

TÁJÉKOZTATÓ

VÁRANDÓSOK RÉSZÉRE



Kedves Várandós!

A szülés különleges utazás testünk és lelkünk ismeretlen, csak ritkán látogatható vidékeire, és e kirándulásból sohasem térünk vissza üres kézzel. Amit magunkkal hozunk, egy életen át el fog kísérni bennünket, beleivódik testi-lelki-genetikai emlékezetünkbe, újabb árnyalattal gazdagítja személyiségünket.

Gyermeket világra hozni alapvetően csodálatos, felemelő, erőt adó élmény. Mégis, manapság sokan úgy gondolják, illetve azt sugallják a várandósoknak, hogy a szülést elég túlélni, „a lényeg, hogy egészséges legyen a baba”, „a java úgyis azután jön”. Nincs ma könnyű helyzetben az a nő, aki többre vágyik annál, hogy csupán túlélje gyermeke világrahozatalát: aki szeretné a maga teljességében megélni az életadás folyamatának fájdalmas szépségét, dicsőségét – biztonságban, ugyanakkor lehetőleg minél kevesebb beavatkozás mellett, felesleges zavarás, siettetés nélkül.

Aki nem akarja a szerencsére bízni, hogy megadatik-e maga és gyermeke számára a szép, „egészséges” szülés esélye, érdekeik és jogaik érvényesülésének lehetősége, annak ***energiát kell szánnia arra, hogy felkészüljön*** a nagy napra. A napra, amely nem csak az ő életét fogja megváltoztatni, de hatással lesz a születendő gyermek személyiségére, későbbi testi-lelki egészségére is. Ha a várandós szeretné elkerülni, hogy esetleg áldozatául essen a kórházi rutinnak, hogy ő és babája egy legyen az aznapi „esetek” közül, akkor informálódnia és terveznie kell.

E tájékoztató célja az, hogy várandós nők részére nyújtson néhány fontos támpontot, beszélgetésindító gondolatot, amelyre szükségük lehet az informált döntéshozatalhoz.

Az alábbi információk, megállapítások ***általánosságban igazak***, azonban – mivel minden anya, magzat és szülés egyedi – természetesen nem tekinthetők egyénre szabott orvosi szaktanácsnak. A várandósnak választott orvosával, illetve a szülésénél jelen levő ***orvossal, szülésznővel kell megbeszélnie***, hogy mit szeretne és mit nem, s hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre.

A tájékoztatót készítette: dr. Ecsedi Gabriella jogász, népegészségügyi szakember.

Tartalmát jóváhagyta: Dr. Bálint Balázs, a szüléset-nőgyógyászat országos szakfelügyelő főorvosa.

2021. május 18.

SZÜLÉS, CSÁSZÁRMETSZÉS, VBAC

„[...] szülni mégiscsak ünnep.”

/Frédéric Leboyer/

A jó szülés

- Mi kell a jó szüléshez? Biztonság, bizalom, önbizalom, elengedés, igény szerinti evés-ivás, szabadon választott testhelyzet.
- Biztonság = jó szüléskísérő, elfogadó, nyugodt környezet, megfelelő szaktudás és eszközök a közelben.

A jó szüléskísérő

- A jó szüléskísérő nyitott a várandós kéréseire, javaslataira, és lehetőség szerint azokat figyelembe véve jár el. Meghallgatja és megválaszolja az anya valamennyi kérdését, illetve kérdés nélkül is tájékoztatást ad.
- Bízunk a nő szülési képességében; és a nő is képes megbízni benne.

A szülés megindulása, megindítása

- A terminus azt a napot jelenti, amikor eltelik 40 hét. A terminus-túllépés kezdete: 40 hét + 1 nap. A túlhordás kezdete: 42 hét + 1 nap.
- A betöltött 37. hét előtt megindult szülés esetén koraszülésről, 42 hét eltelte után túlhordásról beszélünk. Ha a kettő között bármikor megindul a vajúdás, az teljesen rendjén van.
- A túlhordástól meg kell különböztetni a terminus-túllépést, ami csupán annyit jelent, hogy a várandós túl van 40 héten. Ez a tény önmagában nem ad okot aggodalomra: a nők 30-40 %-a, azaz több mint 1/3 része a 40. hetet követően hozza világra gyermekét.¹
- Ha jól van az anya és a magzat is, a terminus-túllépés önmagában nem ok sem a szülés megindításra, sem császármetszés végzésére.
- A magzatnak akkor a legjobb megszületnie, amikor arra készen áll a szervezete. A szülés ennél korábbi megindítása hátrányos számára, ezért csak akkor alkalmazandó, ha azt valóban fennálló egészségügyi ok teszi szükségessé.
- A betöltött 41. terhességi hét előtt csak akkor helyes megindítani a szülést, ha azt – konkrétan megnevezhető ok miatt – a magzat vagy az anya állapota megkívánja.²
- Eltelt 41 hét? Ha cselekedni kell, mert az anya vagy a magzat egészségi érdeke így kívánja, akkor mindkettejük számára előnyösebb a szülésindítás, mint a programozott császármetszés.³
- Ha nem sikerül a szülésindítás, és mind az anya, mind a magzat jól van, akkor később ismét meg lehet próbálni az indítást, nem kell feltétlenül rögtön császármetszést végezni.⁴

