



Jan van Eyck: Trónoló Madonna a gyermek Jézussal (Frankfurt, Städtisches Kunstinstitut)

Otthon vagy biztonságban – otthon és biztonságban

Ifj. Szebik
Imre

Kevés olyan vitás társadalmi kérdést találunk ma Magyarországon, amelyik jobban megosztaná az embereket, mint az otthon szülés kérdése, illetve Geréb Ágnes tevékenységének megítélése. Míg Geréb Ágneset internetes fórumokon többen gyilkosnak minősítik, addig mások a szülészek otthon szülést ellenző tevékenységét, illetve bizonyos kórházi szülészeti gyakorlatot az orvosi fasizmus kifejezéssel illetik (WAGNER 2000).

Ez a látszólag szakmai kérdés természetesen azért is foglalkoztatja az embereket, hiszen (legalább) két emberi életet is érint a várandósság és a szülés eseménye az evangélikus keresztes liturgia szerinti „élet és a halál határmezsgyéjén”. Mostani írásunkban természetesen nem lehet célunk az otthon szülés kérdésének teljességre törekvő elemzése, sok mindent olvashattunk már a kérdéstről, e helyen néhány olyan, talán kevésbé ismert tény, összefüggést szeretnénk felvázolni, amely a kérdés árnyaltabb megítéléséhez vezethet.

Az idősebbek közül többen nem is értik, miért is van ekkora konfliktus az ügy körül, hiszen sokan említik, hogy ők is otthon szültek vagy otthon születtek bába segítségével még a világháború körül, s akkor ez teljesen természetes volt. A kérdés nem ilyen egyszerű, hiszen egyrészt sokan akkor azért szültek otthonukban, mert különböző okok miatt nem volt lehetőségük kórházban szülni, másrészt az akkori anyai és csecsemőhalálozási mutatók sokkal rosszabbak voltak a mostaniaknál. Jogosnak tűnik tehát az otthon szülést ellentők azon érve, hogy a később szinte kizárólagossá vált kórházi szülések javítottak a halálozási mutatókon.

Az az érv is felmerül, hogy nem szabad túldramatizálni a szülést, a szülés körülményeit, hiszen mindnyájan megszülettünk, így vagy úgy, sokan az otthon szülés mellett érvelők által sokat kritizált kórházi körülmények között, s lám, itt vagyunk, s éljük az életünket. Ez az érv is nyilván csak részleges, hiszen nem veszi figyelembe azokat, akik a szülés körülményei miatt esetleg traumatizálódtak, akiket a szülés körülményei egészségükben esetleg feleslegesen, elkerülhető módon károsítottak.

Az otthon szülés vagy intézményen kívüli szülés esetünkben azt jelenti, hogy az egészséges nők tervezetten és szaksegítséggel kívánják gyermeküket világra hozni. A kifejezés maga ugyan azt sugallja, hogy alapvetően a szülés helyszíne a kérdés, az otthon szülést pártolók azonban a háborítatlan szülés fontosságát hangsúlyozzák, amely a szülés helyszínétől független. A különböző világképekről szóló részben láthatjuk majd, hogy érvük szerint a szülés akkor a legbiztonságosabb, ha a szülő nő biztonságban érzi magát, azaz ha nem zavarják számára idegen emberek, nem végeznek rajta felesleges orvosi beavatkozásokat, és nem korlátozzák feleslegesen szabadságában. Noha ezt az érvet pszichológiai kutatások is alátámasztják, a biztonságról szóló részben alább láthatjuk majd, hogy az otthon szülést ellenzők szerint viszont otthoni körülmények között nem valósítható meg a biztonság az a szintje, ami kórházban elérhető.

