

Frank A. Chervenak MD, Amos Grünebaum MD

## Otthonaszülés: a szülészorvos etikai válasza

A szülészorvosi etika szakmai felelősségérzete hatásos ellenszert kínál az anyai jogokat hangoztató leegyszerűsítésekre.

Nemzetközi munkacsoportunk munkájának központi kérdése a tervezett otthonaszülés és a szülész szakma erre adott megfelelő válasza. A munkacsoport tagjai: egy német szülészorvos (dr. Birgit Arabin, Phillips Universität Marburg), egy brit gyermekneurológus (dr. Malcolm I. Levene, University of Leeds), egy gyermekgyógyász (dr. Robert L. Brent PhD, Thomas Jefferson University) és egy orvosetikai (Laurence B. McCullough PhD, Baylor College of Medicine).

Azért döntöttünk a vizsgálócsoport felállítására mellett, mert az Egyesült Államokban egyre népszerűbb az otthonaszülés, a szakmai társaságok és az európai törvények részben büntetik, részben támogatják az otthonaszülést,<sup>1,2</sup> a magunk intézményében pedig úgy tapasztaljuk, hogy a tervezett otthonaszülést súlyos szövődmények kísérik.

2013 márciusában részt vettem az Institute of Medicine és a National Research Council által az otthonaszüléssel kapcsolatos kutatások legfrissebb adatait ismertető rendezvényen (*An Update on Research Issues in the Assessment of Birth Settings*).<sup>3</sup> Képviselettel magát a konferencián az American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), az American Academy of Pediatrics (AAP), a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) és más egyetemi tudományos intézmények, ahol az egyik szerző (FAC) bemutatta a CDC adatainak első elemzését,<sup>4</sup> mely a tervezett otthonaszülés fokozott kockázatát igazolta.<sup>3, 134–136. o.</sup>

Nemzetközi kutatócsoportunk minden tagja számára egyértelmű, hogy a CDC születési adatainak további elemzése szükséges, mielőtt megbízható tudományos beszámolót állítanánk össze a tervezett otthonaszületek kimeneteléről az Egyesült Államokban.

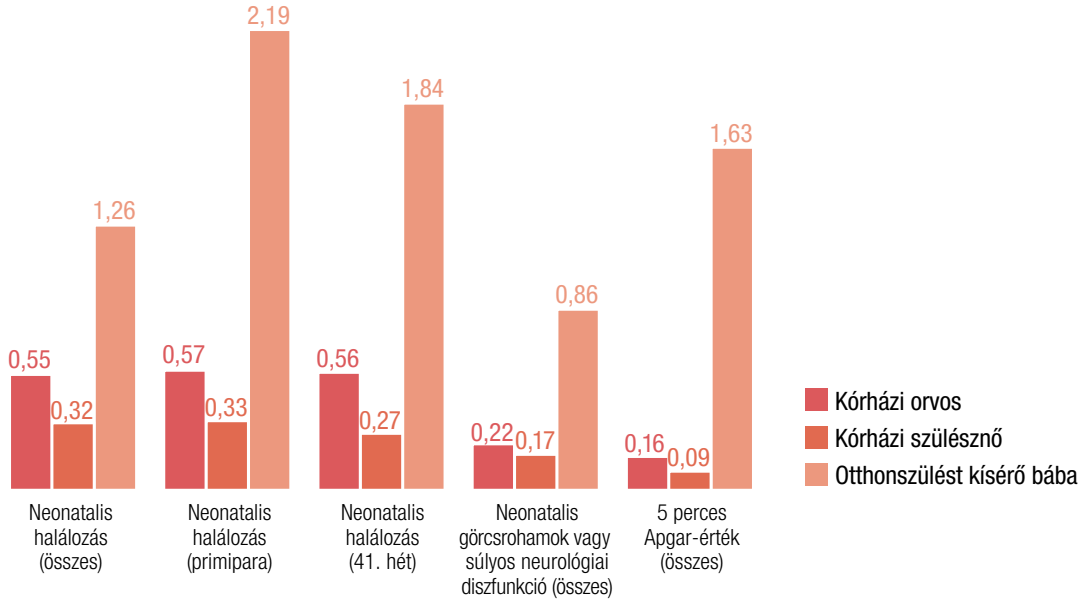
Jelen közleményünkben munkacsoportunk eddigi adatait adjuk közre és ismertetjük azok klinikai vonatkozásait. A hivatkozások a releváns tudományos és etikai szakirodalom átfogó elemzését nyújtják.