A szülés

- A legtöbb nő bármiféle komplikáció nélkül megszüli gyermekét – az ehhez szükséges tudás a női test és lélek része.
- A vajúdás rendkívül fontos a magzat számára: ez készíti fel a megszületésre – szervezetét és pszichéjét egyaránt.
- A szülés során az anya által termelt természetes oxitocin hormon nemcsak a méhösszehúzódásokért felel, de fájdalomcsillapító hatással is bír, és – a szülést közvetlenül követően – jelentős szerepet tölt be az anya újszülöttjéhez való kötődésének kialakulásában.
- A baba immunrendszerének megfelelő fejlődését a hüvelyen való áthaladás, majd a közvetlen bőrkontaktus és a korai szoptatás alapozza meg: ezek által kapja meg kezdő baktériumflóráját.
- Szüléshez a hanyatt fekvés a legkevésbé ajánlott testhelyzet (kivéve, ha a szülő nőnek az esik jól). Háton fekvéssel nem használjuk ki a gravitáció és a mozgás segítő erejét, másrészt a magzat és az anya méhének súlya testének egyik legnagyobb gyűjtőerére nehezedik, nehezítve annak munkáját. A nő nem kötelezhető arra, hogy fekvéssel vajúdjon, sem arra, hogy a kitoláshoz lefeküdjön. Nem kell lefeküdnöd, ha nem szeretnél (és nincs különleges egészségi indok a fekvésre).
- A vajúdásnak és a kitolásnak leginkább az álló, ülő, guggoló, térdelő, négykézlábas testhelyzetek kedveznek.
- Vajúdás során a méhszáj a méhizom-összehúzódások (kontrakciók) hatására teljesen, vagyis kb. 10 cm átmérőjűre kitágul. A méhszáj 5 cm-nyi tágulásának eléréséig a vajúdás rendszerint lassan halad, általában az első 5 cm elérése tart a leghosszabb ideig, a tágulás ütemének felgyorsulása csak ezután várható. A közkeletű elképzelés szerint akkor halad rendben a vajúdás, ha a méhszáj óránként legalább 1 cm-t tágul. Ezzel szemben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint sok nő esetében irreális elvárás az 1 cm/órás határérték, ezért az ennél lassabb tágulás önmagában nem minősíti a folyamatot „nem normál” szülésnek, és – ha az anya és a baba is jól van – nem lehet indok arra, hogy orvosi beavatkozással gyorsítsák a vajúdást, siettesék a kitolást vagy császármetszést végezzenek.⁵
- A relatív téraránytalanság és a fájásgyengeség háttérben gyakran siettetés, fekvéssel vajúdás, az evés-ivás tiltása, valamint az érzelmi-fizikai támogatás hiánya áll.

Szülés és fájdalom

- Az ember által ismert többi fájdalomtól eltérően a szülési fájdalom nem veszélyre figyelmeztet, nem valamilyen káros fizikai behatás megszüntetését sürgeti. Ez „jó” fájdalom, segítőtárs, amely minden újabb megjelenésével közelebb hozza a születendő gyermeket.
- Nem az a cél, hogy a szülés ne fájjon. Nem megmenteni kell tőle az anyát, hanem segíteni neki, hogy el tudja viselni.
- A szüléshez alapvetően nem szükséges fájdalomcsillapítás: a női szervezet vajúdás közben saját fájdalomcsillapítókat (endorfin és oxitocin) is termel – éppen annyit, ami elegendő a fájdalom elviseléséhez.
- Ha egy szülő nő a fájdalom miatt gyógyszert kér, akkor sok esetben valójában érzelmi-fizikai támogatásra van szüksége.
- Ugyanakkor az emberek fájdalomtűrő képessége nagyon eltérő. Szerencsés, aki a maga teljességében megtapasztalhatja a szülést, azonban az sem csökkenti egy nő emberi, anyai értékét, ha úgy érzi,

annyira fáj a vajúdas, hogy nem képes végigcsinálni fájdalomcsillapítás nélkül. Különösen igaz ez a kijelentés annak fényében, hogy

