

Adler Brigitta: Protokoll és jogok – problémafelvetés a szülészeti ellátást meghatározó szokásokról

Jelen cikkemben arra vállalkozom, hogy a Magyarországon kialakult és megszilárdult szülészeti ellátás néhány alapvető szokásán keresztül bepillantást engedjek a szülészeti rendszer működésébe, jellemző vonásaiba. Az ellátórendszer számos olyan gyakorlatot alkalmaz, amely nem az *evidence-based medicine* szemléletén alapul, hanem a kialakult kórházi szokásokon, házirendeken.

Fontos adalék a kérdéskör tárgyalásához az, hogy a perinatális jogsértések előfordulása nem egy hazai jellegzetesség, ugyanis világszintű problémát jelent a kórházakban tapasztalt durva bánásmód, elégtelen tájékoztatás vagy éppen az erőszak.^[1] Ez a szülészeti bánásmód nem kizárólag a fejlődő, szegényebb országok sajátja, ugyanis éppúgy érinti Etiópiát,^{[2],[3]} Indiát^[4] vagy Nigériát,^[5] mint a fejlett Olaszországot,^[6] Csehországot,^[7] vagy éppen az Amerikai Egyesült Államokat.^[8] A szülés körüli jogsértő bánásmód tehát nem egy magyar sajátosság; inkább úgy határozhatnánk meg, hogy a világszintű problémakör tárgyalása során a magyarországi gyakorlat sem kivétel, nem maradhat ki a vizsgálat alól.

Hazánkban a szülés körüli jogsértések, a szülés körüli környezet vizsgálatával kapcsolatban még nem született elégséges és olyan terjedelmű kutatási anyag, amelyet a problémakör indokolna, azonban a társadalmi és tudományos diskurzus már felélénkült.^[9] A meglévő tanulmányokból kiderül, hogy a magyar nők jellemzően ugyanolyan bánásmódot tapasztalnak, mint ami a régiókra, Kelet-Közép-Európára jellemző.

Az írás nem állítja, hogy minden szülést ugyanúgy meghatároznak a megemlített jogsértések, pusztán a már elindult fejlődés ellenére még meglévő káros gyakorlatok bemutatására törekszik. Fontos látni azonban, hogy ezek a gyakorlatok nem néhány elszigetelt esetből származnak, hanem egy berendezkedés általános jellemzőit vázolják fel. Nem minden szülés hemzseg a jogsértésektől, a javuló tendenciák elismerése mellett azonban szükség van a jelenleg még számos helyen meghatározó *szülészeti szokásjog* feltérképezésére. Ennek a munkának az eredményével lehetne közelíteni az ellátást szabályozó házirendi utasításokat a szülő nő jogait princípiumként tisztelő szülészeti ellátás felé.

Ezek közt a szokások közt számos olyat találni, amelyek ellentmondanak a bizonyítékokon alapuló orvoslás elvárásainak. Ezek lehetnek olyan ártások, amelyeknek a jog vagy a társadalom kisebb jelentőséget biztosít, például szóban történő ártások, vagy akár nagyobb

sérelmet okozó lelki, de több esetben akár fizikai bántalmazások is. A *perinatális jogsértések* sokféle arcot mutathatnak, azok általános közös jellemzője azonban az, hogy a szülő nő szülés körüli jogai az adott kórház házirendjének *utasításai* miatt sérülnek. Ezek a házirend által meghatározott szabályok lerontják a szülő nő emberi mivoltából, emberi minőségéből eredő emberi méltósághoz való alapvető jogát, emellett pedig a törvény által biztosított jogai is sérülnek.

Az írás célja tehát felvázolni a perinatális ellátást meghatározó alapvető jogok, valamint a törvény által biztosított jogok és a házirend szabályai közti küzdelmet a szülés körüli jogok meghatározásáért.