Az analízisbe bevontuk a bábák részvételével terminusban lezajlott otthonaszületek, valamint kórházban, szülésznők és orvosok vezetésével egyes terhesség végén lezajlott születek kimenetelét, melynek végén legalább 2500 grammos újszülött jött a világra. A komparátor csoportot olyan nők alkották, akik bába/szülésznő jelenlétében tervezetten otthon vagy kórházban születtek. Eddig a neonatalis kimenetelét,<sup>5,6</sup> az Apgar-pontszám megbízhatóságát<sup>7</sup> és a kockázatbecslést elemeztük.<sup>8</sup> Megállapításaink ismertetése előtt hangsúlyozni szeretnénk, hogy az eddig elvégzett elemzések egybehangzóan azt jelzik, hogy a szülésznő vezetésével lezajló kórházi születek kapcsán hasonló, sőt jobb a kimenetel, mint az orvos által vezetett kórházi születek esetében.

Vizsgálatunk során abból az alapfeltevésből indultunk ki, hogy a bábák által vezetett otthonaszületek több kockázatot rejtnek, mint a szülésznők vagy orvosok által vezetett kórházi születek. E hipotézist mélyrehatóan teszteltük, miközben szigorúan tartottuk magunkat az elfogadott statisztikai standardokhoz.

1. ábra

Az 1000 kórházi kimenetelre számított kockázat, orvosra, kórházi szülésznőre és otthonszülést kísérő bábára vonatkozóan



Az újszülöttkori kimeneteket illetően azt találtuk, hogy az Egyesült Államokban a bábák által vezetett tervezett otthonszülések (1. ábra) kapcsán szignifikánsan nagyobb a relatív kockázata (RR, relative risk) annak, hogy az 5 perces Apgar-pontszám 0 (1,63/1000 szülés; RR 10,55, 95%-os megbízhatósági tartomány [CI, confidence interval] 8,26–12,93), illetve hogy az újszülöttnél görcsrohamok vagy súlyos neurológiai működészavar jelentkezik (0,86/1000 szülés; RR 3,8, 95% CI 2,8–5,16). Azt is kimutattuk, hogy a bábák által vezetett tervezett otthonszülés szignifikánsan nagyobb relatív kockázatot jelent az összegzett halálozás (1,26/1000 szülés; RR 3,87, 95% CI 3,03–4,95), a  $\geq 41$ . hetes terhességi kor (1,84/1000 szülés; RR 6,76, 95% CI 4,42–10,36), valamint a primipara státusz szempontjából (2,19/1000 szülés; rr 6,74, 95% CI 4,55–9,96). Jelen közleményünkben arról is beszámolunk, hogy az otthonszülés 10000 szülésre számítva 9,32-dal emeli az összegzett neonatalis mortalitást, míg a korai neonatalis mortalitás szempontjából az otthonszüléshez társul többlet 10000 szülésre számítva 7,89.<sup>6</sup>

Azt találtuk, hogy a tervezett otthonszülések kapcsán a bábák az esetek 52,44%-ában minősítik az 5 perces Apgar-értéket 10-esnek, szemben a kórházi szülésznők esetében észlelt 3,71%-os és az orvosok esetében észlelt 3,67%-os aránnyal, ami 28,95-os esélyhányadost (OR, odds ratio) (95% CI 28,4–29,5) jelent. Ezt látva arra a következtetésre jutottunk, hogy a tervezett otthonszüléseknél részt vevő bábák esetében elfogadhatatlan torzítás áll fenn a magasabb Apgar-pontszámok irányában.<sup>7</sup>