- nehezebb lehet elviselni a felerősödő fájdalmat, ha az anya kívülről, infúzióban kap oxitocint (ugyanakkor helyes, egyénre szabott adagolás esetén meg tud birkózni erősebb méhösszehúzódásokkal is),
- a nem támogató, esetleg érzéketlen környezet bizonyítottan növeli a fájdalomérzetet, míg az érzelmi támogatás, biztatás, sőt, egy, a vajúdo bizalmát élvező segítő (pl. férj, dűla) pusztá jelenléte is fájdalomcsillapító hatással bír.
- Elsőként mindenképpen gyógyszermentes fájdalomcsillapító módszerekhez érdemes folyamodni.
- A legfőbb nem gyógyszeres fájdalomcsillapítási lehetőségek: a vajúdo nő biztatása, biztonságérzetének, ellazultságának növelése; imaginációs, relaxációs technikák; helyes légzés; a has aljára, a derékra helyezett muskotályzsálya illóolajos forró vizes borogatás; masszírozás; mozgás, a testhelyzetek váltogatása, keresgélése; meleg víz (zuhanyzás, kádban, medencében vajúdas).
- Nem biztos, hogy a szülésznőnek lesz kapacitása folyamatosan borogatni, masszírozni, figyelni, bátorítani – a dűla (aki egészségügyi végzettséggel nem rendelkező szülés körűli segítő) viszont éppen erre hivatott.
- A legszélesebb körben használt gyógyszeres szűlészeti fájdalomcsillapító módszer az epidurális érzéstelenítés (EDA). Hogy jó választás-e, azt csak az előnyök és hátrányok ismeretében lehet megítélni.
- Az EDA előnyei:
 - fájdalommentessé teszi a vajúdas,
 - javítja a méh és a méhlepény vér- és oxigén-ellátottságát,
 - lerövidíti a tágulás idejét.
- Az EDA hátrányai:
 - Előfordulhat, hogy az érzelmi támogatás helyettesítésére használják: a sokszor egy időben több anyával foglalkozó szakszemélyzet számára olykor egyszerűbb gyógyszeresen csökkenteni a vajúdo szenvedését, mintsem folyamatosan mellette maradva segíteni őt a fájdalom viselésében, átlendíteni egy-egy holtpontra.
 - Ha az EDA-t már a vajúdas látens szakaszában (azaz a méhszáj kb. 4 cm-es tágulásának elérése előtt) alkalmazzák, növeli annak valószínűségét, hogy a szűlés vákuum vagy fogó használatával, vagy császármetsszéssel fog véget érni.⁶
 - Az EDA következtében szinte bizonyos, hogy a nő ágyban fekvésre kényszerül – nemcsak a kitolás, de már a vajúdas további idejére is.
 - Az anya „kimarad” a szűléséből, és nemcsak a testi átélés szintjén. EDA alkalmazásakor ugyanis gyakran gyengülnek a méhösszehúzódások, s ilyenkor oxitocint kap az anya. Ennek hatására leáll a szervezet saját oxitocin-termelése, így elmaradnak a szűlés pozitív érzelmi megélését biztosító neurokémiai változások.⁷
 - Ha nem állítják le az EDA-t, mire az anya a kitolási szakba ér, akkor az túlságosan ellazítja a kismedence és a hüvely izmait, ami megnöveli a kitolási szak hosszát.
 - EDA hatása alatt a kitolás során a nő nem érzi a nyomási késztetést (hogy mikor, mennyire kellene nyomnia), és ez további beavatkozásokat vonhat maga után.

Beavatkozások, rutin eljárások

- Akár egyetlen felesleges beavatkozás megzavarhatja a szülést, és további beavatkozások lavináját indíthatja el, amelyek végén gyakran a császármetszés áll.
- Kerülendő a következő eljárások *rutinszerű* (azaz nem az adott helyzethez és szülő nőhöz igazított) alkalmazása:⁸
 - beöntés
 - a magzatburok leválasztása
 - burokrepesztés
 - gyakori vagy ismételt hüvelyi vizsgálatok
 - étel és ital fogyasztásának megtiltása
 - az anya ágyban tartása, szabad mozgásának akadályozása, hanyattfekvő, illetve „kőmetsző” testhelyzet
 - az ellátó személyzet tagjainak folyamatos ki-bejárkálása
 - irányított kitolás
 - a méh felső részére gyakorolt nyomás (Kristeller-féle műfogás)
 - gátmetszés
 - a köldökzsinór azonnali elvágása
 - az anya és az újszülött különválasztása.
- Az alább felsorolt eljárások hasznosak/szükségesek lehetnek bizonyos esetekben, pl. magas kockázatú anyáknál, ugyanakkor károsak lehetnek alacsony kockázatú nők számára. Ezért ezek *kizárólag orvosilag indokolt esetben* alkalmazandók:⁹
 - gyógyszeres szülésindítás
 - a vajúdás gyorsítása (pl. oxitocinnal vagy burokrepesztéssel)
 - folyadék adása intravénásan (infúzió)
 - folyamatos elektronikus magzati szívhang-észlelés (azaz CTG; a CTG-hez hasonlóan hatékony a magzat szívhangjának gyakori időszakos hallgatása, az ún. intermittáló magzati monitorizálás¹⁰)
 - hólyagkatéterezés
 - a méhüreg manuális vizsgálata szülés után
 - az újszülött légutainak leszívása megszületése után
 - vákuummal vagy fogóval asszisztált szülés
 - császármetszés.
- A túl korán (a vajúdás látens szakában) végzett burokrepesztés rontja a sikeres hüvelyi szülés esélyét.
- A szülést csak valós veszélyhelyzet elkerülése érdekében szabad oxitocinnal gyorsítani. Az oxitocin indokolatlan, rutinszerű adása (csak hogy „haladjon az a szülés”) szakmai hiba.
- Minden nőnek joga van gátvédelemmel szülni – első szülésnél is! Gátmetszést valójában csak nagyon ritkán lenne indokolt végezni: valós vészhelyzet elhárítására. Indokolatlanul, rutinból gátmetszés végezni szakmai hiba.
- Jobb, ha magától reped a gát, mint ha a repedés megelőzése céljából vágják. (Kivéve, ha súlyos [harmad- vagy negyedfokú] gátrepedés közvetlen veszélye áll fenn – ami nagyon ritkán fordul elő.)¹¹