Immár talán Magyarországon is közzismert tény az, hogy az otthon szülés az iparosodott országokban elfogadott alternatíva, de szakmai megítélése országonként eltérő. Ha megnézzünk például két, orvoslásában, filozófiájában és jogrendszerében sok tekintetben hasonló hagyományokkal rendelkező országot, az Egyesült Államokat és Nagy-Britanniát, ellentétes véleményeket találunk: míg az angol szülészorvosok az otthon szülést választható lehetőségként ajánlják, addig USA-beli kollégáik az otthon szülést kevésbé tartják biztonságosnak, ezért nem ajánlják.

Az otthon szülésnél általában szakképzett szülésznők/bábák működnek közre, míg a nyugat-európai kórházakban többnyire az a gyakorlat, hogy a szülészorvosok csak szövődmény esetén vannak jelen a szülésnél, és sok esetben a szülésznő gondozza a várandós nőt a várandóság teljes ideje alatt.

Biztonság

A szülés helyszínével kapcsolatos vita egyik legfontosabb eleme a biztonság kérdése. A biztonság kérdését érdemes objektív adatok alapján igazolnunk, illetve megbecsülnünk. A sajtóban megjelenő állítások sok szempontból torz képet sugallhatnak számunkra: 2000 és 2009 között 478 jelentés született a médiában a kórházi magzati halálesetokról, míg ugyanebben az időszakban 158 617 jelentés szólt az otthon szüléseknél felmerült problémákról (THORPE 2010).

Előjáróban érdemes figyelembe vennünk, hogy a biztonság az orvostudományban – az élet más területeihez hasonlóan – alapvetően viszonylagos fogalom. Viszonylagos fogalom egyrészt azért, mert akárhol is történik a szülés, vannak olyan újszülöttek és szülő nők, akik meghalnak szülés közben, illetve szülés közben, tehát esetükben cinizmus lenne biztonságról beszélni. Abszolút biztonságról azért sem beszélhetünk, mert szinte mindig találunk olyan tényezőt, amivel növelhető lenne a biztonság, noha ezek a tényezők sok esetben ésszerűen nem megvalósíthatók. Gondoljunk arra, hogy egy közkórházban születendő gyermek esetében nem állnak rendelkezésünkre azok a lehetőségek, amelyek egy csúcsintézményben, például egy egyetemi klinikán elérhetők. Ezáltal mondhatjuk azt, hogy egy ilyen csúcsintézményben biztonságosabb szülni, mint egy közkórházban, de ez a biztonságnövekedés adott esetben sok áldozattal, például utazással jár, miközben az utazásnak magának is van költsége, kockázata.

Az otthon szülés egyik kulcskérdése az, hogy vajon valóban kevésbé biztonságos-e ez a szülésforma. Sokan és sokat vizsgálták-e kérdést, s egyfajta számháború alakult ki, alapvetően azonban megállapíthatjuk, hogy jelenlegi ismereteink szerint a legmegbízhatóbbnak tekintett kutatási eredmények alapján állíthatjuk, hogy egészséges szülő nők szaksegíttéssel történő tervezett otthon szülése ugyanolyan biztonságos, mintha kórházban szülnénk.¹

A biztonságot ezekben a kutatásokban a szülő nők és a magzatok halálzási mutatóival és súlyos egészségkárosodásával mérik. E kutatási eredmények első látásra mehökkentőek és talán intuíciónknak is

ellentmondanak, hiszen úgy gondolhatjuk, hogy a sürgős, életveszélyes szövődmények ellátására alkalmasabb hely egy kórház, mint egy otthon. Az otthon szülést támogatók szerint az elsősegély nyújtására a helyszínen jelen lévő



Sandro Botticelli: Rózsás Madonna (Párizs, Louvre)

¹ Birthplace in England Collaborative Group: Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Healthy Women with Low Risk Pregnancies: the Birthplace in England National Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 2011. 343. 2011. november 24. http://www.bmj.com/highwire/filestream/545014/field_highwire_article_pdf/0.pdf.

szaksegítség is képes, és a kritikus tényező a sürgősségi esetek ellátásakor épp az, hogy van-e lehetőség rövid időn belül az elsősegély nyújtása után a hathatós segítségre. A biztonság kérdésekor érdemes megemlíteni, hogy a kórházi szüléseknek az otthon szülést elutasító szakemberek szerint is van megnövekedett kockázati tényezőjük a kórházi fertőzések miatt, a nehezen kezelhető kórokozók jelenlétének valószínűsége otthoni körülmények között sokkal kisebb.

A biztonság kérdésekor vizsgáljuk meg azt is, hogyan is viszonyulhatunk ahhoz, ha az otthon szülés nem lenne olyan biztonságos, mint a kórházi szülések – mint azt néhány kutatás említi (EVERS et al. 2010). Ez esetben az otthon szülések esetében több magzati halálozással kell számolnunk, noha a kockázatnövekedés igen kicsi. A statisztikai megközelítésnek épp egyik nehézsége, hogy számok mögé rejthet személyes tragédiákat, hiszen a kis kockázatnövekedés azt jelenti, hogy otthon szülés kapcsán arányosan több újszülött hal meg, mint kórházban. Vajon jelentheti-e azt, hogy ebben az esetben az otthon szülő nők, illetve az otthon szülésben segédkezők emberöléssel vádolhatóak? Nyilván érdemes visszatérnünk eredeti kérdésfelvetésünkre: vajon a közkórházban szülők és az ott segédkezők felelőssé tehetőek-e azért, mert nem képesek megadni azt a tudomány által lehetővé tett legmagasabb szintű segítséget, amit egy (magyar, netalán amerikai) klinika megadhat? Avagy felelőssé tehetőek-e azok a szülők, akik nem a legbiztonságosabbnak tartott autóban utazzatják a gyermeküket? E hasonlat azért nem elvetendő, mert a „legvérmesebbnek tekinthető, az otthon szülést kockázatosnak találó kutatási eredmények sem találtak drasztikus kockázatnövekedést otthon szülés esetében.

S ha valaki az otthon szülés kapcsán esetleges lelki, szubjektív kényelmi szempontokat nem tart elfogadható indoknak esetleges magzati kockázatfokozó tényezőként, akkor hogyan ítélnék meg a kórházban alkalmazott s a magzatok egészségét ugyancsak kis-, de mégis kimutatható mértékben károsító kényelmi beavatkozásokat, mint például szülés ideje alatti a gerincvelői érzéstelenítést?

Hol van a határ az elfogadható és az elfogadhatatlan kockázatnövekedés között?

Fontos megemlíteni, hogy a biztonság fogalmának fontos lelki összetevői is vannak, azaz a biztonság szubjektív megélése a szülés kimenetelét és élményét is alapvetően befolyásolja.

”Hol van a határ az elfogadható és az elfogadhatatlan kockázatnövekedés között? Fontos megemlíteni, hogy a biztonság fogalmának fontos lelki összetevői is vannak, azaz a biztonság szubjektív megélése a szülés kimenetelét és élményét is alapvetően befolyásolja.”

Különböző világképek

A szüléseket, illetve a szaksegítséget alapvetően nem a szülés helyszíne különbözteti meg leginkább, hanem az a világkép, amely alapján a szülést megítélik. Két modellt különböztethetünk meg: a *medikalizált modell* alapvetően sok olyan beavatkozást alkalmaz rutinszerűen, amelyet a szülés kapcsán fontosnak gondol, míg a *bábai modell* szerint a szülés természetes folyamatát kísérni kell, s csak akkor kell beavatkozni, ha arra feltétlenül szükség van. Míg tehát a szülés folyamatát vezetni, irányítani kívánják a medikalizált modell képviselői, a bábai modellt gyakorlók szerint a szülő nők jól tudják, hogyan kell szülniük, mi az, amire szükségük van a szülés alatt, a segítők feladata pedig alapvetően az, hogy a szülő nőket támogassák saját döntéseik végrehajtásában. E két modell alkalmazása nem függ a helyszíntől, s bár történetileg úgy alakult, hogy az otthon szülésnél túlnyomórészt bábák segédkeznek, természetesen kórházi körülmények között is megvalósítható a bábai modell, amint arra immár Magyarországon is van példa.

A két modell között a történések tekintetében nagy különbség van, amelyet két jól megragadható példával illusztrálhatunk: míg a bábai modell esetében a szülő nő szabadon megválaszthatja a vajúdás és a szülés alatt testhelyzetét, addig a medikalizált modell képviselői fekvő helyzetet írnak elő a szülő nő számára. Egy másik

vitatható példa a gátmetszés kérdése: a bábai modell csak a szülő nők pár százalékánál alkalmazza ezt az eljárást, addig Magyarországon az Egészségbiztosítási Felügyelet önbevalláson alapuló felmérése alapján 2009-ben a vizsgált 61 szülészeti intézményből 42 helyen kórházban végeztek első gyermeket szülő nők esetében is rutinszerűen gátmetszést. Tanulságos megjegyeznünk, hogy mind a rutinszerű gátmetszés elhagyását, mind a testhelyzet szabad megválasztását már évtizedek óta javasolják az Egészségügyi Világszervezet irányelvei.²

A két világtkép között tehát alapvető különbség van a beavatkozások alkalmazását illetően, s a két modell különbözőképpen ítéli meg a lelki tényezők fontosságát is. A bábai modell szerint alapvető fontosságú a szülés kimenetelében az, hogy a szülő nőt milyen stressz éri a vajúdás és a szülés folyamán, s lehetőség szerint minimálisra igyekszik csökkenteni a külső zavaró tényezőket, míg a medikalizált modell képviselői a biztonságot a különböző élettani funkciók folyamatos monitorozásával és kisebb-nagyobb orvosi beavatkozásokkal kívánják megteremteni.

A zaj és fényhatások kerülését a bábai modell nemcsak a szülő nő, hanem a megszületett gyermek szempontjából is fontosnak tartja s hangsúlyozza a születést közvetlenül követő időszak háborítatlanságát, amely az anya–gyermek kapcsolat szempontjából meghatározó. A medikalizált modell alapvetően az újszülött fiziológiás (vagy annak vélt) szükségleteit tartja elsődlegesnek, ilyenek a fürdetés, a súly és a magasság megmérése, egyéb orvosi vizsgálatok, s az anya s gyermeke közötti közvetlen kontaktust és a szoptatást csak ezek elvégzése után teszi lehetővé.

Nem csoda, hogy a bábai modell segítségével szülő nők és gyermekeik jóval kevesebb beavatkozásban részesülnek, mint a medikalizált modellt választó társaik (JOHNSON et al. 2005), s Magyarországon az otthon szülést választó nők választásának legfontosabb motivációja épp a beavatkozások elkerülése volt (VARRÓ 2011).

Érdekes megemlíteni, hogy az említett beavatkozások adott esetben nemcsak feleslegesek és károsak lehetnek, de lelki traumát is okozhatnak a szülő nőben. Ez negatív módon befolyásolhatja a nő életét és további gyermekvállalási kedvét (BUDA 2007).

Megválaszolatlan kérdések: szakmák közötti harc?

Mint láthattuk, a bábai modell alapvető fontosságúnak tartja a lélektan kutatási eredményeit, addig a magyar szülészet hagyományosan a fizikai beavatkozásokat tartotta fontosnak. Elméletben ugyan összeegyeztethető lenne e két szemlélet, a közeljövőben azonban aligha képzelhető el a gyakorlatban, hogy feloldódjon a köztük feszülő ellentét, melyet például a szülés „kísérése” és a szülés „vezetése” közötti különbség jól szemléltet. A szülésznők/bábák és a szülész orvosok szinte territóriálisnak is nevezhető harca nem mai keletű, Semmelweis dilemmája is részben e presztízharcról szólt.

További nehéz kérdések is felmerülnek. Amikor az otthon szülésről szóló kutatások szerint a szülésüket otthon megkezdő, de szövődmény miatt kórházba kényszerülő nők szerint a kórházi szülész orvosok több mint fele ellenséges lett, amikor megtudta, hogy tervezett otthon szülés után kellett a szülő nőnek kórházba mennie (VARRÓ 2011), akkor óhatatlanul felmerül a kérdés: valóban a szülő nők és magzatuk biztonsága miatti aggodalom vezérli az otthon szülést ellenző orvosokat az otthon szülés ellenzésekor?

S amikor epidemiológusok tudományos kutatásaik során megállapítják, hogy bizonyos beavatkozások, mint például a gátmetszés káros beavatkozásnak minősül, akkor hogyan tekinthetünk a magyarországi gyakorlatra

² World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit: Care in Normal Birth: a Practical Guide. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.

az adatok függvényében? Alternatív szakmai meggyőződéséként? Az epidemiológusok lebecsüléseként? Szakmai tudatlanságként? Netalán a nők elleni erőszakként?

Amikor otthonszülő nők esetében korábban felsővezetői utasításra megtagadták a később születendő magzat egészségkárosodásának megelőzéséhez nélkülözhetetlen Rh-ellenanyagot tartalmazó injekció beadását a frissen szült nőknek, akkor valóban a magzatok védelme volt az elsődleges szempont?

Geréb Ágnes a '80-as években azért tiltották el szakmája gyakorlásától, mert a kórházi szülőszobába beengedett egy apát. Mire taníthat a történelem?

Összegzés

Magyarországon 2011 végén immáron törvényes lehetőség van otthon szülésre, noha a gyakorlat még több megoldandó akadályt gördít a valóban háborítatlanul szülni vágyók elé. A szülészeti kérdéseink – mint láthattuk – nem csak a helyszínre korlátozódnak. A múltbeli nehézségek feltárása, a jelenlegi gyakorlat tényeinek megismerése segíthet abban, hogy valóban biztonságos és örömteli élmény lehessen a szülés minél többek számára a szülés helyszínétől függetlenül.

Emberként, keresztény emberként is kötelességünknek tekinthető a sérülékeny, kiszolgáltatott embertársaink védelme, a gyengék, az esendők segítése. Érdemes elgondolkodnunk, hogy a szülészetben hogyan lehet a szeretet parancsát úgy érvényesíteni, hogy az valóban a legnagyobb örömet és boldogságot jelenthesse a szülő nőknek és gyermekeiknek.

Hivatkozott művek

Birthplace in England Collaborative Group: Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Healthy Women with Low Risk Pregnancies: the Birthplace in England National Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 2011. 343. 2011. november 24. http://www.bmj.com/highwire/filestream/545014/field_highwire_article_pdf/0.pdf.

BUDA Béla, dr. 2007. A szülés Janus-arcai. *Komplementer Medicina*, XI. évf. 1. sz. <http://www.tavam.hu/article.php?id=670&cid=141>.

EVERS, C. C. et al. 2010. Perinatal Mortality and Severe Morbidity in Low and High Risk Term Pregnancies in the Netherlands: Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 341. november 2. <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5639.full>.

JOHNSON, Kenneth C. et al. 2005. Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America. *British Medical Journal*, 330. június 16. <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416.full>.

THORPE, Nick 2010. Mindenhol jó, de a legjobb biztonságban. *Heti Válasz Online*. http://hetivalasz.hu/itthon/gereb-agnes-pro-es-kontra-33331/?cikk_ertekeles=1&certekeles=1.

VARRÓ Gabriella 2011. Otthon szülés Magyarországon. *Születésház egyesület*. <http://www.szuleteshaz.hu/otthonaszules-magyarorszag-tanulmany>.

WAGNER, Marsden 2000. *Fish Can't See Water. The Need to Humanize Birth in Australia*. <https://www.birthinternational.com/articles/birth/18-fish-cant-see-water>.

World Health Organization, *Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit: Care in Normal Birth: a Practical Guide*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.