Az adatok azt tükrözik, hogy a bábák közreműködésével lezajló tervezett otthonszülések nem kis kockázatúak, mint azt egyesek hangoztatják, hanem olyan, szignifikáns kockázatot jelentő faktorok állnak fenn, melyek kívül esnek az ACOG és az AAP által a tervezett otthonszülésekre felállított kritériumrendszeren. Ilyen például a medencevégű fekvés (1/135 szülés; OR 3,19, 95% CI 2,87–3,56); a császármetszéssel végződött korábbi szülés (1/22 szülés; OR 2,08, 95% CI 2–2,17); az ikerterhesség (1/156 szülés; OR 2,06, 95% CI 1,84–2,32); valamint a betöltött 41. hetes terhességi kor (1/3,54 szülés; OR 1,71, 95% CI 1,68–1,74). Ezen túlmenően az is bebizonyosodott, hogy az otthonszülésnél segédkező bábák közül csak minden harmadik baba felel meg az ACOG és az AAP által megkövetelt kritériumoknak.<sup>8</sup>

Az egyesült államokbeli szülések legnagyobb, legmegbízhatóbb adatbázisán alapuló analíziseink egyértelműen azt dokumentálják, hogy a bábák segítségével lezajló tervezett otthonszülések esetében szignifikánsan fokozódik annak esélye, hogy az 5 perces Apgar-pontszám 0, az újszülöttnél görcsrohamok vagy súlyos neurológiai károsodásra utaló tünetek jelentkeznek, illetve nagyobb arányú a korai és az összegzett újszülöttkori halálozás. Az otthonszülések során a bábák által megadott Apgar-pontszámok valószínűsíthetően gyakran kétes értékűek, és a bábák által az otthonszülésekre vonatkozóan elvégzett kockázatbecslés legjobb esetben szuboptimális. A jelentős, ámde megelőzhető kedvezőtlen neonatalis kimeneteket, az erősen

elfogult Apgar-pontszámokat és az elégtelen kockázatbecslést látva a szülés szakma képviselői nem tehetnek úgy – és nem is szabad, hogy úgy tegyenek –, mintha semmi nem történné.

Az egészségügyi ellátás minősége iránt aggódó szülésznőgyógyászok, kórházvezetők és egészségpolitikusok választát a szülészeti etika szakmai felelősségvállalása kell hogy diktálja. A skót orvosetikos, John Gregory (1724–1771) és az angol orvosetikos, Thomas Percival (1740–1804) mérföldkönek számító munkája alapján a szülészeti etika szakmai felelőssége azt követeli, hogy három etikai követelménynek megfeleljünk, és munkánk során megtaláljuk közöttük az egyensúlyt: a várandós érdekeinek szem előtt tartása; a várandós autonómiájának tiszteletben tartása; és a magzat érdekeinek érvényre juttatása.<sup>9</sup>

A szülészeti etika szakmai felelősségérzete hatásos ellenszert kínál az anyai jogokat hangoztató leegyszerűsítésekre, azaz arra az álláspontra, mely szerint a várandós nő jogai abszolút meghatározóak a mindennapi szülészeti gyakorlat etikájában. E szülészeti etikai szemlélet értelmében a szülészornak csupán nondirektív tanácsadást szabad nyújtania az alternatív szülési lehetőségekről. A nondirektív tanácsadás azt jelenti, hogy az orvosnak be kell mutatnia a tervezett otthoni szülés és a tervezett kórházi szülés kimeneteleire vonatkozó információkat egyaránt, azonban nem szabad ezeket minősítenie és ily módon ajánlásokat megfogalmaznia, kerülnie kell „a nő azon jogával való ütközést, hogy orvosi információkon alapuló döntést hozzon szülése módjáról”.

A fent összegzett bizonyítékokra alapozott szülészeti etika szakmai modellje elutasítja az anyai jogokra hivatkozva megfogalmazott leegyszerűsített szemléletet, mivel az nem vág egybe a szakmai integritással. Ehelyett a tervezett otthoni szülést fontolgató várandóst gondozó orvosnak nemcsak arról kell tájékoztatnia a terhest, hogy az otthoni szülés kapcsán jelentősen emelkedik a kedvezőtlen kimenetek kockázata, hanem a kimenetekkel és az ellátás minőségével kapcsolatos bizonyítékok alapján határozottan ellene kell állást foglalnia. Mivel ezek a kedvezőtlen kimenetek csak kórházi körülmények között kerülhetnek el, a szülészornak el kell magyaráznia, hogy a tervezett otthoni szülésben való részvétel nem felel meg a szakmailag felelős szülészeti ellátásnak.

Az orvosnak a tájékoztatás során arra is ki kell térnie, hogy amennyiben a várandós mégis az otthoni szülés mellett dönt, és ő vagy gyermeke a szülés során sürgős kórházi ellátásra szorul, az ítéletektől mentesen, a megfelelő módon fog történni. Mivel az otthoni szülés kérdésében nem áll fenn klinikai egyetértés, az élőlények védelmének etikája nem teszi lehetővé, hogy véletlen besorolások, kontrollós vizsgálatokban vessük össze a tervezett

otthoni szülések kimenetelét a kórházi szülésekkel szemben. A szülészornak ezért szigorú szakmai felelőssége, hogy akkor se hívja fel a várandósok figyelmét az ilyenfajta vizsgálatokra, ha ilyenekre sor kerülne.

Hangsúlyozzuk, hogy az erősen direktív szemlélet is tiszteletben tartja minden várandós nő jogát arra, hogy kellő információk birtokában önálló döntéseket hozzon saját testéről és szüléséről. A szülészornak szakmai felelősségérzete által diktált, a nő autonómiáját tiszteletben tartó feladata a tájékoztatás során, hogy minden várandóst felvérteszen azokkal a bizonyítékokra alapozott információkkal, melyek birtokában az ésszerű módon gyakorolhatja autonómiáját. E körbe tartozik a bizonyítékokon alapuló ajánlások megfogalmazása a kórházi szülés mellett és az otthoni szülés ellen.

A bizonyítékokra alapozott tanácsadás nem mond ellent a várandós által hozott döntés önkéntességének, ahogyan ez nyilvánvaló a terhesgondozásban már korábban is rutinszerűen megfogalmazott ajánlások esetében, mely szerint minden terhes nőnek tartózkodnia kell a dohányzástól és az alkoholfogyasztástól. Még pontosabban fogalmazva, a bizonyítékokra alapozott ajánlások nem testesítik meg orvosi paternalizmust, mivel ezek az ajánlások nem károsítják, hanem erősítik minden terhes nő autonómiájának érvényre juttatását.

A szülészornak megkerülhetetlen szakmai felelősségük van a tervezett otthoni szülések számában az Egyesült Államokban észlelhető emelkedés mögött álló okok feltárásában. Szükségszerű, hogy a beavatkozások a lehető legnagyobb mértékben bizonyítékokra alapozva történjenek, ami megfelelő módszer arra, hogy következetesen elkerüljük a szükségtelen beavatkozásokat. Bizonyítottuk, hogy a császármetszések aránya *felelősen csökkenthető* azzal, hogy a betegbiztonságot szolgáló megbízható környezetet hozunk létre és tartunk fenn.<sup>11,12</sup> Sürgető szükségszerűség az is, hogy a szülészornak az otthoni szülésekéhez hasonló környezetet teremtsenek a kórházakban, emellett szorgalmazzák a minősített bábakkal való együttműködést, akik értékes és elismert tagjai lehetnek a szülészeti ellátást biztosító teamnek.<sup>9</sup>

Összefoglalva, a szülészornak szakmai felelőssége, hogy elmagyarázza a várandós számára az otthoni szülés dokumentált, megelőzhető fokozott neonatalis kockázatát és kétes minőségét, és határozottan ellene foglaljon állást, különösen annak fényében, hogy az otthoni szülések során nincs lehetőség a gyors és hatékony cselekvésre, ha szülészeti veszélyhelyzet lép fel. A szülészornak ugyanakkor olyan erős, biztonságos környezetet kell teremtenie, mely az otthoni szüléshez hasonló élményt nyújt a kórház falain belül.