- A köldökszínór azonnali elvágása hirtelen keringési nehézséget okozhat az újszülöttnél. Ha várunk vele néhány percet, gyengédebb átmenetet biztosítunk a baba számára.

Császármetszés

- Ma Magyarországon a szülések kb. 40 %-a császármetszéssel végződik, azaz öt gyermek közül kettő ilyen módon jön világra. Mára tudományosan igazolt tény, hogy a császármetszéseknek akár felére világszerte valós egészségügyi ok nélkül, vagyis szükségtelenül kerül sor!¹²
- A WHO szerint a császármetszések arányának 10-15 % körül kellene lennie.¹³
- Császármetszést csak akkor szabadna végezni, ha valóban közvetlen veszélyben van az anya és/vagy a magzat egészsége vagy élete.
- A császármetszés – maga a műtét – elég biztonságos, ugyanakkor gyakori és súlyos, akár a következő várandósságokra is kiható szövődmények jellemzik. Érdemes e kérdésről részletesen tájékozódni.
- Tévedés azt hinni, hogy a császármetszés csupán alternatívája a hüvelyi szülésnek. Egészen más folyamatok zajlanak le mind az anya testében és lelkében, mind a babáiban.
- A tervezett (programozott, elektív) császármetszés – a vajúdas hiánya és a tüdő valószínű éretlensége miatt – sokszerű születésméheny a babának. Kizárólag akkor végzendő, ha valóban elkerülhetetlen.
- Tervezett császármetszésre lehetőleg csak a 39. hét után kerüljön sor (kivéve, ha valós, aktuálisan fennálló egészségügyi ok korábbi műtétet indokol).
- Ha a körülmények engedik, császármetszés esetén is előnyös, ha előtte hagyják egy kicsit vajúdni az anyát, illetve, ha a műtétet tervezetten végzik el, akkor is ajánlatos lehet a műtét előtt egy-két órán át mesterségesen fájásokat kelteni. A vajúdas ugyanis császármetszés esetén is nagyon hasznos a magzatnak.
- Ha a műtét során minden rendben zajlik, és sem az anyával, sem a babával nincs semmi probléma, akkor császármetszés esetén is megvalósítható az aranyóra (már a műtétben el lehet kezdeni!), csak egy kis segítség kell hozzá.

Önmagában nem indokol császármetszést, ha...

- A magzat egyszerű farfekvése önmagában nem indok császármetszésre, vannak orvosok (igaz, egyre kevesebben), akik értenek faros szülés kíséréséhez. Azonban olyan orvos esetén, akinek nincs benne gyakorlata, valóban biztonságosabb a császármetszés.
- Az ikerterhesség önmagában nem indok császármetszésre, vannak orvosok, akik értenek ikerszülés kíséréséhez.
- Az, hogy a baba mesterséges megtermékenyítéssel fogant, önmagában nem indokol császármetszést.
- Önmagában nem indok császármetszésre az, ha 4 kg körülire becsülik a baba súlyát.
- A köldökszínór helyzete (pl. ha lazán a baba nyakán, testén van), mérete önmagában nem indok császármetszésre (csak, ha rövidebb, mint 30 cm).
- Ha az anya koronavírus-teszteredménye pozitív, az önmagában nem indok császármetszésre, ám előfordulhat olyan helyzet, amikor mégis műtétre van szükség.¹⁴
- Ha az anya és a baba is jól van, akkor a szülés lassabb előrehaladása nem indok császármetszés végzésére. A vajúdas legalább olyan mértékben meghatározzák a nőben zajló lelki (és ehhez kapcsolódóan hormonális) folyamatok, mint a testi történések, s emiatt elég nehéz előre és általánosságban

meghatározni, hogy mennyi ideig „kell” tartania egy normál, komplikációval nem fenyegető vajúdnak. Van, aki (a látens szakasszal együtt) 40-50 órán át vajúdik, van, aki 4 órahosszáig.