Ahhoz, hogy egy rövid betekintést kaphassunk a rendszer jellegzetességeibe, működésébe, néhány meghatározó és gyakran előforduló jogsértést érdemes szemügyre venni. Az írás ennek megfelelően külön említi többek közt a beleegyezés és önrendelkezés kérdését; egyes beavatkozásokat mint elrendelt rutint, például a szülés során megtiltott szabad mozgást, az indikáció nélkül végzett gátmetszést; vagy épp a paternalizmust.

A szülő nő ellátására többek közt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény adja a jogi szabályozást.^[10] Érdekes megjegyzés, hogy a szülő nő ezzel a törvény által is „beteg” státusba szorul, a várandósság pedig mint „betegség” van szabályozva. A jogszabály rendszere mellett az egészségügyi ellátórendszer tagjainak gondolatrendszere szerint is gyógyításra szoruló páciensként kellene a szülő nőre tekinteni.

A törvény meghatározza a betegek jogait, ennél fogva szülő nő jogait is. A törvény egyik kiemelt célja, hogy az ellátás során minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezési s minden egyéb joga csorbítatlan maradjon.^[11]

E törvény rendezi a tájékoztatáshoz való jogot is. A tájékoztatáshoz való jog kapcsán meg kell említeni az *informed choice* és az *informed consent* kérdését is.^{[12],[13]} Az *informed choice* (tájékozott választás) azt jelenti, hogy a szülő nő helyzetére, állapotára, igényeire tekintettel az egészségügyi személyzet több személyre szabott ellátást, kezelést, beavatkozást, eljárást ajánl fel érthetően, a szülő nő lelki, mentális körülményeinek megfelelően. Ahhoz, hogy a választás valóban tájékozott legyen, feltételként szolgál az egészségügyi személyzet tagjai számára az érdekeltség nélküli tájékoztatás az ajánlott lehetőségek, és a lehetőségek előnyeinek, hátrányainak, kockázatainak ismertetése kapcsán; a választást pedig a szülő nőnek kell meghoznia.^[14]

Az *informed consent* (tájékozott beleegyezés) során a szülő nő megismeri a számára egyénre

szabottan felajánlott eljárás, kezelés, beavatkozás előnyeit, hátrányait és kockázatait. A döntés során az egészségügyi személyzet nem befolyásolja, így a szülő nő a számára személyre szabottan nyújtott teljes körű tájékoztatás után megalapozottan tud dönteni a helyzetének és a felajánlott eljárások ismertetésének megfelelően.^[15]

Kiemelt jelentőségű eleme a tájékoztatáshoz való jognak az a kritérium, hogy a szülő nőt tájékoztatni kell a felajánlott vizsgálatokkal, eljárásokkal, beavatkozásokkal kapcsolatban a döntési jogáról. A szülő nőnek tehát nem csupán elméletben kell megadni a lehetőséget, hogy az egészsége és a testi-lelki épsége tekintetében döntéseket hozzon, hanem az egészségügyi személyzet számára kötelezettséggé megfogalmazódik, hogy a szülő nő figyelmét fel is kell hívni arra, hogy joga van a döntéshozáshoz.

Amellett, hogy az önrendelkezéshez való jog egy önmagáért tiszteletben tartandó jog, a törvény is meghatározza a szülő nő önrendelkezéshez való jogát a betegjogok közt. A meghatározott önrendelkezéshez való jog a szülészeti ellátással összefüggésben azt jelenti a szülő nő számára, hogy joga van az ellátásával kapcsolatos döntési folyamatokban részt venni. A jog nyelvén az autonómiát az önrendelkezési jog jelenti, az orvosi etika^[16] négy fő alapelve^[17] közül pedig az egyik éppen az autonómia. Ennek értelmében főszabály szerint a szülő nő önállóan dönti el, hogy milyen ellátást utasít vissza vagy vesz igénybe. A várandósság speciális körülményeiből eredően, valamint a perinatális kérdések tárgyalása során az önrendelkezéshez való jog a várandósság és szülés természeténél, sajátosságainál fogva egy rendkívül sokszor megkérdőjelezett jog, aminek épp, hogy nem az egészségügyi személyzet saját érdekeinek érvényesítése felé kellene közelítenie, hanem a szülő nő és gyermeke érdekeinek érvényesítése felé. Ennek az ellentétnek a megszüntetése jelenti talán az egyik legjelentősebb és legnagyobb kihívást jelentő problémát.