Amennyiben a szülészorvos eleget tesz szakmai felelősségének, az otthonszülések számának az Egyesült Államokban tapasztalható emelkedése a kórházi szülések javára fordítható, ami megelőzi a tervezett otthonszülésben részt vevőket fenyegető fokozott perinatalis morbiditást és mortalitást.

**Dr. Chervenak** a Weill Medical College of Cornell University Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának alapító tanszékvezető professzora (New York, Egyesült Államok).

**Dr. Grünebaum** a Weill Medical College of Cornell University Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának tanszékvezető professzora (New York, Egyesült Államok).

**Home birth: The obstetrician's ethical response • Contemporary OB/GYN / vol 60 / no 5 / May 8, 2015**

#### HIVATKOZÁSOK

1. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B. Planned home birth: the professional responsibility response. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:31–38.
2. Chervenak FA, McCullough LB, Arabin B. Obstetric ethics: an essential dimension of planned home birth. *Obstet Gynecol.* 2011;117:1183–1187.

3. Institute of Medicine and National Research Council. *As Update on Research Issues in the Assessment of Birth Settings.* Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
4. National Center for Health Statistics. *Vital Statistics Data Available Online: Birth Data Files.* Accessed February 28, 2015. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data\\_access/VitalStatsOnline.htm](http://www.cdc.gov/nchs/data_access/VitalStatsOnline.htm).
5. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Apgar score of zero at five minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:e1–323. e6
6. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006–2009. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211:390.e1–7.
7. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Chervenak FA. Justified skepticism about Apgar scoring in out-of-hospital births. *J Perinat Med.* 2014 Apr 16. pii: /j/jpme.ahead-of-print/jpm-2014-0003/jpm-2014-0003.xml. doi: 10.1515/jpm-2014-0003. [Epub ahead of print]
8. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Chervenak FA. Perinatal risks of planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Oct 15. pii: S0002-9378(14)01063-1. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.021. [Epub ahead of print]
9. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL. The professional responsibility model of obstetric ethics: avoiding the perils of clashing rights. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:315.e1–5.
10. ACOG Committee Opinion No. 476: Planned home birth. *ACOG Committee on Obstetric Practice. Obstet Gynecol.* 2011;117:425–428.
11. Grünebaum A, Chervenak F, Skupski D. Effect of a comprehensive patient safety program on compensation payments and sentinel events. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:97–105.
12. Grünebaum A, Dudenhausen J, Chervenak FA, Skupski D. Reduction of cesarean delivery rates after implementation of a comprehensive patient safety program. *J Perinat Med.* 2013;41:51–55.

## KOMMENTÁR

**Dr. Vida Gábor**

*Maternity Szülészeti és  
Nőgyógyászati Magánklinika,  
Budapest*

Chervenak és Grünebaum professzorok az Egyesült Államokban egyre népszerűbbé váló otthonszülések adatait elemzik saját intézetükben. A vizsgálathoz az apropót az Institute of Medicine és a National Research Council közös rendezvénye adta, ahol ismertették az otthonszülésekkel kapcsolatos megfigyelések aktuális eredményeit. A konferencián az adott területtel kapcsolatban lévő legmagasabb szakmai szervezetek képviseltették magukat. A kutatási adatok alapján az otthonszülések fokozott kockázata volt megállapítható.

Terminusban, egyes várandósságokból világra jött, 2500 gramm vagy nagyobb születési súlyú újszülöttek adatait elemezték. Az elemzés az újszülöttkori kimenetelre, az újszülöttek Apgar-értékeire vonatkozott, valamint áttekintették a szülés előtti kockázatbecslést.

Terminusban, egyes várandósságokból világra jött, 2500 gramm vagy nagyobb születési súlyú újszülöttek adatait elemezték. Az elemzés az újszülöttkori kimenetelre, az újszülöttek Apgar-értékeire vonatkozott, valamint áttekintették a szülés előtti kockázatbecslést.

A szerzők kutatási eredményei alátámasztották a kutatás hipotézisét, mely szerint a bábák által kísért tervezett otthonszülés kapcsán szignifikánsan nagyobb a relatív kockázata az 5 perces Apgar-score nullás értékének, az újszülöttkori görcsrohamoknak vagy súlyos idegrendszeri károsodásoknak, emelkedik az összesített mortalitás kockázata a 41. hetet betöltött várandósok és a primiparák esetében. A grafikon adatai önmagukért beszélnek.

Érdekes és átgondolandó az otthonszüléskor a bábák által adott és a kórházi születéskor az orvos és/vagy szülésznő által meghatározott Apgar-értékek közötti kirívó különbség, mely felveti az otthonszüléseket kísérő bábák elfoglaltságát a score meghatározásakor. Akár a tudatos felülértékelés szándéka is felmerült.

A vizsgálat adatai a tervezett otthonszülés előtti kockázatbecslés elégtelen voltára is rámutatnak. Kiderült, hogy a tervezett otthonszüléseket kísérő bábák harmada nem felel meg a szakmai társaságok által támasztott követelményeknek.

Mindezek alapján a szerzők azt a következtetést vonják le a vizsgálat eddigi adataiból, hogy a szülésznőnek nem elég csupán felvilágosítania a várandóst a tervezett otthonszülés és a tervezett kórházi szülés kockázatairól, előnyeiről és hátrányairól, nem elég csupán felhívni a terhes figyelmét arra, hogy az otthonszülés során jelentősen emelkedik a kedvezőtlen kimenetelek aránya, hanem határozottan a tervezett otthonszülés ellen kell állást foglalnia és ezt az állásfoglalását bizonyítékokon alapuló tényekkel kell

alátámasztania. Mindez nem jelenti a várandós autonómiájának korlátozását, sőt segít annak kiteljesedésében a döntéshozatal során. Ez feltétlenül újdonság az eddigi általános, a szülész orvos határozott ellenző véleményét nélkülöző, csupán a bizonyítékokon alapuló pró és kontra érveket felsoroló tájékoztatáshoz képest, kiemelve, hogy a fentiek a szülész orvos alapvető etikai kötelezettségét jelentik.

Hazánkban néhány évvel ezelőtt ért csúcspontjára az otthonszülés körüli – meggyőződésem szerint mesterségesen gerjesztett – hisztéria. Törpe kisebbség nagy hanggal, médiatámogatással, demonstrációkkal, civil szervezetek által felkarolva tűzte zászlajára a tervezett otthonszülést. Szekértáborok alakultak. Egyik oldalon a szülész-nőgyógyász szakma véleménye ellenében a női szabadságjogokat védelmező önjelölt proféták, az individualizmust minden fölé helyező önmegvalósítók, a konvenciókat sutba hajító szubkultúrák „bozótharcosai”, a megvezetett szerencsétlenek, a másik oldalon – az otthonszülés hívei szerint – a medikalizált, orvoscentrikus szüléskor pápai, előjogikat féltő, minden változástól mereven elzárkózó orvosok álltak. Személyes ellentétek, peres eljárások, szélsőséges vélemények szították a tüzet. Végül megszületett az otthonszülés törvényi szabályozása, remélhetjük, a viták csendesednek. Ne feledjük, évente mintegy 200–400 szülés zajlik tervezetten otthon, ez az éves, közel 100 ezer élveszületéshez képest elenyésző. Mégsem szabad elsöpörni azokat az érveket, melyeket az otthonszülés pártolók felemlítenek. Nem helyes, ha a szülészeti szakma most, hogy a szabályozás létrejött, nem próbál a szabályok keretein belül nyitni a „másik oldal” felé.

Itt térek vissza Chervenak és Grünebaum professzorok cikkéhez. A tanulmány adatai szerint a kórházi körülmények között, szülésznő által vezetett szüléseknek kedvezőbbek a mutatói a szülész orvosok által vezetett szülésekhez képest. Ez mindenképpen elgondolkodtató, részben alátámaszthatja a tervezett otthonszülést előnyben részesítő várandósok véleményét.

Mik azok a tényezők, melyek a tervezett otthonszülést választók körében indokként leggyakrabban felmerülnek?

Jól ismert és nem vitatható tény, hogy minden asszony abban a környezetben szül a leggyorsabban, a legkönnyebben, ahol biztonságban érzi, és kellőképpen el tudja engedni magát. Sokak szerint a kórházi környezet rideg, személytelen, és ezeknél a szüléseknél nem a szülő nő és újszülöttje játssza a főszerepet, hanem a kórházi személyzet, elsősorban a szülést vezető orvos. A kórházban történő szülések során sok vajdó sérelmezi azt, hogy a legtöbb intézményben kötelező előkészítési forma a beöntés és a szeméremszőrzet egy részének a leborotválása, hogy túlságosan gyakoriak a belső vizsgálatok. Zavaró a folyamatos CTG-monitorizálás is, mivel ez a vajdót az ágyhoz köti, nem veheti fel a számára legkényelmesebb testhelyzetet. A kórházban

## KOMMENTÁR

vezetett szülések esetén szinte minden alkalommal (főleg először szülőknél) történik gátmetszés. Ugyancsak feleslegesnek tartják a szülő nők a korai köldökzsinór-ellátást, az azonnali nyákszívást, szemellátást. Ezzel szemben otthonszülés során a baba nyugodt, otthoni környezetbe, csendbe és félhomályba, az anya karjaiba érkezik, ezáltal csökkenthető a születéssel járó stressz. Ilyen körülmények között természetesen megvalósítható a korai melle helyezés is, vagyis a szülés után közvetlenül szophat az újszülött. A szopás során felszabaduló oxytocin gyorsítja a méhlepény leválását, segíti a méh összehúzódását, így csökkenti az anyai vérvesztéséget. Az újszülött pedig colostrumhoz, azaz előtejhez jut. Az édesanya és az újszülött korai együttléte sokat ad lelkiileg mindkettejük számára. Összességében tehát az otthonszülés támogatói úgy érzik, hogy kórházi környezetben túlságosan sok felesleges beavatkozás történik, nem hagyják, hogy a szülés a maga természetes ritmusában haladjon, és ez újabb beavatkozásokat (esetleg császármetszést is) tesz szükségessé.

A szerzők elemzésének ismeretében úgy tűnik, mindennek lehet, sőt van is valóságalapja.

Valóban elképzelhető, hogy az orvos jelenléte, a jelenlét szükségességének igazolása – különösen választott orvos esetében – felesleges beavatkozások mozgatórugója lehet. Valóban szük-

séges-e a folyamatos CTG-monitorizálás, kell-e minden esetben burkot repeszteni, indokolt-e minden bekötött oxytocin-infúzió, tényleg elkerülhetetlen-e a gátmetszés ily gyakori alkalmazása? Hanyattfekvő helyzet, lábtartók, neonfény elválaszthatatlan velemjárói egy születésnek?

Meggyőződésem, hogy a várandósok orvosválasztásánál lényegesebb szempont az orvos emberi oldala, mintsem a szakmai. Azt hiszem, a szülő nőnek az orvosában támaszt kell látnia, megnyugtató, odaforduló embert, aki ha szükséges – és csak, ha valóban szükséges – orvosi minőségében is a legjobbat tudja nyújtani. Csupán hely és idő kell, hogy ez a kapcsolat kialakuljon az orvos és páciense között. Mindkettő megteremthető feltétel.

Ennek megfelelően, ha mi, szülészvosok képesek vagyunk felismerni és elfogadni a várandós asszonyok szükségleteit és azoknak meg tudunk felelni, meggyőződésem szerint csökkenni fog a tervezett otthonszülések száma és ebből következően az ott előforduló kedvezőtlen kimenetek, szövődmények gyakorisága is.

Legyen lehetősége a szülő nőnek, a családnak az otthonszülés élményére kórházi keretek között. Ezen kell dolgoznia a kórházi szülészeti osztályok szülészeinek és szülésznőinek egyaránt.