Hüvelyi szülés császármetszés után: VBAC

- A császármetszést követő hüvelyi szülést angol neve (vaginal birth after caesarean) után magyarul is VBAC-nek (ejtsd: víbek vagy vé-bé-á-cé) szokás rövidíteni, ritkábban CSUSZ-nak (császár utáni szülés).
- Máig élő, orvosi szakmai körökben is elterjedt tévhit, hogy ha egy nő császármetszés útján hozta világra gyermekét, akkor azt követően már csak császármetszéssel szülhet.
- Ezzel szemben a WHO már 1985-ben megállapította: semmiféle bizonyíték nem támasztja alá azt, hogy alacsonyan, vízszintes metszéssel végzett császármetszést követően ismét császármetszésre lenne szükség.¹⁵ Ezen az állásponton vannak a legfőbb szülészeti szervezetek és állami egészségügyi szervezetek is.¹⁶
- A VBAC biztonságos és alapvetően biztonságosabb, mint egy újabb, tervezett császármetszés.
- A császármetszésről szóló magyar protokoll kimondja: *„Ha a terhes megelőző császármetszés után hüvelyi úton kíván szülni, támogatni kell elhatározásában. [...] Több mint egy megelőző császármetszés után is megkísérelhető a spontán szülés.”*¹⁷
- A császármetszést követő hüvelyi szülés kockázatai lényegében megegyeznek a „sima” hüvelyi szülés kockázataival, vagyis ugyanazok a problémák léphetnek fel – ezekhez adódik hozzá a korábbi műtéti heg szétválásának lehetősége, aminek ugyanakkor kicsi, 0,5 % a valószínűsége.¹⁸
- A VBAC-kísérletek 99,5 %-ában nem okoz gondot a korábbi császármetszés hege. Ha mégis szétválik a heg, az esetek 67-86 %-ában nem lép fel semmilyen szövődmény¹⁹, a babát általában császármetszéssel világra segítik, de az is előfordul, hogy hüvelyi úton születik meg.
- A hegnek a várandósság alatt ultrahanggal mért vastagsága alapján nem lehet megjósolni a heg szétválás, illetve a VBAC sikerének esélyét.²⁰
- Néhány tény, amit a heg szétválásról tudni kell:
 - A szülés gyógyszeres megindítása növeli a heg szétválás esélyét.²¹
 - A heg az esetek legnagyobb részében csak elvékonyodik, esetleg részlegesen válik szét – valódi, teljes heg szétválás csupán az esetek fél százalékában fordul elő (200 közül 1 nőnél).
 - A heg szétválás önmagában nem vezet azonnal egészségkárosodáshoz, általában időben felismerhető és kezelhető.²²
 - Idézet két szülészeti tankönyvből: *„A heg szétválás a többi ruptúra [azaz méhrepedés] okozta vérzéssel szemben többnyire nem vezet súlyos anyai és magzati állapothoz”*²³, *„az esetek többségében sem hüvelyi, sem hasúri vérzés nem következik be, és anyai, illetve magzati distress [súlyos állapotromlás, oxigénhiányos állapot] sem alakul ki.”*²⁴
- A VBAC-et megpróbálók legalább 2/3 része, többedik VBAC esetén több mint 90 %-a megszüli hüvelyi úton a babáját.²⁵
- Egyszer császár, mindig császár? Dehogy! Egyszer császár – aztán CSUSZ!

Aranyóra, rooming-in

- Az anyaméhet elhagyó kis ember „evilági” életének első két órája különleges időszak: nemcsak az első találkozás történik ekkor, összeölekezés és megpihenés egy hosszú és fárasztó közös út végén, a születés feszültségeinek elengedése, hanem különleges, nyitott, fogékony állapotban van ilyenkor mind az anya, mind az újszülött.
- Az aranyóra rendkívüli jelentőségű testi és lelki élmény. Megléte vagy hiánya életre szóló hatással lesz az anyára, a babára és kettejük kapcsolatára. Megéri ragaszkodni hozzá.
- Mindenképpen érdemes előre tisztázni az orvossal és a szülésznővel, hogy szülés után lehetőséget biztosítanak-e az anyának arra, hogy legalább egy, de inkább két órahosszáig újszülöttjével legyen, lehetőleg bőr-bőr kontaktusban.
- Az anyának és az újszülöttnak alapvető igénye, érdeke – és joga –, hogy a szülést követően és a gyermekágyas osztályon folyamatosan együtt legyenek (ez az ún. rooming-in). Csak egészségi indokkal, és csak a szükséges mértékben és időre választhatók el egymástól.
- Az újszülöttnak évezredek óta belé kódolt természetes „elvárása”, hogy folyamatosan édesanyja közvetlen közelében legyen. Ezért az a legjobb neki, ha a szülést követő kétórás megfigyelési időn túl csak a legszükségesebb esetekben és időre (pl. az anya orvosi vizsgálata, zuhanyzása idejére, illetve ha az anya gyenge, nem érzi jól magát) kerül a csecsemőosztályra: nem biztos, hogy a csecsemő nővéreknek lesz „füle” és kapacitása azonnal felvenni az éhes, testközelségre vágó, nyöszörgő vagy akár síró babát... Az anya úgy is tud aludni, pihenni, ha kisbabája mellette fekszik az ágyban vagy a kiságyában.

