... Lényegében gondoskodó viselkedésre lenne szükség ahhoz, hogy a bangladesi társadalomban eluralkodó krízist kezeljük.”* A cseh képviselő, Eliška Kodyšová szerint náluk *„úgy tűnik, a szülészeti ellátást nyújtók egyszerűen nem tudják, mennyire érzékeny egy szülő nő, és gyakran el akarják hallgattatni, ha túl hangos (igaz, mostanában egyre gyakrabban epidurális érzéstelenítés felajánlásával) vagy kritizálják elégtelen <teljesítményét>. A kórházak erősen arra összpontosítanak, hogy a nőknek <biztonságos> szülést biztosítsanak minden lehetséges technológiával és beavatkozással. A bábákból orvosi szemléletű szülésznők lesznek.”*

A brazil képviselő, Daphne Rattner kiemelte, hogy náluk *„a legtöbb nővel szégyenletes módon tiszteletlenül bánnak ... csak páciensnek tekintik őket, és arra kéri őket sokat kiabálva, hogy siettség a szülést, úgyhogy inkább traumatikus a tapasztalatuk, mint kellemes.”* Ez a sok országot érintő általános egyetértés az 1. lépés fontosságáról egyértelműen mutatja, mennyire fontos, hogy felhívjuk a figyelmet a szülésre, mint emberjogi kérdésre.

A kutatás válaszadói szerint az IMBCI 10 lépése közül a következő legfontosabbak:

a 2.: *„Ismeri és általánosan alkalmazza azt a bábai szakmai tudást és azon készségeket, amelyek a várandósság, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normál élettani folyamatait leoptimalisabban támogatják.”*

az 5.: *„Olyan gyakorlatot folytat, amely tudományos bizonyítékokon alapul, és amelynek jótékony hatása beigazolódott.”* és

a 6.: *„Elkerüli a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat.”*

A brazil képviselő megjegyezte, hogy *„mivel nincsenek bábáink, csak szülészetben dolgozó nővérek, nálunk a bábai tudást újra kell majd teremteni.”*, míg Új-Zélandi képviselőnk az mondta: *„nálunk én és sokan mások abban reménykedünk, hogy az IMBCI 5. és 6. lépése segít majd átnevelni az új-zélandi egészségügyi hivatalnokokat, orvosokat és bábákat arra, hogy elősegítsék, védjék és bátorítsák a fiziológiai szülést!”* ... A 2. lépés is fontos Új-Zélandon, mert sajnos a bábai tudás és készségek újjászületésére lenne szükség, amelyek a várandósság, a vajúadás, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normális élettani folyamatait leoptimalisabban támogatják.

Legtöbbünk nagyra becsüli a bábákra alapuló új-zélandi rendszert, ezért nagyon fontos képviselőnk megjegyzése, miszerint az új-zélandi bábáknak is dolgozniuk kell azon, hogy állandóan ragaszkodjanak az ellátás bábai modelljéhez. Hasonlóan elismerő szavakat hallottunk egy észak-európai képviselőnkől:

„Más a színvonal az olyan országokban, mint Hollandia és Svájc. Alapvetően minden lépést betartanak, ezért nehéz megmondani, melyik nem teljesül. Ha egyáltalán bármire szükség lenne, akkor arra, hogy fennmaradjon az ellátás bábai modellje a másodlagos és

harmadlagos ellátási szinteken, és hogy gyógyszermentes fájdalomcsillapítást biztosítsanak (az epidurálok száma nő), és végül valószínűleg a szoptatás támogatása és népszerűsítése. Tehát a 2., a 4. és a 10. lépés. De mindezek nem a lépések ismeretével és teljesülésével függenek össze, sokkal inkább azzal, hogy a személyzet mennyi időt fektet ezekbe. Minden intézménynek hatékonyan kell lennie és a lehető legjobban kell kihasználnia a forrásait (az emberi erőforrást is), így a személyes gondozás nagy része elvész...”

Az ilyen okok miatt dolgoztuk ki olyan gondosan az IMBCI 10 lépését a világ minden tájáról származó szakértők 2 évnyi munkájával, hogy egyformán alkalmazható legyen a fejlődő és a fejlett világ országaira és szülészeti intézményeire. A legtöbb országban erős az orvosi modell egyeduralma, ezért minden lehetséges erőfeszítést meg kell tennünk, hogy ezt a modellt a bábai ideológia és az anya- és gyermekközpontú gyakorlat váltsa fel.

Mortalitás és morbiditás

Jól ismert tény, hogy a világon több mint 500 000 nő hal meg évente szüléssel kapcsolatos problémák miatt. A szülés körüli anyai halálozás hirtelen fellépő okai többek között a vérzés, eklampszia, szepszis és az elakadt szülés. Ezért tartalmazza az IMBCI 8. lépése, hogy legyen elérhető és hozzáférhető a sürgősségi nőgyógyászati ellátás. Az IMBCI mégis elismeri, hogy nem ez az egyetlen megoldás az anyai és újszülött kori megbetegedési és halálozási arány csökkentésére. Az ilyen helyzetek mélyebb okai többek között a szegénység, alultápláltság, túlhajszoltság, alulfizettség és a nők általános kulturális leértékelődése – különösen a magas anyai halálozási arányú fejlődő országokban. A 7. lépés írja le, hogy ezeket a problémákat a forrásuknál is meg kell próbálni megakadályozni úgy, hogy megelőzzük a megbetegedést, elősegítjük a jóllétet és erősítjük a nőket.

Nem a halálozás az egyetlen probléma: a megbetegedés – az anya vagy a csecsemő szükségtelen sérülése — is komoly aggodalomra ad okot. Az IMBCI fő erőssége, hogy koncentrálna a tudományos bizonyítékok alapján ártalmas eljárások elkerülésére. Például: Az olyan kórházi szabályok, amelyek korlátozzák az anyát abban, hogy egyen vagy igyon, az éhség miatti legyengüléshez vezethetnek, ami komplikációkat okozhat a vajúadás és szülés során; a túl sok hüvelyi vizsgálat fertőzéshez vezethet; az oxitocinos szülésindítás diszfunkcionális vajúadást és koraszülést okozhat; a mesterséges oxitocin adagolása leállítja az anya saját oxitocintermelését, és károsan befolyásolja szoptatási képességét; az epidurális érzéstelenítés elnyújthatja a vajúadás első és második szakaszát, így növelheti a fogós, a vákuumos és talán a császármetszéses születek számát. (4)

A császármetszésjárvány

A Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1985-ben tett nyilatkozatát, miszerint „nem indokolt, hogy bármely régióban 10-15 %-nál magasabb arányban végezzenek csá-

szármetszést”, nagyrészt figyelmen kívül hagyják, amint a világszerte növekvő császármetszési arány mutatja. (A szerkesztő megjegyzése: A WHO 2009-ben frissítette álláspontját a császármetszésről, amely szerint nincs optimális arány, és azt ajánlja, hogy a világ régiói használhatják az 5-15 %-os tartományt vagy felállíthatják saját sztenderdjeiket.)

2007-ben egy a WHO kutatóiból és partnereiből álló csoport megvizsgálta a szűkös és a bőséges forrásokkal rendelkező országok túl alacsony, illetve túl magas császármetszési arányait, összevetette a császármetszési arányokat az anyai, továbbá az újszülött- és csecsemőhalálozással. 15 % alatt a magasabb császármetszési arány egyértelműen korrelált az alacsonyabb anyai halálozással. Efelőtt viszont, a magasabb császármetszési arány túlnyomóan magasabb anyai halálozással korrelált. Hasonló sémát követett az újszülött- és csecsemőhalandóság is. (6) A császármetszés gyakran figyelmen kívül hagyott, hosszú távú hatásai többek között: fertőzés; krónikus fájdalom; kötődési és szoptatási nehézségek; az anya és csecsemő sérülése vagy halála; újszülött kori légzéscsere; a későbbi terhességek alatti problémák, például a méhrepedés, a méhen kívüli terhesség, a koraszülés, az elől fekvő méhlepény, a placenta accreta és a méhlepényleválás magasabb kockázata, amely utóbbi méheltávolítást is szükségessé tehet; és a szülés utáni depresszió gyakoribb előfordulása.

A császármetszési járvány az egész világon átalakítja a szülés természetét. Ezt a műtet azért kezdték el végezni, hogy életet mentsenek, most pedig túl magas aránya életetekbe kerül. Ez a bizonyíték kristálytisztán mutatja, hogy a császármetszés és más nőgyógyászati rutinbeavatkozások túlzott használata erősen sérti a nők jogát a megfelelő ellátáshoz.

Szülés és szoptatás

A fent idézett WABA nyilatkozat szerint a szoptatás és alapvető emberi jog. Az IMBCI teljes mértékben egyetért azzal, hogy bizonyos nőgyógyászati eljárások negatívan befolyásolhatják a nők szoptatási képességét. A szülést és a szoptatást nem lehet egymástól elválasztani, részei az anya és gyermek kontinuumnak, és a szülés lefolyása nagy mértékben befolyásolja a szoptatás folyamatát. Minden olyan történés, amely megzavarja az anya fiziológiai rendszerét vagy önbecsülését, erősen romboló hatású lehet a szoptatásra nézve, ilyen például az anya és a gyermek elválasztása egymástól a szülés után és a cumisüveg vagy játzócumis használata a kórházban. Emiatt az IMBCI 10. lépése tartalmazza a WHO/UNICEF Bababaráttal Kórház Kezdeményezésének mind a 10 pontját. A szoptatási folyamat megzavarása veszélyeztetheti a csecsemő egészségét és túlélési esélyét. Például a fejlődő országokban, ahol kevés az enni való, nem tiszta a víz és a fertőző betegségek aránya magas, a csecsemők szignifikánsan nagyobb arányban halnak meg, ha nem szoptatják őket. Azon csecsemőknek, akiket akar és

tud szoptatni az édesanyjuk, joguk van ahhoz, hogy szoptassák őket egészségük és életben maradásuk érdekében, az anyáknak joguk van ahhoz, hogy teljes mértékben lehetővé tegyék számukra a szoptatást, és az egészségügyi személyzetnek arra kell törekednie, hogy támogassa a szoptatást.

Az IMBCI referencia intézményei

A fenti állítások ereje és hatalma, továbbá a változtatás politikai akarata miatt a Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (IMBCI) tudományos bizonyítékokon alapuló megközelítést kínál 10 lépésben, hogy elérhessük az optimális AnyaBaba szülészeti ellátást. Ezért bemutatóprojektet indított, amely életre fogja kelteni ezt a modellt. Két kórház – a Brome-Missisquoi-Perkins Kórház Cowansville-ben, a kanadai Quebec tartományban és a Hospital Regional de Tacuarembó az uruguayi Tacuarembóban – kövezi ki az utat, hogy megmutathassuk, a szülészeti szolgáltató hogyan tarthatja be az emberi jogokat és kínálhat a nőknek optimális AnyaBaba szülészeti ellátást. Ők elkezdik az IMBCI 10 lépésének megvalósítását a saját intézményükben és körültekintően dokumentálják és értékelik a hatásait. Az IMBCO azt tervezi, hogy ezen a két helyen kívül felvesz a programba még négy bemutató intézményt a világ más tájain.

Az IMBCI teljes szövege elérhető a www.imbci.org oldalon, hogy bárki letölthesse és dolgozhasson vele a saját régiójában. Magánszemélyek és szervezetek felkereshetik a weboldalunkat, hogy támogassák, felvegyék munkájuk központi kérdései közé vagy használhassák oktatóanyagként és útmutatásként a közelükben lévő kórházak vagy más szülészeti intézmények számára, hogy fejlesszék az ottani szülészeti ellátás minőségét. A kórházak törekedhetnek a 10 lépés teljesítésére annak érdekében, hogy optimális AnyaBaba ellátást nyújtsanak.

Következtetések

A női egészségért indított mozgalom jelentős része több, mint 30 éven keresztül kérte újra meg újra, hogy a nők visszakaphassák a saját testüket a szülés alatt, és egyben demedikalizálják ezt a nők számára oly fontos eseményt. Nemrégiben központba kerültek a női jogok a szexualitás és a reprodukció terén - például a döntés, a megfelelő tájékozódás és testi integritás joga. Az ENSZ Emberjogi Tanácsának 2009 júniusában hozott határozata (7) mérföldkő, amely elismeri: „a megelőzhető anyai halálozás és megbetegedés sürgető emberjogi téma, amely sérti a nők egészséghez, élethez, oktatáshoz, méltósághoz és tájékozódáshoz való jogát.” (8) Ezt követően adta ki az Amnesty International a „Halálos szülés: Veszélyben az anyák egészsége az Egyesült Államokban” című jelentését, amely megmutatja, hogy még a gazdag országokban

sem általános gyakorlat, hogy méltósággal, tisztelettel bánjanak a nőekkel és megfelelő ellátást nyújtsanak.

Röviden összegezve: maga a szülés nem emberi jog, de a humánus és bizonyítékokon alapuló ellátás a szülés során emberi jog, ugyanúgy, ahogy emberi jog a humánus és bizonyítékokon alapuló ellátás mindenki számára, aki egészségügyi ellátást kér. Ideje, hogy minden nő, férfi, bába, nővér, dúla és egészségügyi dolgozó emberjogi kérdésnek tekintse a szülést.

Robbie Davis-Floyd, PhD, az austini Texasi Egyetem Antropológia Tanszékének kutató főmunkatársa és a Society for Applied Anthropology (Alkalmazott Antropológiai Társaság) tagja, orvosi antropológus, szakterülete a reprodukció antropológiája. Gyakran tart beszédeket nemzetközi konferenciákon, kutató, több mint 80 cikket publikált. *A Birth as an American Rite of Passage* (1992, 2004) c. könyv szerzője és a *From Doctor to Healer: The Transformative Journey* (1998) társszerzője, továbbá 10 kötet, többek között a *Childbirth and Authoritative Knowledge* (1997), a *Mainstreaming Midwives* (2006), és a *Birth Models That Work* (2009) társszerkesztője, és szerkesztője egy olyan kötetnek, amely kiváló szülészeti ellátási modelleket mutat be a világ minden tájáról. Folyamatosan kutatja a világtrendeket és változásokat a szülés, nőgyógyászat és bábáság területén. Robbie rendszeresen tart előadásokat szülészeti, nőgyógyászati és bábakonferenciákon hazájában és külföldön. Pillanatnyilag a Society of Medical Anthropology (Orvosi Antropológiai Társaság) programokért felelős elnöke, a Council on Anthropology and Reproduction (Antropológiai és Reprodukciós Tanács) főtanácsadója és a „Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (IMBCI): Az optimális szülészeti ellátás 10 lépése” szerkesztője.

Hivatkozások:

1. Kolenda, Pauline. 1998. Fewer deaths, fewer births. *Manushi* 105: 5–13.
2. Byford, Julia. 1999. Dealing with Death Beginning with Birth: Women's Health and Childbirth on Misima Island, Papua New Guinea. PhD diss., Dept. of Anthropology, Australian National University.
3. Vadeboncoeur, Hélène. 2005. L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée? *Le Médecin du Québec*, 40(7):77–86. Translation by Hodgkinson, E. 2008. To what extent have childbirth practices been humanised? Translated with permission.
4. Klein, Michael C. 2006. Does epidural analgesia increase rate of cesarean section? *Can Fam Physician* 52:419–21, 426–28; Klein, Michael C., et al. 2001. Epidural Analgesia Use as a Marker for Physician Approach to Birth: Implications for Maternal and Newborn Outcomes. *Birth* 28(4): 243–48.

5. Betrán, Ana, et al. 2007. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 21(2): 98–113.

6. See also Potter, Joseph E., et al. 2001. Unwanted Caesarean Sections among Public and Private Patients in Brazil: Prospective Study. *BMJ* 323(7322):1155–58; Villar, J., et al. 2006. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 367(9525):1819-29; Villar, J., et al. 2007. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ* 335(7628): 1025.

7. www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/11_session/L-11.doc

8. *Lancet* staff. 2009. Moving forward with Maternal Health and Human Rights, editorial. *Lancet* 373(9682): 2172.

9. www.amnestyusa.org/dignity/pdf/DeadlyDelivery.pdf.

A szerkesztő megjegyzése: A Midwifery Today 2010. évi konferenciáján Strasbourgban, az Emberi Jogok Európai Bírósága és az Európai Parlament székhelyén, terveink szerint alaposan megvizsgáljuk ezt a témát és szeretnénk kidolgozni a jelenlegi, káros szülészeti gyakorlat támogató, bizonyítékokon alapuló ellátással való helyettesítésének módját. Konferenciánk témája: „A szülés emberjogi ügy”. Foglalkunk állást emellett, hogy legyen optimális a szülés minden anya és baba számára. Reméljük, tudósíthatjuk erről az eseményről. Kérjük, vegye fontolóra, hogy csatlakozik folyamatos erőfeszítéseinkhez annak érdekében, hogy változtassunk és tudósítsuk a világot ezekről az állandó emberijog-sértésekről. Kérjük, ossza meg ezt az információt ismerőseivel és kollégáival, és segítsen nekünk terjeszteni ezt a fontos mozgalmat az egész világon. Ha szeretne többet megtudni az eseményről, kérjük, látogassa meg weboldalunkat: www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/.

Hivatkozások

- A Nemzetközi AnyaBaba Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés: www.imbci.org
- Nemzetközi Kezdeményezés az Anyai Halálozás csökkentéséért az Emberi Jogokért www.righttomaternalhealth.org; <http://righttomaternalhealth.org/resource/beijingplus15> (ez a pekingi akció-platform a nők biztonságos várandósságot és szülést biztosító reproduktív egészségügyi ellátáshoz való jogát nyújtja)
- Nemzetközi Családtervezési Szövetség www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Information+and+Education.htm; www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Health+Care+and+Health+Protection.htm; www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Freedom+of+Assembly+and+Political+Participation.htm
- Tritten, Jan. 2009. Birth Is a Human Rights Issue. *Midwifery Today* 92: 5.

- Midwifery Today, Inc. 2010. Birth Is a Human Rights Issue sajtóközlemény: www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/BHRI_pr_media.asp
- World Alliance for Breastfeeding Action (WABA): www.waba.org.my/
- Bababarátt Kórház Kezdeményezés; www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm
- Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata: www.un.org/en/documents/udhr/
- Az ENSZ Emberi Jogi Tanácsa www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil
- Amnesty International: www.amnesty.org/en/human-rights ; www.amnestyusa.org/dignity/pdf/DeadlyDelivery.pdf
- Cook, Rebecca J., Bernard Dickies and Mahmoud Fathalla. 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. New York: Oxford University Press.
- Reichenback, Laura, and Mindy Jane Roseman, eds. 2009. *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Creedy, D.K., I.M. Shochet and J. Horsfall. 2000. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 27(2): 104–11.
- A bábai ellátási modell részletes leírását lásd: *Birth Models That Work*, eds. Robbie Davis-Floyd, Lesley Barclay, Betty-Anne Daviss and Jan Tritten. 2009. Berkley: University of California Press, pp. 441–62.

ELŐADÓK



Andrek Andrea
pszichológus



Dr. Bangó Márta
IBCLC szoptatási szaktanácsadó



Dr. Borza Beáta
Ombudsmani Hivatal



Farkas Péter
NCSSZI főigazgató



Horváth Edina



Dr. Lux Ágnes
UNICEF Magyarország,
gyermekjogi vezető



Csomó László



Csomóné Lindmayer Katalin
AnyaBaba, szülészeti
tanácsadó



Dobrova Beatrix
IBCLC szoptatási szaktanácsadó



Michaela Mrowetz
pszichoterapeuta, klinikai
szakpszichológus, törvénytudományi
szakértő, Csehország



Schanda Monika
független bába, IBCLC szoptatási
szaktanácsadó



**Dr. Tersztyánszky
dr. Vasady Éva**
volt alkotmánybíró



Ékes Ilona
ERGO, elnök



Dr. Varga Katalin
pszichológus, hipnoterapeuta, habilitált
egyetemi docens, tanszékvezető az ELTE
Affektív Pszichológiai Tanszékén, ELTE
Pszichológiai Doktori Iskola
törzstagja, az MTA köztestületi tagja

EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDET KONFERENCIA

EGÉSZSÉGES ÉLETKEZDET MŰHELYMUNKA



Martina Pillingová tolmácsol
Michaela Mrowetznek az előadások közben



Egészséges életkezdet műhelymunka



Egészséges életkezdet műhelymunka



Schanda Monika, bába / Novák Julianna, dűla



Vataščin Balázs Emese, Vajdaság



Sterclí-Puliszka Éva, Kárpátalja

ÁLDÁS, NÉPESSÉG





Európai Regionális Szervezet



Nemzeti
Együttműködési
Alap



Polgári
Magyarországért
Alapítvány



event group
— Hungary —