

■ **„35 év fölötti nők nem szülhetnek otthon”**

Ez a megállapítás 50 évvel ezelőtt került a szülészeti tan-könyvekbe. Egészséges fiatal nők a mi társadalmi viszonyaink között gyakran csak 35 éves koruk táján jutnak el odáig, hogy gyermeket vállaljanak. 30 éve még idősnek számított egy 30 évesen először szülő nő, ma ez egyre gyakoribb. Nem igazolható, hogy a 35 évnél idősebb nőknél szülésük során több komplikáció lépne föl - akár első, akár többedik gyermekük születik is.

■ **„4200 g-nál nagyobb súlyú baba nem szülehet otthon”**

Önmagában a kisbaba méhen belül becsült súlya semmit nem mond, ráadásul nagy hibahatárokkal működő érték. Egy kisméretű nőnek még a 3000 g-os baba is aránytalanul nagy lehet. Általában akkorára nő a magzat, amekkorát az anya meg tud szülni. A 4200 g-ot a szabályozásba foglalni azért is korszerűtlen, mert a 20-30 évvel ezelőtti újszülöttek átlagsúlyához képest a mai újszülöttek lényegesen nagyobbak.

■ **„Legyen folyamatos szívhanghallgatásra alkalmas készülék (CTG) az otthoni szülés helyszínén”**

A magzat szívhangjait otthoni szülésnél is rendszeresen ellenőrzik. A folyamatos monitorozás azonban az Egészségügyi

Világszervezet szerint is fölösleges. Semmiféle kutatás nem igazolja, hogy ettől egészségesebben születnének az újszülöttek. A CTG rutinszerű bevezetése azzal az egy „eredménnyel” járt, hogy a császármetszések száma hatszorosára emelkedett. Az oxigénhiányos károsodást szenvedett újszülöttek aránya viszont nem változott. Veszélyállapotok esetén a megkezdett otthoni szülést kórházban kell folytatni, ahol folyamatos szívhanghallgatásra lehetőség van.

■ **„Rh-negatív nő nem szülehet otthon”**

Az embereket többféleképpen lehet csoportosítani genetikai adottságaik alapján. Vannak férfiak és nők, szőkék és barnák, fehérek és feketék, Rh-negatívak és Rh-pozitívak stb. Az Rh-negativitás nem kockázati tényező. Ha Rh-negatív anya Rh-pozitív gyermeket szül, következő gyermeke egészsége érdekében a mostani szülése után 72 órán belül egy izomba adható injekciót kell kapnia, amely Magyarországon a '60-as évektől az anyák rendelkezésére áll. Néhány éve még ezt az otthoni szülő anyák receptre ingyen beszerezheték és otthonukban megkapták.

Ember születik!?

Az otthoni szülés körül kialakult hisztérikus és szélsőséges hangulat mögött nagyon sokféle, e vitában nem említett megközelítési lehetőség és figyelembe veendő szempont húzódik meg. Érthető, ha el nem is fogadható, hogy az otthoni szülés mellett állást foglalók igyekeznek a kérdést leszűkíteni azokra a területekre, amelyek az általuk képviselt szelíd, kísért születés mellett szólnak, és óvakodnak véleményt mondani a jelenlegi orvosi, kórházi gyakorlatról. Így többek között azokról a nehezebben kommunikálható, vagy különösen a nem érintettek, vagy e kérdésekről másképpen gondolkodók számára nem érthető vagy elfogadhatatlan szempontokról, amelyek túlságosan elvontnak vagy „lelkizősnek, lilának, nőiesnek”, kevésbé tárgyyszerűnek tűnhetnek. Nyilvánvalóan nem akarnak a szükségesnél több támadási felületet adni, nem kívánnak olyan vitákba keveredni, amelyek lehetőséget kínálnak arra, hogy elterelődjék a figyelem az alapkérdésről, és hitvitákba sem akarnak bocsátkozni. Az is érthető, hogy a kórházi orvosok védik mindazt, amit tanultak, amiben hisznek, ami az érdekük, és aminek megváltoztatása sokféle veszélyt jelent számukra.

A feladat nem az, hogy „hazavigyünk”, vagy lakássá alakítsuk a kórházat, hanem, hogy az és úgy történjék, ahogyan ez a gyerekek, a szülő nő és közvetve mindannyiunk érdekét szolgálja.

² Megjelent: Népszabadság online 2007. december 3.

A gyerekvédelemmel foglalkozó társadalomkutatónak az a dolga, hogy e kérdéskörben is megmutassa mindazokat a szempontokat, amelyek szorosan ide tartoznak, pontosabban, amelyeknek egyik kérdése az, hogy milyen információkkal felvértezve, milyen módon várják a nők, a családok gyerekeit, miképpen jönnek ők a világra, és mi történik az azt követő rendkívül érzékeny időszakban.

A várandósság, a szülés és a szülés utáni néhány nap a szülővé válás, és az anya-gyerek kötődés szempontjából meghatározó, nehézségei később többnyire alig, vagy csak rendkívüli erőfeszítésekkel jótétehető problémákat okozhatnak.

Erről Magyarországon még mindig kevés szó esik, sem az érintett nők, jövődöbéli szülők, sem pedig a szakemberek többsége nem tud, nem tanul. A WHO (az Egészségügyi Világszervezet), ezért is készített részletes ajánlásokat arról, hogyan kell a tagországoknak ezt az időszakot örömteli módon és tudatosan megélni, és ehhez minden szakmai segítséget megadni. Nálunk ennek kultúrája nagyon alacsony szintű, mint általában mindené, ahol nem a ráció, a tárgyi felszerelés, az anyagi háttér, hanem az érzelmek, valamint a nehezen megfogható látszó elemek a dominánsak.



Az alapvető szemléleti konfliktus és egymás mellett elbeszélés tehát itt ragadható meg, amit csak színeznek az egyéb éredekellentétek.

A szülés Magyarországon többnyire még mindig olyan beavatkozás, amelyet a nő és a gyerek elszenved, az orvos, az egészségügyi személyzet professzionális segítségével. Rengeg misztikus hit és félelemmel vegyített képzet övezi, alapvetően fejlődésnek azt tekintik a „modern” orvoslás képviselői, ha a várandós nő minden olyan vizsgálatot és életmódra vonatkozó tanácsot komolyan vesz, ami kiszűri a lehetséges problémákat, majd fájdalomcsillapítással, illetve császármetszéssel segítik a mind biztonságosabb és kevésbé traumatikus szülést, amiben a nőre többnyire passzív szerep, vagy utasításokra adott reakció marad. A műtőben minden a szakszerűséget és higiénét szolgálja, termelésszerűen, protokoll alapján, amely olyan vizsgálatok, adminisztráció és tevékenységek sorát jelenti, ami ezt a valóban felemelő, és soha meg nem ismételt rövid időszakot tökéletesen elidegeníti és üzemszerűvé teszi, a jogos pátosz és megindultság helyett. Ezt követően pedig állítólag az anya pihenését és a gyerek biztonságát biztosítják az első 5 napban azzal, hogy a legtöbb helyen elkülönítik az újszülöttet, vagy az együttlétet a nappalokra korlátozzák, és ha a szoptatás nem megy jól, vagy elég gyorsan, akkor pótlást, folyadékot adnak az újszülöttnak, miközben nem adnak módot arra, hogy szülő és gyerek tanulja, értse egymást. Ez a folyamat arra tanít – és ebben a tekintetben remekül tükrözi az egészségügy és életünk szinte minden területét – hogy ne tanuljunk meg felelősséget vállalni a saját életünkért, a velünk történelemért, ne értsük és legyünk aktív résztvevők, hagyatkozzunk szakértőkre, akik persze majd magunkra hagynak, és szemrehányást tesznek, szankcionálnak, ha nem vagyunk képesek egy bizonytalan keretű és tartalmú elvárás rendnek megfelelni, és kompetensen viselkedni.

A szülővé válás csak látszólag ösztönös és biológiai tevékenység. Azokat a késztetéseket, tudásokat, amelyeket atavisztikus módon hordozunk, többségükben régen felülírták a kialakult társadalmi és szakmai szabályok, berögzöttségek arról, hogy mi a jó és a helyes a gyerekvárás, szülés, gondozás idején, ráadásul ezek elég rapszodikusán és gyakran változnak is.

Ha komolyan vesszük, hogy az anyai viselkedés, gondoskodás a legmeghatározóbb eleme életünknek, és a kora gyermekkori érzelmi elfogadás, szeretet alapozza meg későbbi sikereinket és kudarcainkat – erre mára komoly neurobiológiai bizonyítékok vannak –, akkor a legfontosabb amit tehetünk, hogy kompetenssé és tudatosá tesszük a nőket abban, hogy ezt a szerepüket a lehető legjobban legyenek képesek betölteni. Ehhez arra van szükség, hogy értsék és megéljék, ami a