Anyatej, szoptatás

- Az anyatej minden cseppje aranyat ér az újszülött számára (még fokozottabban igaz ez a koraszülött babákra).
- Érdemes már a várandósság alatt utánanézni, hogy hogyan kell helyesen mellre tenni a babát, milyen szoptatási testhelyzetek léteznek, melyek az újszülött ún. éhségjelei. Megelőzhető a mellbimbó sérülése, a szoptatás fájdalmas volta, ha a baba a bimbóudvar egy részét is bekapja, nem csak a mellbimbót.
- Az anya számára is látványos tejtermelés nem indul be rögtön a szülés után, csak a 3-4. napon, de előtte már addig is termelődik, s ez a néhány csepp elegendő az újszülöttnak.
- Ha valamilyen oknál fogva az anyát hosszabb időre különválasztják a babájától, akkor kézi vagy gépi fejéssel be tudja indítani és fenn tudja tartani a tejtermelését, az anyatejet bizonyos ideig lehet tárolni.
- Császármetszést követően az anyának kb. hat óra hosszáig fekvődni kell, s ezalatt rendszerint nem kapja meg gyermekét – pedig, ha az anya és az újszülött állapota engedi, a babát már közvetlenül a műtét után mellre lehet tenni.²⁶ Azonban, még ha órákat késik is az első mellrehelyezés, nem szabad azt hinni, illetve elhinni, hogy „a császáros anyukák nem tudnak szoptatni”. A tejelválasztáshoz szükséges „előkészületek” már a várandósság alatt megtörténtek az anya testében. Császármetszés után is lehet szoptatni, sokszor ez megy zökkenőmentesen, de ha nehézség adódik, akkor is érdemes kitartóan, akár hónapokon át próbálkozni, szükség esetén minél hamarabb szoptatási tanácsadó segítségét kérni. Egyszerűen megválaszolható kérdésekben telefonon is tudnak tanácsot adni.²⁷

- Ma sem számít ritkaságnak, hogy a csecsemőosztályon vizet, cukros vizet, teát és/vagy tápszert, cumit adnak az újszülöttnak. Ezek megzavarhatják a baba szopási készségét, ezért erre a kérdésre is érdemes már a várandósgondozás során kitérni az orvossal, szülésznővel történő találkozásokkor.

A szülő nő legfontosabb jogai²⁸

- Egy kísérő folyamatosan a vajúdjó, illetve szülő nő mellett lehet (a felvételtkorai vizsgálatnál is; császármetszés során is).
- A nő nem köteles feküdni sem a vajúdjás, sem a kitolás alatt.
- Az anya szinte minden vizsgálatot, beavatkozást visszautasíthat, ez alól az az eset jelent kivételt, ha ezzel mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. A másokba beleértendő magzata is – ugyanakkor a nőnek jogában áll akár olyan döntést is hozni, amivel az orvos megítélése szerint súlyos vagy maradandó károsodást okoz saját egészségi állapotában.²⁹
- Az anyának joga van kérdezni, tájékoztatást kapni a beavatkozások előnyéről-hátrányáról, alternatíváiról.
- Egészségi indok híján az anyát nem választhatják el gyermekétől.

Mit tehetsz még magatokért?

- Készülj a szülésre, informálódj, kérdezz!
- Hasznos lehet elolvasni az Emberi Erőforrások Minisztériumának 2019 végén megjelent, családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött-ellátásról szóló egészségügyi szakmai irányelvét (protokollját), ami részletes ajánlásokat tartalmaz a témára vonatkozóan. Elérhetőségét lásd a ³⁰-es lábjegyzetben.
- Beszéld meg a gondozást végző, illetve (ha van rá mód) a szülésnél jelen levő orvossal, szülésznővel, mi fontos neked! Írj szülési tervet és beszéld át az orvossal, szülésznővel!
- Ha nem tudod, miért szükséges, illetve kinek és milyen előnnyel-hátránnyal járhat egy vizsgálat, beavatkozás, kérdezz! Ha továbbra sem világos, vagy nem kaptál kielégítő választ, kérdezz tovább!
- Érdemes hallgatni a megérzésekre: ha teheted, ne félj váltani, ha rossz érzésed van az orvossal, kórházzal kapcsolatban!
- Merj kiállni magadért és gyermekedért!