A lassú átalakulást mutató kórházi hierarchiarendszer még nem oldotta fel az orvos és a beteg, jelen körülmények közt az orvos és a szülő nő közti erőkülönbségeket.^[18] Az ellátás során ez az alá-fölérendeltség pedig meghatározó a kórházi ellátást igénybe vevő szülő nő státusát illetően is.^[19]

2020-ban készült felmérésemben, amelyben a 2010 után az állami ellátórendszerben szült nők tapasztalataira kérdeztem rá, érintettem a tájékoztatáshoz való jogot és az önrendelkezéshez való jogot is. 169 szülő nő töltötte ki az interneten elérhetővé tett, önkéntes válaszadáson alapuló felmérést.

Arra a kérdésre, hogy megismertették-e a kitöltővel a kórház beleegyező nyilatkozatát, 104 szülő nő válaszolt nemmel, és a kitöltőknek csak 38,5%-a, 65 válaszolt igennel.

Arra a kérdésre, hogy tájékoztatták-e a beavatkozásokba való beleegyezéshez és annak visszautasításához való jogáról, illetve arról, hogy joga van azokról bármikor tájékoztatást, felvilágosítást kérni, még kevesebb kitöltő válaszolt igennel, csak 45-en, 26,6% kapott megfelelő tájékoztatást.

Hiába tudjuk, hogy a betegek, és így a szülő nők jogainak törvénybe foglalása és azok tiszteletben tartása hozzájárulhat a kiszolgáltatottság csökkenéséhez, képes elősegíteni a beteg és orvos közti partneri viszonyt, és így eredményesebb ellátáshoz vezethet, az orvos mégis számos esetben különböző okok és érdekek mentén úgy dönt, hogy nem tesz eleget a tájékoztatási és felvilágosítási kötelezettségének. Ennek oka lehet többek közt a tekintélyelvűség, a pertől való félelem, az esetleges tévedés lehetősége, vagy akár az orvos félelme a tájékoztatott túlzó reakciójától.^[20]

A vázolt jogok tárgyalása kapcsán szükséges ismertetni néhány beavatkozást a perinatális jogsértések pontosabb és jobb megértéséhez, hogy láthatóvá váljon, pontosan mit jelent a szülő nő számára az adott jogának megsértése, és ez mit jelent az ő lelki és testi egészségére nézve.

Az említett felmérés több olyan beavatkozásra kérdezett rá, amelyek a világ számos országát érintő szülés körüli jogsértések tekintetében a leginkább aggályos és lényegi pontok, amelyek szinte minden szülészeti rendszer gyenge pontjait jelentik.

A felmérésben szerepelt kérdés azzal kapcsolatban, hogy a szülő nőt érte-e bármilyen szóbeli abúzus. A válaszadók több, mint 41%-a, 70 nő élt át valamilyen szóbeli bántást, abúzust, ártást a kórházban töltött idő alatt, illetve a szülése során. Az ilyen ártások leggyakrabban a szülő nő valamilyen tulajdonságára vagy képességére, készségére irányulnak.

Arra a kérdésre, hogy a válaszadó érezte-e úgy, hogy fizikai vagy lelki abúzus éri, több, mint 40% válaszolt igennel, 75 szülő nő. Ezek az abúzusok többnyire valamilyen visszaélésben, bántalmazásban öltenek testet. Lehetnek kisebbnek értékelhető, enyhébb ártások, vagy akár súlyos jogsértések. Ezen ártások alatt gondolhatunk a becsmélésre, amit a szülő nő a szülés során szenved el valamilyen tulajdonságára, vágyára, képességére tekintettel, vagy lehetnek fizikai bántalmazások is, például az engedély nélküli leszíjazás, gyógyszerelés, vagy a gát engedély vagy bármilyen előzetes jelzés nélküli átvágása.

Ahogy jelen tanulmány már említette, a magyar berendezkedés nem egyedi a világban.^{[21].[22]} Számos ország szülészeti ellátása szenved attól, hogy a szülő nőket nem egyenrangú félnek tekintik a szülés során, a kórházban, hanem a *szülés levezetésének eszközeként*. Olyan

általános és világméretű problémakörről van tehát szó, amiről a The Lancet orvosi szakfolyóirat is értekezik: egy 2018-ban publikált kutatás beszámol arról, hogy a szülés során alkalmazott *szülészeti erőszak* világszintű probléma.^[23]

Az engedély, valamint orvosi indikáció nélkül végzett, pusztán a szülészeti szokások által indokolt beavatkozások feltérképezése során jellemző jogsértés még a rutinszerű gátmetszés, vagy a szabad és igény szerinti mozgás tiltása a szülés során.

A 2020-ban készült felmérésben ezekre az általánosan előforduló jogsértésekre is rákérdeztem.

A gátmetszés mint beavatkozás a megfelelő indikáció és egyénre szabott ellátás esetén egy hasznos és adott esetben szükséges beavatkozás. Megfelelően alkalmazva tehát az anya és a gyermeke érdekét elégíti ki. A probléma ott van, amikor a beavatkozást nem az egyén egészségügyi, testi igényei, szükségletei indokolják, és nem személyre szabott ellátásban részesül, ahogy abban törvény szerint is részesíteni kéne, hanem a rutin dönt arról, hogy mi fog történni az egyénnel.

A kérdésre, hogy a kitöltő szülése során kérték-e a beleegyezését a gátmetszés végzéséhez, 88 nő válaszolt nemmel. Ez azt jelenti, hogy a nők több, mint 79%-ától nem kérték a beleegyezésüket egy olyan beavatkozás végzéséhez, amit joguk lett volna visszautasítani, arról tájékoztatást kérni és kapni, és annak minden testi és lelki következményével ők élnek tovább.

A gátmetszéshez kapcsolódóan szerepelt még kérdés a gátvágás ellátására vonatkozóan. 39 szülő nő számolt be arról, hogy a gátvágás varrása, ellátása során nem kapott megfelelő fájdalomcsillapítást, nem vagy nem megfelelően érzéstelenítették a területet varrás előtt, vagy nem kaptak megfelelő figyelmet a seb ellátása során.

Szorosan kapcsolódik a rutinszerű gátmetszéshez a szabad és igény szerinti mozgás tiltása, ami a perinatális jogsértések vizsgálata során szintén az egyik legelterjedtebb és legjelentősebb problémát jelenti világszerte.

Az, hogy a szülő nő számára nem megfelelő, vagy akár fájdalmas a hátra fektetett testhelyzet, számos okból előfordulhat. A szabad mozgás iránti igényt indokolhatja akár valamilyen kényelmi, akár valamilyen egészségügyi ok is, akár a szükségtelen fájdalom elkerülése iránti igény, szükség. Az az igény és jog, hogy az ember mozgását ne korlátozzák jogszerűtlen módon, nem szorul különösebb magyarázatra, de mégis kutatni kell, hogy hiába

van joga és szüksége a szülő nőnek a szabad mozgásához, hogyan fordulhat elő, hogy ezt a jogát és igényét mégis számos esetben elveszik tőle.

A hétköznapi életben is létező jelenség, hogy az egyik testhelyzet fájdalmasabb, kényelmetlenebb a másiknál, ilyenkor az ember magától értetődően mozog, és megkeresi a számára legmegfelelőbb testhelyzetet, ami a legkisebb fájdalmat okozza, vagy azt megszünteti. A várandóست is érintik ezek a problémák, különösen kiemelt jelentősége van ennek a szülés során. Ebben az élethelyzetben ugyanis nem pusztán arról van szó, hogy az egyik testhelyzet kényelmesebb a másiknál, hanem már arról, hogy az egyik testhelyzet könnyíti a szülést, a másik pedig jelentősen megnehezíti, esetenként akadályozza. A szülő nő az, aki átéli a szülést, ő az, aki érzi, hogy milyen testhelyzet az ideális az ő és a gyermeke számára, ő tudja a mozgásával könnyíteni a gyermeke útját a megszületéséig.

A házirendek által leszabályozott szülések során az egyik legsarkalatosabb problémát az erőltetett fektetés jelenti. Bizonyos esetekben, kórházakban, bizonyos orvosok szokásrendje szerint ez odáig fajulhat, hogy a kitolás alatt kikényszerített háton fekvő pózban az anya lábát le is szíjazzák, és hiába az anya határozott kérése vagy tiltása, nem engedik mozogni vagy más testhelyzetet keresni, amivel a szülés menetét segíteni tudná.

Ezt az erőltetett és kikényszerített hátra fektetést annak ellenére hajtják végre rutinszerűen, a szülő nő igényeivel ellentétes módon a protokoll szabályainak engedelmességgel, hogy a kikényszerített testhelyzet az egyik lehető legártalmasabb pozíció a szülés és a kitolás során.^[24]

A felmérésben is ezen jogsértő szokás elterjedtségét és gyakoriságát támasztották alá válaszaikkal a kitöltők. A válaszadó nők több, mint 61 %-a, 104 nő tapasztalta azt, hogy korlátozták a szabad mozgását; többek közt nem mehetett ki mosdóra, nem állhatott vagy ülhetett fel, nem engedték felkelni a fektetett helyzetből.

Ennél a jogsértő szokásnál is fontos megjegyezni, hogy a problémát itt is az egyénre szabott ellátás megtagadása jelenti. Az ellátás során arra kell törekedni, hogy az egyén igényei és szükségletei határozzák meg az ellátás formáját és minőségét.

Az az anya, aki számára a legmegfelelőbb testhelyzet a fekvő, ugyanúgy részesülhessen a számára optimális ellátásban, mint az az anya, aki egyszer ülve, egyszer állva tudja legjobban segíteni a gyermekét a megszületésében.^[25]

A kérdéskört vizsgáló kutatások is arra szolgálnak bizonyítékkal, hogy az anya és a baba

számára a lehető legjobb ellátást az adja, ha az egészségügyi személyzet a szabad testhelyzetválasztásra és mozgásra bátorítja az anyát.^[26]

A szülés élettani folyamatába ilyen mértékben beavatkozó irányítás vizsgálata során felmerül a kérdés, hogy az azt irányító miért és miért ilyen mértékben avatkozik be.

Konkrét választ talán nem lehet meghatározni, de a válasz egyik elemeként mindenképp meg kell említeni a paternalizmust.^[27]

Nem pusztán a szülés körüli környezetben kell keresünk a paternalista szemléletet. Az egész egészségügyi ellátásban évtizedek óta kutatott terület a paternalizmus és az autonómia, a kérdéskör régóta foglalkoztatja a tudományágakat, a társadalmat és az ellátásban résztvevő személyeket. Az 1972-es régi egészségügyi törvényt átította a paternalizmus, főleg a betegek kötelezettségeit tárgyalta, a jogaikról kevés szó esett. Egyáltalán nem utalt az ellátás során érvényesítendő alapvető emberi jogokra, például a beleegyezéshez való jogra, vagy az ellátás visszautasításához való jogra. Az ellátás során végrehajtott beavatkozásokat intézkedéseknek nevezte a jogszabály, az orvos számára pedig utasítási jogot adott.

Elgondolkodtató kérdés, hogy a mai szülészeti rendszer szokásai miben haladták meg ezt az elavult berendezkedést, ha például *kötelezővé* tesznek egyes beavatkozásokat a szülő nő számára, mert ezt írja elő a házirend, vagy mert ezt *így szokás*?

Megfigyelhető, hogy az orvos utasító magatartása és a páciens engedelmessé válása lassú átalakulást mutat, kezd kialakulni egy partneribb, egyenrangúbb viszony, de a kapcsolatuk természete és a már rögzült szokások miatt ez az átalakulás számos kihívással küzd.^[28]

Megjegyzendő, hogy az autonómia és a paternalizmus nem szükségképpen ellentétek, a szülő nő igényein alapuló ellátásban helye van az autonómiának és helye lehet a paternalizmusnak is, az egyénre szabott ellátás kritériumainak megfelelően.^[29] A gondot az jelenti, ha minden embert ugyanolyannak kezelnek, és minden emberre ugyanazt a papírforma szerinti ellátást erőltetik rá.

A tudomány folyamatos fejlődése az élet számos területén magában hordozza az adott terület fejlődését is. Nincs ez másként a szülészeti ellátás vagy az azt meghatározó jogi környezet esetében sem. A kérdés az, hogy az ellátórendszer és a jogi környezetet meghatározó szakma követi-e a tudományos fejlődést, beépíti-e a kutatási eredményeket a rendszerébe, vagy maradnak az elavult, szokásokon alapuló szülészeti gyakorlatok.

Jelenleg olyan erős a *protokoll primátusa*, hogy a szülészeti ellátásban egyes beavatkozásokat kötelezően végrehajtandóvá tesz.

A jogsértés ott bújik meg, amikor az egyéntől a személyre szabott és az ő számára legmegfelelőbb, optimális és a számára mint egyedi ember számára kialakított ellátást tőle megtagadják, elveszti emberi méltóságát és csak egy eszköz válik belőle a *szüléslevezetés szokásjogában*. Az emberi méltóság tiszteletben tartásával maradhat az ember alany, és így nem válik belőle eszköz vagy tárgy: az emberi identitás meghatározó szempontja az ember személyként kezelése, a tiszteletteljes, méltóságteljes szülészeti ellátás („RMC”) pedig alapvető emberi jog.^[30]

A bizonyítékokon alapuló orvoslás eredményeivel összhangban a fent vázolt rutinszerű, jogsértő gyakorlatok általánossá tételét sem orvosilag, sem jogilag, sem etikailag nem lehet védeni.

Az egyik legmeghatározóbb problémát a kórházanként, orvosonként eltérő ellátás jelenti: országosan egységes eljárásrend kialakítására van szükség, hogy minden szülészeti ellátást igénybe vevő ember számára adottak legyenek ugyanazon jogok és ellátás.

A meglévő és az ellátás minőségét meghatározó házirendek, protokollok és szokások ártó, elavult, nem megalapozott elemeit felül kell vizsgálni a bizonyítékokon alapuló orvoslás és a legújabb szakmai kutatási eredmények segítségével, a megszüntetett elemek helyére pedig a már létező és kipróbált rendszerek elemeit kell beépíteni.

Bibliográfia

Beauchamp, Tom L. – Childress, James F.: *A biomedikális etika alapelvei*, Oxford, Oxford University Press, 1979.

Begley, C (et al.) (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive health*, 15(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280471/>

Belizán JM (et al.): Every woman in the world must have respectful care during childbirth: a reflection [published correction appears in *Reprod Health*. 2020 Jul 23;17(1):112]. *Reprod Health*. 2020;17(1):7. Published 2020 Jan 22. doi:10.1186/s12978-020-0855-x 2022.03.02.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6975084/>

Berta M (et al.): Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2019. doi: 10.1186/s12884-019-2620-0. PMID: 31801479; PMCID: PMC6894325 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31801479/>

Bohren MA (et al.): How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. Lancet. 2019 Nov 9;394(10210):1750-1763. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0. Epub 2019 Oct 8. PMID: 31604660; PMCID: PMC6853169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31604660/>

Bohren MA (et al.): Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. BMC Med Res Methodol. 2018. doi: 10.1186/s12874-018-0603-x. PMID: 30442102; PMCID: PMC6238369 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30442102/>

Childress, James F.: Paternalism in Healthcare and Health Policy In: Public Bioethics DOI: 10.1093/med/9780199798483.003.0003 2020.

Danichevski K (et al.): Prescribing in maternity care in Russia: the legacy of Soviet medicine. Health Policy. 2008 Feb;85(2):242-51. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.08.001. Epub 2007 Sep 12. PMID: 17854946.

Dósa Ágnes (et al.): *Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Budapest, Wolters Kluwer, 2016.

Fernández-Ballesteros, R (et al.): Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? 2019 Frontiers in Psychology 10:1460 DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01460 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611139/>

Gaizler Gyula – Nyéky Kálmán: *Bioetika*, Budapest, Gondolat Kör Kiadó, 2003.

Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába* (2. kiadás), Budapest, Medicina Kiadó, 1999.

Málovics Éva (et al.): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról, in Hetesi E. (et al.) (szerk.): *A szolgáltatások világa*, Szeged, JATEPress, 2009

Ravaldi C (et al.): Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055. Epub 2018 Mar 28. PMID: 29655941 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29655941/>

Royal College of Midwives (RCM): *Midwifery care in labour guidance for women in all settings* 2018.

Rubashkin N (et al.) Assessing quality of maternity care in Hungary: expert validation and testing of the mother-centered prenatal care (MCPC) survey instrument. *Reprod Health.* 2017 doi:10.1186/s12978-017-0413-3.

Sharma G (et al.): An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reprod Health.* 2019. doi: 10.1186/s12978-019-0668-y. PMID: 30674323; PMCID: PMC6345007. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30674323/>

Sheferaw ED (et al.): Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia. *Reprod Health.* 2019. doi: 10.1186/s12978-019-0781-y. PMID: 31455400; PMCID: PMC6712647. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455400/>

Sheferaw ED (et al.): Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reprod Health.* 2017. doi: 10.1186/s12978-017-0323-4. PMID: 28511685; PMCID: PMC5434569. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28511685/>

The International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) and the Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): *International Childbirth Initiative* 2018.

Vedam, S (et al.) & GVtM-US Steering Council (2019). *The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States.* *Reproductive health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6558766/>

WHO recommendations: *intrapartum care for a positive childbirth experience.* Geneva: World Health Organization; 2018.

Hivatkozások

1. Danichevski K (et al.): Prescribing in maternity care in Russia: the legacy of Soviet medicine. *Health Policy*. 2008 Feb;85(2):242-51. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.08.001. Epub 2007 Sep 12. PMID: 17854946. 2022.03.02. ↑
2. Sheferaw ED (et al.): Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reprod Health*. 2017. doi: 10.1186/s12978-017-0323-4. PMID: 28511685; PMCID: PMC5434569. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28511685/> 2022.03.02. ↑
3. Sheferaw ED (et al.): Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia. *Reprod Health*. 2019. doi: 10.1186/s12978-019-0781-y. PMID: 31455400; PMCID: PMC6712647. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455400/> 2022.03.02. ↑
4. Sharma G (et al.): An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reprod Health*. 2019. doi: 10.1186/s12978-019-0668-y. PMID: 30674323; PMCID: PMC6345007. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30674323/> 2022.03.02. ↑
5. Bohren MA (et al.): Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol*. 2018. doi: 10.1186/s12874-018-0603-x. PMID: 30442102; PMCID: PMC6238369 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30442102/> 2022.03.02. ↑
6. Ravaldi C (et al.): Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055. Epub 2018 Mar 28. PMID: 29655941 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29655941/> 2022.03.02. ↑
7. Begley, C (et al.) (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive health*, 15(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280471/> 2022.03.02. ↑
8. Vedam, S (et al.) & GVtM-US Steering Council (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6558766/> 2022.03.02. ↑
9. Rubashkin N (et al.) Assessing quality of maternity care in Hungary: expert validation and testing of the mother-centered prenatal care (MCPC) survey instrument. *Reprod Health*. 2017 doi:10.1186/s12978-017-0413-3. Az egyik legjelentősebb hazai helyzetet vizsgáló kutatás. ↑
10. A törvény értelmezéséhez lásd: Dósa Ágnes (et al.): *Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Budapest, Wolters Kluwer, 2016. ↑
11. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 1. cím ↑
12. Az Európai Unió Alapjogi Chartája, amit 2000-ben fogadtak el Nizzában, kiemelkedő jelentőségű dokumentum. A Charta 2009-ben a Lisszaboni Szerződés részeként vált kötelező erejűvé a részes államok számára. Ezzel az emberi jogok védelme a közösségi jog részévé

- vált. A Charta tartalmazza többek közt az informed consent követelményét. ↑
13. Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába* (2. kiadás), Budapest, Medicina Kiadó, 1999, 597. „The Pregnant Patient’s Bill of Rights” („A terhes anyák jogai”). A dokumentum célja a szülészeti osztályok káros gyakorlatainak javítása. ↑
 14. BH2003. 453., BDT.2005.1261. ↑
 15. A törvény megfogalmazza, hogy a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. A törvény kiemeli, hogy az ellátást igénybe vevőnek joga van ahhoz, hogy számára érthető módon kapja meg a tájékoztatást, figyelemmel többek közt a lelkiállapotára és kívánságaira is. ↑
 16. Beauchamp, Tom L. – Childress, James F.: *A biomedikális etika alapelvei*, Oxford, Oxford University Press, 1979. ↑
 17. Az orvosi hivatás alapvető törvénye: „salus aegroti, suprema lex esto” („a beteg üdve a legfőbb törvény”). Gaizler Gyula – Nyéky Kálmán: *Bioetika*, Budapest, Gondolat Kör Kiadó, 2003, 20. ↑
 18. Málovics Éva (et al.): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról, in Hetesi E. (et al.) (szerk.): *A szolgáltatások világa*, Szeged, JATEPress, 2009, 250–264. ↑
 19. Gaizler-Nyéky: *Bioetika*, 110. Az orvostársadalom felépítése ma is tekintélyelvű. ↑
 20. Gaizler-Nyéky: *Bioetika* ↑
 21. Belizán JM (et al.): Every woman in the world must have respectful care during childbirth: a reflection [published correction appears in *Reprod Health*. 2020 Jul 23;17(1):112]. *Reprod Health*. 2020;17(1):7. Published 2020 Jan 22. doi:10.1186/s12978-020-0855-x 2022.03.02. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6975084/> ↑
 22. v.ö.: The International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) and the Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): International Childbirth Initiative 2018; Royal College of Midwives (RCM): Midwifery care in labour guidance for women in all settings 2018; Genfi deklaráció. ↑
 23. Bohren MA (et al.): How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019 Nov 9;394(10210):1750-1763. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0. Epub 2019 Oct 8. PMID: 31604660; PMCID: PMC6853169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31604660/> 2022.03.02. ↑
 24. Berta M (et al.): Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019. doi: 10.1186/s12884-019-2620-0. PMID: 31801479; PMCID: PMC6894325 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31801479/> 2022.03.02. ↑
 25. Uo. ↑
 26. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World

Health Organization; 2018. ↑

27. Málovics: *Paternalizmus vagy közös döntés?* 250–264. ↑

28. Childress, James F.: Paternalism in Healthcare and Health Policy In: Public Bioethics DOI: 10.1093/med/9780199798483.003.0003 2020. 38–52. ↑

29. Fernández-Ballesteros, R (et al.): Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? 2019 *Frontiers in Psychology* 10:1460 DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01460 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611139/> 2022.03.02. ↑

30. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018. doi: 10.1186/s12978-018-0466-y. PMID: 29409519; PMCID: PMC5801845. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29409519/> 2022.03.02. ↑