testükben, testükkel és lelkükkel történik, amíg gyereket várnak, szülnek és anyává érnek. Azt is tudjuk, hogy a gyermekkori érzelmi sérülések, traumák, a különböző okokból bekövetkező életvezetési nehézségek ebben a rendkívül érzékeny időszakban viszonylag könnyen oldhatók, megfelelő szakmai segítséggel. Ennek hiányában válik valaki patológiás terhesé, nehezedik meg, vagy akad el a szülési folyamat, hiszen nincs készen arra, hogy szülő legyen, egy életre szóló elköteleződést vállaljon. Ha ez ismert és elfogadható az orvosok és az egészségügyi szakszemélyzet számára, akkor a vita alapvetően más irányt vehetne. Akkor az az alapkérdés, hogy a sok szomatikus vizsgálat és felkészítés mellett, nem ritkán helyette, miképpen lehetne a legtöbb segítséget megadni ahhoz, hogy a szülést, a szülővé válást is segítsék egyben, és ez ne silányuljon technikai problémává. Az optimális esetben mindenkire kiterjedő szülőiségre felkészítésen ezekre kellene a hangsúlyt fektetni – és az otthonszülőknél ma ez történik –, aminek eredményeképpen jelentősen csökkenhet a szülési komplikációk, császármetszések, szülés utáni depressziók, szoptatási nehézségek, képtelenségek és későbbi gondozási, nevelési problémák száma. Ez a történet tehát arról szól, hogy mit kell tennünk haladéktalanul annak érdekében, hogy a világ legtermészetesebb biológiai, lélektani folyamatát visszaadjuk azoknak, akiket illet, és kellő alázattal kísérik ezt a folyamatot azok, akiknek ez szakemberként, segítőként feladatuk.

Az orvos jelenléte – kórházi körülmények között is – indokolatlanul sima lefolyású szülésnél, nem véletlen, hogy a magyar gyakorlatban sincs jelen fizikailag az orvos a vajúdás és a szülés lefolyásának legnagyobb részében, csak a kitolás időszakában. Külföldön azt mondják, hogy a szülő nő nagyon megijed, ha a szülőszobán orvost lát, mert az nagyon nagy bajt jelez. A szülésznők ma nálunk alkatuk és meggyőződésük szerint segítik, kísérik vagy csak obszerválják a szülésre várakozót, illetve elvégzik a szükségesnek tartott technikai feladatokat, lélektani segítséget esetlegesen adnak. Az ún. apás szülések, vagy még inkább az együtt szülés alapvető funkciója éppen az, hogy az apajelölt, vagy más családtag, barát legyen lelki társa és segítője a vajúdo anyának a sokszor komoly fájdalommal és szorongással teli időszakban, ami csökkenti a magányérzetet. Ennek nem mond ellent, hogy a legnagyobb szükség az értő figyelemre, a szülő nő szükségleteire való reagálásra van. Ezért tűnik olyan érthetetlennek és ezoterikusnak sokak számára, hogy az alternatív szülést választók más szülési pozícióról, eltérő vajúdo szokásokról, háborítatlanságról beszélnek. Arról sem sok szó esik, hogy a jelenlegi leggyakoribb szülési pozíció, a szülőszékben fekvés, ellentmond a gravitáció szabályainak, nehezíti a gyerek útját, fájdalmasabb, viszont kényelmes az orvosnak és kellő távolságot tart a szülő nőtől.

A szülés utáni együttlét az újszülöttel nem fakszni és divat, hanem élettani és érzelmi szükséglete a babának és a mamának, ekkor kezdik tanulni, megismerni egymást.

A szülészetben töltött napok többnyire feleslegesek és értelmetlenek, mégsem arról beszélünk most, hogyan lehetne a nemzetközi gyakorlatban természetes ambuláns szülést, egy napos szülészetet meghonosítani, általánossá tenni. Ez nemcsak a szülők és a gyerek érdekét – mielőbbi háborítatlan együttlétét – jelentené, hanem jelentős megtakarítást is a kórházaknak, mindannyiunknak. Ennek hasznáról és veszélyeiről számtalan kutatás, felmérés áll rendelkezésre a világon, a fő kritérium az, hogy a védőnői, gyermekorvosi, háziorvosi ellátás elérhető közelségű legyen, ez pedig ma még biztosított; gyorsan romló színvonalát meg lehetne állítani, támaszkodva világhíres hagyományainkra.

Szót kell még ejteni a fájdalomcsillapításról is. Logikusnak tűnik, hogy a vajúdás, szülés alatti fájdalomcsillapítás vívmány, hiszen enyhíti a kétségkívül erős fájdalmakat. Csakhogy éppen ez a konstruktív fájás segíti a baba útját a szülőcsatornában, az anyát pedig az észlelésben, abban, hogy éppen mi a teendője. Árt tehát, aki hálássá és passzívá teszi a szülőt azzal, hogy érzéketlenné teszi e folyamatban. A gátmetszés helyetti felkészítés, torna és szülés közbeni gátvédelem több odafigyelést és kliensi aktivitást igényel, és kevesebb orvosi tevékenységet és rémes utóhatásokat. A szoptatás jelentősége, a hozzátáplálás veszélye a szakmai szabályok ellenére még mindig nem elég világos, és ez is szorosan összefügg az információ és felkészítés, segítségnyújtás hiányával, és mindazok érdekeltségével, akik az egyértelmű tiltás és szabályozás ellenére reklámozzák és terjesztik a tápszert, és a korai hozzátáplálást szorgalmazzák.

Az nem érv, hogy ma a nők többsége bízik orvosában és az egészségügyi intézményekben, és nem kívánja másképpen megélni életének ezt a meghatározó szakaszát. Egyrészt ez merész kijelentés, mert kutatás, hiteles felmérés e témában nemigen áll rendelkezésünkre, másrészt információ és lehetőségek hiányában miért is gondolhatná másképpen, minden ezt sugallja, és ez látszik a könnyebb útnak. Másrészt képtelenségnek tartom, hogy a szüléseknek sikerült elérniük, hogy kizárólag őket lehessen szabadon választani, lévén a szülés bizalmi kérdés, mintha nem lenne minden más orvosi beavatkozás is az, például a szívátültetés, de akár a vakbélműtét is. Kár lenne úgy tenni, mintha utóbbiak esetén nem kellene személyes és kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolat, vagy ennek hiányában nem alakulna ki sok komplikáció és frusztráció.

Az otthonaszülésről folytatott vita tehát azért olyan heves és ellentmondásos, mert nem az otthonaszülésről, hanem arról szól, hogy ezt az életünket alapvetően meghatározó időszakot más felfogásban, másképpen kellene kezelni, megélni és segíteni.

Ez azt is jelentené, hogy a mainál több gyerek születne, jóval kevesebb terhességi, szülési komplikáció, szövődmény

lenne, csökkenne a teherbeesési nehézségek, veszélyeztetett terhességek, elvesztett babák és frusztrált, bizonytalan, kiszolgáltatott nők száma, és általában is az egészségről, betegségről másképpen gondolkodnánk, beszélénk. Azt is jelentené, hogy az egészségügyi szakszemélyzet megtanulja a más okból krízisben lévő anyák segítségét, akik ebben az esetben nem hagynák hátra vállalhatatlan újszülöttjüket, hogy megfelelő felvilágosítást és segítséget adnak a fogyatékkal született gyerekek szüleinek, hogy segítenek elgyászolni az elvesztett babákat, és a koraszülött ellátás esetén is legalább annyi figyelmet szentelnek az anya és gyerekek lelki szükségleteinek, mint a fizikaiaknak.

Az egészségügyi reformnak ezekről a kérdésekről kellene elsősorban szólnia, tekintettel arra, hogy a magyar egészségügy megváltását nem az segíti, ha nemtelen vitában eldőlhet, ki adja a vezérigazgatót és mennyi profitot vehet ki a magánszolgáltató, hány kórházi ágyat szüntetnek meg nem szakmai megfontolásokból, hanem ha a hatékonyságot és eredményességet az jelzi, hogy a kliensek – a szülő nő például többnyire nem beteg, hanem szolgáltatást igénybe vevő – mennyire elégedettek, milyen mértékben elégitik ki a felismert szükségleteiket, és hogyan képes az orvostársadalom és a szakszemélyzet egy teljesen eltérő szemléletű rendszerben felismerni saját valódi érdekeit és lehetőségeit. Ha megváltozna az a túrhetetlen és káros helyzet, hogy a betegek minden értelemben elszenvedik a beavatkozásokat, és nem arra tanít az ellátórendszer, nem arra irányul a reform, hogy mindenki felismerje, hogy senki nem tudja őt meggyógyítani a saját tudatos közreműködése nélkül, és nem pénz kérdése az, hogy akar-e, képes-e felelősen gondolkodni, tenni a saját egészségével, jóllétével kapcsolatosan. Az egészségügyi reform elsődlegesen vállalt céljának annak kellene lennie, hogy az emberek akarják tudni, hogy mi történik velük és miért, hogyan előzhetik meg a bajt. Ha megbetegszenek, megfelelő mennyiségű és minőségű információt kapjanak, és ennek ismeretében hozzanak közös döntést az orvosokkal arról, mi a legjobb nekik, és értsék, hogy szomatikus bajuk túlnyomó többsége lelki eredetű, talán éppen születésük óta, miatt cipelik ezeket.

Egy ilyen reformnak zászlóshajója lehetne a szülészet, szimbolikus és tényleges értelemben is, mert plasztikus módon jelzi a bajokat és a lehetséges megoldásokat. Ez sokkal fájdalmasabb és nehezebb felismerés és feladat, mint a számokkal és tulajdonviszonyokkal, szövevényes érdekviszonyokkal való játszmák, mivel itt igazi érzésekről, fájdalomokról, veszteségekről és magáról az életéről beszélünk. Ez pedig túl komoly dolog ahhoz, semhogy egészségügyi, orvosi alrendszerek és politikusok, szakpolitikák játékvá tegyék.

Herczog Mária