Szakirodalmi hivatkozások

¹ - Az Egészségügyi Minisztérium túlhordásról, terminus-tülpépésről szóló szakmai protokollja, 1. o. Megjelent: az Egészségügyi Közlöny 2008. évi 3. számában. Internetes lelőhelye: <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2008/3.pdf> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 11.)

- Evidence-based Obstetrics and Gynecology (szerk.: Norwitz et al., 2018, John Wiley & Sons, Ltd.), 41. fejezet. Internetes közlés, lelőhelye: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781119072980.ch41> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 11.)

- Due date statistics: A study on the length of pregnancy. Internetes közlés, lelőhelye: <https://spacefem.com/pregnant/charts/duedateo.php> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 05. 05.)

-
- ² - Dr. Papp Zoltán (szerk.): A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. 4. kiadás, 2. Multimédia kiadás. Budapest, 2009, Semmelweis Kiadó, 287. o.
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről, 9. o. Megjelent: az Egészségügyi Közlöny 2006. évi 5. számában (2006. március 24.). Internetes lelőhelye: <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek/Index> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
- ³ Mya et al.: Management of pregnancy at and beyond 41 completed weeks of gestation in lowrisk women: a secondary analysis of two WHO multi-country surveys on maternal and newborn health. In: Reproductive Health (2017) 14:141. Internetes közlés, lelőhelye: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663145/pdf/12978_2017_Article_394.pdf (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 17.)
- ⁴ - Az Egészségügyi Minisztérium túlhordásról, terminus-túllépésről szóló szakmai protokollja, 4. o.
- WHO recommendations for induction of labour, 2011, 4. o. Internetes lelőhelye: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf;jsessionid=934F55ED80234FDA305777F555982C42?sequence=1 (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 18.)
- ⁵ - WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018. Executive summary, 4. o. Internetes lelőhelye: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?ua=1> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 05.), 4. o.
- „Labour progression at 1 cm/hr...” Internetes közlés, lelőhelye: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/Intrapartum-Care3.jpg?ua=1 (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 05.)
- The surprising factor behind a spike in C-sections. A Harvard T.H. Chan School of Public Health hangfelvétele, 2017. július 27. Internetes közlés, lelőhelye: https://www.hsph.harvard.edu/news/multimedia-article/csections-delivery-risk-podcast/?platform=hootsuite&fbclid=IwARoqMOOcpaJ4n_GxpGJ77pmwfilRSwgKc_5eI_zYdL2jGIGdfo2AW7yUEI (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
- ⁶ Hélène Vadeboncoeur: Birthing Normally After a Caesarean or Two. 2nd British Edition. 2011, Fresh Heart Books for Better Birth, 189. és 207. o.
- ⁷ Török Szabolcs János, Dr. – Kun Judit Gabriella, Dr. (szerk.): Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához. 2012, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet. Internetes lelőhelye: https://szoptatasportal.hu/wp-content/uploads/2012/04/TAMOP_622_laktacios_szaktanacsado_fejlesztesi_terulet_kifejlesztett_tananyag.pdf (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 05.), 83. o.
- ⁸ 12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes anya-baba-család szülészeti ellátásért: International Childbirth Initiative: 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity (ICI). Internetes lelőhelye: <https://www.internationalchildbirth.com/#> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 04. 23.)
- ⁹ 12 lépés...
- ¹⁰ - WHO: Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. 1996, 34. o. Internetes lelőhelye: http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 05.)
- WHO recommendation on intermittent fetal heart rate auscultation during labour, February 2018. Internetes lelőhelye: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-intermittent-fetal-heart-rate-auscultation-during-labour> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 04. 19.)
- ¹¹ - Noll Andrea Nandu: Ajtóstól az Élet kapuján át. Gondolatok a gátmetszésről. Internetes közlés, lelőhelye: <http://holdudvar.babahaz.hu/gatmetszes.htm> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 08.)
- WHO: Safe Motherhood..., 27-28. o.
- ¹² - Mascarello, Horta, Silveira: Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. In: Revista de Saúde Pública, 2017; 51: 105. Internetes közlés, lelőhelye: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697917/> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
- The surprising factor behind a spike in C-sections...
- WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. (2018). Internetes lelőhelye: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
- 6th Annual World Patient Safety, Science & Technology Summit, London. Internetes közlés, lelőhelye: <https://patientsafetymovement.org/actionable-solutions/challenge-solutions/optimizing-obstetric-safety/reducing-unnecessary-caesarean-sections/> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
<https://www.businesswire.com/news/home/20180213006342/en/World-Patient-Safety-Summit-Aims-Reduce-Unnecessary> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
- ¹³ WHO Statement on Caesarean Section Rates (2015). Internetes lelőhelye: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=2E5A7F8426E4DE3AD06485B04E9481CD?sequence=1 (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)
- ¹⁴ Az Emberi Erőforrások Minisztériumának COVID-19 pozitív várandósokkal kapcsolatos állásfoglalása, 2021. január 13. A Nemzeti Népegészségügyi Központ azonos tartalmú állásfoglalása itt olvasható: <https://drive.google.com/file/d/1YO2BA->

JcddtG_ezyjnJ6SBHDBvEwDas-/view?fbclid=IwAR1RYcHXSehoCUqXoQSw58np_4R_aPvIV1jcYmKI-GFe7-6DWSHUweJXY_Q (az utolsó megtekintés időpontja: 2021. 05. 18.)

¹⁵ WHO: Appropriate technology for birth. In: The Lancet, Volume 326, Issue 8452, p. 436-437, 1985. aug. 24.

¹⁶ - RCOG: Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45, October 2015

- ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery, February 2019. In: Obstetrics & Gynecology, 2019 Feb;133(2):e110-e127

- SOGC: No. 155-Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, 2005, 2018. Internetes lelőhelye:

[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(18\)30013-6/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(18)30013-6/abstract) (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 04. 19.)

- NICE: Caesarean section Quality standard [QS32], June 2013. Internetes lelőhelye: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/chapter/Quality-statement-1-Vaginal-birth-after-a-caesarean-section> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 04. 19.)

- NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights, Volume 27, Number 3, March 8-10, 2010. Internetes lelőhelye: https://consensus.nih.gov/2010/images/VBAC/VBAC_statement.pdf (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 04. 19.)

¹⁷ Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről, 17. o. Megjelent: az Egészségügyi Közlöny 2006. évi 5. számában (2006. március 24.). Internetes lelőhelye: <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek/Index> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 02. 19.)

¹⁸ - Pál Attila (szerk.): A szüléset-nőgyógyászat egyetemi tankönyve. 2012, Medicina Könyvkiadó Zrt., 175. o.

- Dr. Németh Gábor, Dr. Molnár András: Császármetszést követő hüvelyi szülések vezetése a nemzetközi vélemények tükrében. In: Orvosi Hetilap, 2017, 158. évf. 30. szám, 1168-1174. o.

- Ina May Gaskin: Útmutató szüléshez. Ford. Huffman Szilvia, Mailáth Nóra, Palatin Eduárd. Budapest, 2015, Jaffa Kiadó, 270. o.

¹⁹ - Németh, Molnár i. m.

- Papp i. m. 277. o.

- Pál i. m. 175. o.

- Helen Churchill-Wendy Savage: Vaginal birth after caesarean: the VBAC handbook. 2012, London: Pinter & Martin, 8. és 15. o.

- Vadeboncoeur i. m. 40. o.

²⁰ - A császármetszésről szóló szakmai protokoll, 17. o.

- Papp i. m. 276. o.

- Németh, Molnár i. m.

²¹ - Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M.: Risk of uterine rupture in vaginal birth after caesarean: Systematic review. In: Enfermería Clínica, 2017, 27(1):28-39. Internetes lelőhelye: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27726928> (az utolsó megtekintés időpontja: 2020. 04. 19.)

- A császármetszésről szóló szakmai protokoll, 18. o.

²² - Pál i. m. 175. o.

- Churchill-Savage i. m. 8. és 15. o.

- Vadeboncoeur i. m. 40. o.

²³ Papp i. m. 277. o.

²⁴ Pál i. m. 175. o.

²⁵ - Vadeboncoeur i. m. 82. o.

- Gaskin: Útmutató..., 270. o.

- Association of Ontario Midwives: Clinical Practice Guideline No.14, 15. o.

- Németh, Molnár i. m.

- NIH Consensus Development Conference Statement..., 11. o.

²⁶ Jane S. Grassley, Judith Jones: Implementing skin-to-skin contact in the operating room following caesarean birth. In: *Worldviews on Evidence-based Nursery*. 2014 Dec;11(6):414-6. Internetes lelőhelye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25132450/> (az utolsó megtekintés időpontja: 2021. 05. 07.)

²⁷ Magyarországon az anyatejes táplálással kapcsolatban ún. IBCLC szoptatási szaktanácsadók és a La Leche Liga Magyarország Egyesület szoptatási tanácsadói nyújtanak segítséget. A tanácsadók elérhetőségei itt találhatóak: <https://ibclc.hu/tanacsadok/>
<http://www.lll.hu/segitsegnuyitas/>

²⁸ Lásd az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény II. fejezetét.

²⁹ Lásd az az egészségügyről szóló törvény 20. §-ának (1)-(2) és (7) bekezdéseit, valamint 23. §-ának (2) bekezdését.

³⁰ Az irányelv az Egészségügyi Közlöny 2019. évi 20. számában (2019. december 17.) jelent meg, elektronikus formában itt olvasható: https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf

