

A Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés: Az optimális szülészeti ellátás emberi jogi szempontból

írta Robbie Davis-Floyd, Debra Pascali-Bonaro, Rae Davies és Rodolfo Gomez Ponce de
Leon

Copyright 2010 Midwifery Today and the International MotherBaby Childbirth Organization

Fordította: Babcsányi Judit

Lektorálta: Csomóné Lindmayer Katalin – Semmelweis Mozgalom a szülészeti
újjászületéséért, elnök katalin@lindmayer.hu

*Pontosan milyen jogai vannak a szülő nőknek? Látogasson el a www.imbci.org honlapra,
hogy elolvashassa az IMBCI 10 lépését és megtudhassa, hogy az Ön által vagy Önnek nyújtott
ellátás megfelel-e az optimális AnyaBaba-barát ellátási modellnek.*

A szülés vajon emberi jog? Egyértelműen nem, mivel a világon nők milliói meddők vagy más körülmények és komplikációk miatt nem szülhetnek akkor sem, ha szeretnének. Nincs garantált joga senkinek ahhoz, hogy teherbe eshessen és szülhessen. Akkor miért beszélünk a szülésről, mint emberjogi kérdéssről? Azért, mert mélységesen hiszünk abban, hogy azoknak a nőknek, akik teherbe estek, biztosítani kellene a humánus és tudományos bizonyítékokon alapuló szülészeti ellátást, amit mi alapvető emberi jognak tekintünk. Nem a szüléshez való jogról van szó – ilyen nem létezik –, hanem a megfelelő ellátáshoz való jogról, ha szülünk.

Ennek a jognak kézenfekvőnek és adottnak kellene lennie mindenhol, ám ha szétnézünk a világban, azt láthatjuk, hogy a fejlett és fejlődő országokban egyaránt nők milliói nem kapják meg a megfelelő szülészeti ellátást. Friss antropológiai etnográfiaiak szerint indiai, mexikói, tanzániai, pápua-új-guineai, horvát, kanadai és máshol élő nők ugyanazt mondják a klinikákon és kórházakban kapott ellátásról. „Közszemlére tesznek, leborotválnak, megvágják, magadra hagynak, nem jönnek, amikor hívod őket, és nem engedik, hogy a

rokonaid veled legyenek.” Itt egy nagyon jellemző idézet Pauline Kolenda antropológustól, amely egy indiai kis falu melletti kórházban levezetett szülést mutat be:

„Mielőtt belépünk a kórházba, el kell döntenünk, mennyi pénzt kell adnunk. Nem engednek be, ha nem adunk nekik pénzt. Amikor a nő belép a kórházba, az orvos durván viselkedik vele. Néha a nővérek verik is a nőt. Nem engedik, hogy a közeli és szerető rokonaink, akik velünk jöttek otthonról, mellettünk maradjanak. Ők maguk nem maradnak a közelünkben. Arra vágyunk, hogy bárcsak valaki fogná a derekunkat, amikor jönnek a fájások, de nem teszik meg. Nem szabad még nyögnünk sem, mert akkor kigúnyolnak, kinevetnek, ami nagyon bántó, csendesen kell szülnünk. Ha túl sokat nyögünk, néha pofon is vághatnak. Ha esetleg mondunk valamit, azzal a kérdéssel vágnak vissza, hogy vajon ők hívtak-e minket ide. „Akkor miért jöttél ide? Haza is mehatsz!” A kórházban ágyra kell feküdnünk a szüléshez. A kórházban bemetszik a hüvelyfalat egy pengével, hogy kitágítsák. Feleslegesen megsebzik a testünket. A szülés után szörnyen éhesek vagyunk, de szerencsésnek érezhetjük magunkat, ha kapunk egy csésze teát.” (1)

Nézzük egy pápua-új-guineai vidéki kórházi szülés leírását Julia Byford ausztrál nővér-bába és egyben antropológus doktori disszertációjából:

„Mispát, egy 20 éves fiatalasszonyt, ma reggel vették fel a kórházba. Az orvos megvizsgálja, hüvelyi vizsgálatot végez, és elmondja nekem, hogy 4-5 cm-nyire kitágult, ... és hogy elkezdhetik a Syntocinon infúziót ... A szülőszoba kicsi ... Van benne mosdó, de nincs vízvezeték, hogy használni lehessen. Mindegy, úgyszincs ma víz a kórházban ... Mispa azt kéri, hadd ülhessen a földön, és megengedik neki, de ahogy a vajúdása előrehalad, a nővér azt mondja, fent kell maradnia az ágyon, hogy a személyzet meg tudja vizsgálni. Az idő legnagyobb részében egyedül hagyják. Nem evett egész nap és csak kevés vizet ivott. Ajkai szárazak és feldagadtak. A személyzet több hüvelyi vizsgálatot is végez, de nem készítenek feljegyzéseket [úgyhogy műszakváltás után jön a következő vizsgálat]...

A vajúdás második szakaszában minden alkalommal, amikor Mispának fájása van, az orvos bedugja néhány ujját Mispa hüvelyébe a gát és a baba feje közé, hogy tágítsa a gátat. Mispa ezt kínszenvedésnek érzi, és még jobban szorítja a karomat...

[A szülés után] nem lepődöm meg, de csüggedt vagyok amiatt, hogy az újszülött fakó, sápadt és újraélesztésre van szüksége. Az orvos úgy segíti a méhlepény megszületését, hogy egyik kezét Mispa alhasára helyezi, és a másikkal meghúzza a köldökzsinórt ... amint kint van a méhlepény, Mispánál komoly szülés utáni vérzés lép fel. Az orvos

megkér, hogy növeljem az intravénás infúzió sebességét és kézzel magasra benyúlva Mispa hüvelyébe eltávolít néhány bent maradt méhlepénydarabot. Ezt magyarázat és érzéstelenítés nélkül teszi. ... Talán a legnehezebben elfogadható dolog számomra az, hogy egyszerűen emberileg nem nyújtanak segítséget Mispának. Egyszer sem kérdezték meg őt, csak megmondták neki, mit tegyen és mit ne. ... Senki sem foglalkozott az olyan alapvető igényeivel, hogy enni vagy inni kapjon, és senki sem kérdezte meg, hogy ki kell-e mennie WC-re. Olyan volt, mintha Mispa, a hús-vér ember nem létezne” (2)

Más szóval, nagyon erősen sérült Mispa alapvető emberi joga a humánus egészségügyi ellátáshoz; ő és újszülöttje nem az orvosi ellátás miatt, hanem annak ellenére maradtak életben. Ez az ellátás nem az anya igényeinek figyelembevételén vagy tudományos bizonyítékokon alapult, hanem a vajúdás és szülés levezetésének nyugati modelljén – ez egy hagyományos, nem bizonyítékokon alapuló rendszer, amely az orvost, mint szakértőt definiálja, a bábákat és nővéreket, mint az ő szakértői segítőit, és az anyát, mint laikus páciens, aki parancsoló személyekre támaszkodik, hogy az újszülött sikeresen megszülethesse. Ez a globálisan uralkodó modell azt eredményezi, hogy gyakorlóit általában csak a szülés orvosi levezetésére képzik ki, és nem képzik ki őket arra, hogyan támogassák a szülés normális pszichológiai és fiziológiai folyamatát.

Helene Vadeboncoeur erre a következtetésre jutott kanadai kórházi szülések etnográfijáról szóló művében: „*Míg a kórházban a nőekkel kedvesen bánnak, és figyelnek rájuk, nagyon kevésbé tisztelik a szülés folyamatát és az esemény fiziológiai természetét*” (3) Tanulmánya sok másikkal összhangban azt mutatja, hogy az orvosi nézőpont egyáltalán nem érti, hogyan kell támogatni a normális szülést a fejlett és fejlődő országokban. Az orvosi szakma globálisan nem tájékozott a normális szülés terén, és ez hibás ellátást, túl sok beavatkozást eredményez, ami sérti a nők alapvető emberi jogát a vajúdás és szülés alatti megfelelő ellátáshoz.

Miből áll a megfelelő ellátás? Mi, akik régóta tanulmányozzuk a témát, valamelyest szaktekintélyként azt mondjuk, hogy a megfelelő szülészeti ellátásnak elsősorban és leginkább az anya lelkiállapotára kell fókuszálnia – a személyzet mindig tisztelettel és együttérzéssel kezelje őt és azon fáradozzon, hogy erősítse az anya bizalmát önmagában és szülési képességében. Másodsorban a megfelelő szülészeti ellátásnak biztos tudományos bizonyítékokon kell alapulnia a várandósság, a vajúdás, a szülés és a szoptatás normális fiziológiájáról. Ez alapján tehát mindegy, hogy első sorban maguk a bábák-e a vajúdás és szülés kísérői, mert a szülészeti praxisnak ideológiailag mindig a nemzetközileg bábai modellként ismert ellátáson kellene alapulnia. A globális paradigmát olyan szülészeti

gyakorlatra kellene cserélni, amely az optimális szülést támogatja, amilyen gyakorlatot például az Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (www.imbci.org) szorgalmaz.

A Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés:

Az optimális szülészeti ellátás 10 lépését a Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Szervezet (IMBCO), egy non-profit civil szervezet írta le 2008-ban. Az IMBCO az Egyesült Államokban alapított Összefogás a Szülészeti Ellátás Fejlesztéséért (CIMS) nevű szervezetből alakult ki, hogy a nemzetközi szintre összpontosítson. Az IMBCI 10 lépésének célja, hogy tökéletesítsük a teljes szülési folyamat alatti ellátást, és így életet mentünk meg, megelőzzük a szülészeti technológiák túlzott használatával okozott betegségeket és ártalmakat, és javítsuk az anyák és csecsemők egészségi állapotát az egész világon

A 10Lépés (IMBCI) a nők szülés alatti alapvető jogainak megerősítése. Oktatási célja, hogy globálisan felhívja a figyelmet a következőkre:

- mennyire fontos az anya szülési tapasztalatának minősége és milyen hatással van ez az eredményre;
- a nem megfelelő orvosi beavatkozások kockázata az anya és a csecsemő számára; a várandósság, szülés és szoptatás normális fiziológiáján, továbbá a nők egyéni igényeinek figyelembevételén alapuló tudományos bizonyíték az anya- és gyermek-központú ellátás előnyeiről.

Az IMBCI 10 lépésének eszközként elérendő célja, hogy világszerte felfigyeljenek a AnyaBaba-barát (bábai) ellátási modellre és gyakorolják azt – ez egy nőközpontú, nem beavatkozó megközelítés, amely javítja minden nő és csecsemő egészségi állapotát és közérzetét a várandósság, a szülés és a szoptatás időszakában, és amely garantálja a szülészeti ellátás legkiválóbb szintjét és a lehető legjobb eredményt.

Az IMBCI elismeri, hogy a nők jogai emberi jogok, és hogy a nőknek joguk van a tájékozott döntéshez, továbbá a bizonyítékokon alapuló ellátáshoz maguk és gyermekük számára. Az IMBCI felismeri a szülészeti gyakorlat hatását az anyák önbizalmára és a szoptatásra, továbbá a kulturális érzékenység és az ellátás folytonosságának fontosságát. Ezek a fő alapelvek az IMBCI 10 lépésével együtt át tudnák alakítani a szülészeti és szoptatási gyakorlatot az egész világon. A csecsemő- és anyai halálozási és megbetegedési ráták aggasztóak, az IMBCI cselekvésre szólít fel, hogy segítsen megvalósítani az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljait (MDG), és hogy javuljon az anyák és csecsemők ellátásának minősége az egész világon (www.un.org/millenniumgoals). Az IMBCI nem csak a MDG céljainak eléréséhez kínál szervezetet és kereteket, hanem a szülő nők jogainak elismeréséhez és támogatásához is.

A vajúadás és szülés alatti optimális ellátás biztosításán kívül az IMBCI az anyát és csecsemőjét egy egységnek tekinti, egy diádnak, akiket nem szabad elválasztani egymástól.

A Szoptatást Támogató Szervezetek Világszövetsége (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA), amely része az IMBCI technikai tanácsadó csoportjának, a következő nyilatkozatot adta ki a második WABA Világ fórumon a tanzániai Arushában 2002. szeptemberében:

„A szoptatás alapvető emberi jog, és egyetértés van abban, hogy a nők szoptatáshoz való jogának védelme közös ügye a nőmozgalmaknak és a szoptatási mozgalmaknak. A nők csak ott gyakorolhatják ezen jogukat teljes egészében, ahol a szociális és politikai környezet biztosítja a nemek egyenjogúságát, miközben felismeri a nők hozzájárulását a produktív és reprodukív feladatokhoz, beleértve a szoptatást is, és ahol a szoptatástámogatás minden formája elérhető. Ezért a nemek egyenjogúsága alapvető feltétele a szoptatási mozgalom működésének.”

Az IMBCI 10 lépéséből az elsőben ezen kérdések lényege kristályosodik ki. Az első lépés leszögezi, hogy az optimális szülészeti ellátásnak „minden nőt tisztelettel és méltósággal kell kezelnie, számára érthető nyelvezeten teljes körűen tájékoztatnia kell és be kell vonnia őt a döntésekbe saját és csecsemője ellátását illetően, továbbá biztosítani kell neki a jogot az informált beleegyezésre vagy elutasításra.”

Nemrégiben az IMBCI vezető ügyintézője, Rae Davies kutatást végzett az IMBCI országos képviselőinek körében. A válaszadók Argentína, Brazília, Peru, Belize, Haiti, Magyarország, Hollandia, Svájc, Szlovénia, Csehország, India, Izrael, Banglades, Új-Zéland és Kanada képviselői voltak. A képviselők foglalkozása sokféle: bábák, szülészorvosok, gyermekorvosok, dülák, szülésfelkészítők, laktációs tanácsadók, kutatók, szociológusok, szervezetek elnökei, írók, lobbisták és civil szervezetek alapítói. Mind az IMBCI támogatói.

A kutatás során arra kellett válaszolniuk, hogy az IMBCI 10 lépése közül melyek a legrelevánsabbak és legfontosabbak az ő országuk számára. Teljes volt az egyetértés abban, hogy az 1. lépés a legfontosabb. A bangladesi képviselő válaszában leszögezte, *„ijesztő a felismerés, hogy a bangladesi anyai halálozás 14 %-ának oka a várandós nő elleni fizikai erőszak vagy a nő sérülése. ... Lényegében gondoskodó viselkedésre lenne szükség ahhoz, hogy a bangladesi társadalomban eluralkodó krízist kezeljük.”* A cseh képviselő, Eliška Kodyšová szerint náluk *„úgy tűnik, a szülészeti ellátást nyújtók egyszerűen nem tudják, mennyire érzékeny egy szülő nő, és gyakran el akarják hallgattatni, ha túl hangos (igaz, mostanában egyre gyakrabban epidurális érzéstelenítés felajánlásával) vagy kritizálják elégtelen 'teljesítményét'. A kórházak erősen arra összpontosítanak, hogy a nőknek*

'biztonságos' szülést biztosítsanak minden lehetséges technológiával és beavatkozással. A bábákból orvosi szemléletű szülésznők lesznek."

A brazil képviselő, Daphne Rattner kiemelte, hogy náluk *„a legtöbb nővel szégyenletes módon tiszteletlenül bánnak ... csak páciensnek tekintik őket, és arra kérik őket sokat kiabálva, hogy sietessék a szülést, úgyhogy inkább traumatikus a tapasztalatuk, mint kellemes.”* Ez a sok országot érintő általános egyetértés az 1. lépés fontosságáról egyértelműen mutatja, mennyire fontos, hogy felhívjuk a figyelmet a szülésre, mint emberjogi kérdésre.

A kutatás válaszadói szerint az IMBCI 10 lépése közül a következő legfontosabbak:

a 2.: *„Ismeri és általánosan alkalmazza azt a bábai szakmai tudást és azon készségeket, amelyek a várandósság, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normál élettani folyamatait legoptimálisabban támogatják.”*

az 5.: *„Olyan gyakorlatot folytat, amely tudományos bizonyítékokon alapul, és amelynek jótékony hatása beigazolódott.”* és

a 6.: *„Elkerüli a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat.”*

A brazil képviselő megjegyezte, hogy *„mivel nincsenek bábáink, csak szülészetben dolgozó nővérek, nálunk a bábai tudást újra kell majd teremteni.”*, míg Új-Zélandi képviselőnk az mondta: *„nálunk én és sokan mások abban reménykedünk, hogy az IMBCI 5. és 6. lépése segít majd átnevelni az új-zélandi egészségügyi hivatalnokokat, orvosokat és bábákat arra, hogy elősegítsék, védjék és bátorítsák a fiziológiai szülést!”* ... A 2. lépés is fontos Új-Zélandon, mert sajnos a bábai tudás és készségek újjászületésére lenne szükség, amelyek a várandósság, a vajúdás, a szülés, a szoptatás és gyermekágyas időszak normális élettani folyamatait legoptimálisabban támogatják.”

Legtöbbünk nagyra becsüli a bábákra alapuló új-zélandi rendszert, ezért nagyon fontos képviselőnk megjegyzése, miszerint az új-zélandi bábáknak is dolgozniuk kell azon, hogy állandóan ragaszkodjanak az ellátás bábai modelljéhez. Hasonlóan elismerő szavakat hallottunk egy észak-európai képviselőnkől:

„Más a színvonal az olyan országokban, mint Hollandia és Svájc. Alapvetően minden lépést betartanak, ezért nehéz megmondani, melyik nem teljesül. Ha egyáltalán bármire szükség lenne, akkor arra, hogy fennmaradjon az ellátás bábai modellje a másodlagos és harmadlagos ellátási szinteken, és hogy gyógyszermentes fájdalomcsillapítást biztosítsanak (az epidurálok száma nő), és végül valószínűleg a szoptatás támogatása és népszerűsítése. Tehát a 2., a 4. és a 10. lépés. De mindezek nem a lépések ismeretével és teljesülésével

függenek össze, sokkal inkább azzal, hogy a személyzet mennyi időt fektet ezekbe. Minden intézménynek hatékonynak kell lennie és a lehető legjobban kell kihasználnia a forrásait (az emberi erőforrást is), így a személyes gondozás nagy része elvész...”

Az ilyen okok miatt dolgoztuk ki olyan gondosan az IMBCI 10 lépését a világ minden tájáról származó szakértők 2 évnyi munkájával, hogy egyformán alkalmazható legyen a fejlődő és a fejlett világ országaira és szülészeti intézményeire. A legtöbb országban erős az orvosi modell egyeduralma, ezért minden lehetséges erőfeszítést meg kell tennünk, hogy ezt a modellt a bábai ideológia és az anya- és gyermekközpontú gyakorlat váltsa fel.

Mortalitás és morbiditás

Jól ismert tény, hogy a világon több mint 500 000 nő hal meg évente szüléssel kapcsolatos problémák miatt. A szülés körüli anyai halálozás hirtelen fellépő okai többek között a vérzés, eklampszia, szepszis és az elakadt szülés. Ezért tartalmazza az IMBCI 8. lépése, hogy legyen elérhető és hozzáférhető a sürgősségi nőgyógyászati ellátás. Az IMBCI mégis elismeri, hogy nem ez az egyetlen megoldás az anyai és újszülött kori megbetegedési és halálozási arány csökkentésére. Az ilyen helyzetek mélyebb okai többek között a szegénység, alultápláltság, túlhajszoltság, alulfizettség és a nők általános kulturális leértékelődése – különösen a magas anyai halálozási arányú fejlődő országokban. A 7. lépés írja le, hogy ezeket a problémákat a forrásuknál is meg kell próbálni megakadályozni úgy, hogy megelőzzük a megbetegedést, elősegítjük a jóllétet és erősítjük a nőket.

Nem a halálozás az egyetlen probléma: a megbetegedés – az anya vagy a csecsemő szükségtelen sérülése — is komoly aggodalomra ad okot. Az IMBCI fő erőssége, hogy koncentrálna a tudományos bizonyítékok alapján ártalmatlan eljárások elkerülésére. Például: Az olyan kórházi szabályok, amelyek korlátozzák az anyát abban, hogy egyen vagy igyon, az éhség miatti legyengüléshez vezethetnek, ami komplikációkat okozhat a vajúadás és szülés során; a túl sok hüvelyi vizsgálat fertőzéshez vezethet; az oxitocinos szülésindítás diszfunkcionális vajúadást és koraszülést okozhat; a mesterséges oxitocin adagolása leállítja az anya saját oxitocintermelését, és károsan befolyásolja szoptatási képességét; az epidurális érzéstelenítés elnyújthatja a vajúadás első és második szakaszát, így növelheti a fogós, a vákuumos és talán a császármetszéses születek számát. (4)

A császármetszésjárvány

A Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1985-ben tett nyilatkozatát, miszerint „nem indokolt, hogy bármely régióban 10-15 %-nál magasabb arányban végezzenek császármetszést”,

nagyrészt figyelmen kívül hagyják, amint a világszerte növekvő császármetszési arány mutatja. (A szerkesztő megjegyzése: A WHO 2009-ben frissítette álláspontját a császármetszésről, amely szerint nincs optimális arány, és azt ajánlja, hogy a világ régiói használhatják az 5-15 %-os tartományt vagy felállíthatják saját sztenderdjeiket.)

2007-ben egy a WHO kutatóiból és partnereiből álló csoport megvizsgálta a szűkös és a bőséges forrásokkal rendelkező országok túl alacsony, illetve túl magas császármetszési arányait, összevetette a császármetszési arányokat az anyai, továbbá az újszülött- és csecsemőhalálozással. 15 % alatt a magasabb császármetszési arány egyértelműen korrelált az alacsonyabb anyai halálozással. Efölött viszont, a magasabb császármetszési arány túlnyomóan magasabb anyai halálozással korrelált. Hasonló sémát követett az újszülött- és csecsemőhalandóság is. (6) A császármetszés gyakran figyelmen kívül hagyott, hosszú távú hatásai többek között: fertőzés; krónikus fájdalom; kötődési és szoptatási nehézségek; az anya és csecsemő sérülése vagy halála; újszülött kori légzészavar; a későbbi terhességek alatti problémák, például a méhrepedés, a méhen kívüli terhesség, a koraszülés, az elöl fekvő méhlepény, a placenta accreta és a méhlepényleválás magasabb kockázata, amely utóbbi méheltávolítást is szükségessé tehet; és a szülés utáni depresszió gyakoribb előfordulása.

A császármetszési járvány az egész világon átalakítja a szülés természetét. Ezt a műtétet azért kezdték el végezni, hogy életet mentsenek, most pedig túl magas aránya életbe kerül. Ez a bizonyíték kristálytisztán mutatja, hogy a császármetszés és más nőgyógyászati rutinbeavatkozások túlzott használata erősen sérti a nők jogát a megfelelő ellátáshoz.

Szülés és szoptatás

A fent idézett WABA nyilatkozat szerint a szoptatás és alapvető emberi jog. Az IMBCI teljes mértékben egyetért azzal, hogy bizonyos nőgyógyászati eljárások negatívan befolyásolhatják a nők szoptatási képességét. A szülést és a szoptatást nem lehet egymástól elválasztani, részei az anya és gyermek kontinuumnak, és a szülés lefolyása nagy mértékben befolyásolja a szoptatás folyamatát. Minden olyan történés, amely megzavarja az anya fiziológiai rendszerét vagy önbecsülését, erősen romboló hatású lehet a szoptatásra nézve, ilyen például az anya és a gyermek elválasztása egymástól a szülés után és a cumisüveg vagy játszócumi használata a kórházban. Emiatt az IMBCI 10. lépése tartalmazza a WHO/UNICEF Bababarát Kórház Kezdeményezésének mind a 10 pontját. A szoptatási folyamat megzavarása veszélyeztetheti a csecsemő egészségét és túlélési esélyét. Például a fejlődő országokban, ahol kevés az ennivaló, nem tiszta a víz és a fertőző betegségek aránya magas, a csecsemők szignifikánsan nagyobb arányban halnak meg, ha nem szoptatják őket. Azon csecsemőknek, akiket akar és

tud szoptatni az édesanyjuk, joguk van ahhoz, hogy szoptassák őket egészségük és életben maradásuk érdekében, az anyáknak joguk van ahhoz, hogy teljes mértékben lehetővé tegyék számukra a szoptatást, és az egészségügyi személyzetnek arra kell törekednie, hogy támogassa a szoptatást.

Az IMBCI referencia intézményei

A fenti állítások ereje és hatalma, továbbá a változtatás politikai akarata miatt a Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (IMBCI) tudományos bizonyítékokon alapuló megközelítést kínál 10 lépésben, hogy elérhessük az optimális AnyaBaba-barát szülészeti ellátást. Ezért bemutatóprojektet indított, amely életre fogja kelteni ezt a modellt. Két kórház – a Brome-Missisquoi-Perkins Kórház Cowansville-ben, a kanadai Quebec tartományban és a Hospital Regional de Tacuarembó az uruguayi Tacuarembóban – kövezi ki az utat, hogy megmutathassuk, a szülészeti szolgáltató hogyan tarthatja be az emberi jogokat és kínálhat a nőknek optimális AnyaBaba-barát szülészeti ellátást. Ők elkezdi az IMBCI 10 lépésének megvalósítását a saját intézményükben és körültekintően dokumentálják és értékelik a hatásait. Az IMBCO azt tervezi, hogy ezen a két helyen kívül felvesz a programba még négy bemutató intézményt a világ más tájain.

Az IMBCI teljes szövege elérhető a www.imbci.org oldalon, hogy bárki letölthesse és dolgozhasson vele a saját régiójában. Magánszemélyek és szervezetek felkereshetik a weboldalunkat, hogy támogassák, felvegyék munkájuk központi kérdései közé vagy használhassák oktatóanyagként és útmutatásként a közelükben lévő kórházak vagy más szülészeti intézmények számára, hogy fejlesszék az ottani szülészeti ellátás minőségét. A kórházak törekedhetnek a 10 lépés teljesítésére annak érdekében, hogy optimális AnyaBaba-barát ellátást nyújtsanak.

Következtetések

A női egészségért indított mozgalom jelentős része több, mint 30 éven keresztül kérte újra meg újra, hogy a nők visszakaphassák a saját testüket a szülés alatt, és egyben demedikalizálják ezt a nők számára oly fontos eseményt. Nemrégiben középpontba kerültek a női jogok a szexualitás és a reprodukció terén - például a döntés, a megfelelő tájékozódás és testi integritás joga. Az ENSZ Emberjogi Tanácsának 2009 júniusában hozott határozata (7) mérföldkő, amely elismeri: *„a megelőzhető anyai halálozás és megbetegedés sürgető emberjogi téma, amely sérti a nők egészséghez, élethez, oktatáshoz, méltósághoz és tájékozódáshoz való jogát.”* (8) Ezt követően adta ki az Amnesty International a *„Halálos*

szülés: *Veszélyben az anyák egészsége az Egyesült Államokban*” című jelentését, amely megmutatja, hogy még a gazdag országokban sem általános gyakorlat, hogy méltósággal, tisztelettel bánjanak a nőkkel és megfelelő ellátást nyújtsanak.

Röviden összegezve: maga a szülés nem emberi jog, de a humánus és bizonyítékokon alapuló ellátás a szülés során emberi jog, ugyanúgy, ahogy emberi jog a humánus és bizonyítékokon alapuló ellátás mindenki számára, aki egészségügyi ellátást kér. Ideje, hogy minden nő, férfi, bába, nővér, dúla és egészségügyi dolgozó emberjogi kérdésnek tekintse a szülést.

Robbie Davis-Floyd, PhD, az austini Texasi Egyetem Antropológia Tanszékének kutató főmunkatársa és a Society for Applied Anthropology (Alkalmazott Antropológiai Társaság) tagja, orvosi antropológus, szakterülete a reprodukció antropológiája. Gyakran tart beszédeket nemzetközi konferenciákon, kutat, több mint 80 cikket publikált. *A Birth as an American Rite of Passage* (1992, 2004) c. könyv szerzője és a *From Doctor to Healer: The Transformative Journey* (1998) társszerzője, továbbá 10 kötet, többek között a *Childbirth and Authoritative Knowledge* (1997), a *Mainstreaming Midwives* (2006), és a *Birth Models That Work* (2009) társszerkesztője, és szerkesztője egy olyan kötetnek, amely kiváló szülészeti ellátási modelleket mutat be a világ minden tájáról. Folyamatosan kutatja a világtrendeket és változásokat a szülés, nőgyógyászat és bábaság területén. Robbie rendszeresen tart előadásokat szülészeti, nőgyógyászati és bábakonferenciákon hazájában és külföldön. Pillanatnyilag a Society of Medical Anthropology (Orvosi Antropológiai Társaság) programokért felelős elnöke, a Council on Anthropology and Reproduction (Antropológiai és Reprodukciós Tanács) főtanácsadója és a „Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (IMBCI): Az optimális szülészeti ellátás 10 lépése” szerkesztője.

Hivatkozások:

1. Kolenda, Pauline. 1998. Fewer deaths, fewer births. *Manushi* 105: 5–13.
2. Byford, Julia. 1999. Dealing with Death Beginning with Birth: Women’s Health and Childbirth on Misima Island, Papua New Guinea. PhD diss., Dept. of Anthropology, Australian National University.
3. Vadeboncoeur, Hélène. 2005. L’humanisation des pratiques entourant l’accouchement est-elle limitée? *Le Médecin du Québec*, 40(7):77–86. Translation by Hodgkinson, E. 2008. To what extent have childbirth practices been humanised? Translated with permission.
4. Klein, Michael C. 2006. Does epidural analgesia increase rate of cesarean section? *Can Fam Physician* 52:419–21, 426–28; Klein, Michael C., et al. 2001. Epidural Analgesia Use

as a Marker for Physician Approach to Birth: Implications for Maternal and Newborn Outcomes. *Birth* 28(4): 243–48.

5. Betrán, Ana, et al. 2007. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 21(2): 98–113.

6. See also Potter, Joseph E., et al. 2001. Unwanted Caesarean Sections among Public and Private Patients in Brazil: Prospective Study. *BMJ* 323(7322):1155–58; Villar, J., et al. 2006. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 367(9525):1819-29; Villar, J., et al. 2007. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ* 335(7628): 1025.

7. www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/11_session/L-11.doc

8. *Lancet* staff. 2009. Moving forward with Maternal Health and Human Rights, editorial. *Lancet* 373(9682): 2172.

9. www.amnestyusa.org/dignity/pdf/DeadlyDelivery.pdf.

A szerkesztő megjegyzése: A Midwifery Today 2010. évi konferenciáján Strasbourgban, az Emberi Jogok Európai Bírósága és az Európai Parlament székhelyén, terveink szerint alaposan megvizsgáljuk ezt a témát és szeretnénk kidolgozni a jelenlegi, káros szülészeti gyakorlat támogató, bizonyítékokon alapuló ellátással való helyettesítésének módját. Konferenciánk témája: „A szülés emberjogi ügy”. Foglaljunk állást amellest, hogy legyen optimális a szülés minden anya és baba számára. Reméljük, tudósíthatjuk erről az eseményről. Kérjük, vegye fontolóra, hogy csatlakozik folyamatos erőfeszítéseinkhez annak érdekében, hogy változtassunk és tudósítsuk a világot ezekről az állandó emberijog-sértésekről. Kérjük, ossza meg ezt az információt ismerőseivel és kollégáival, és segítsen nekünk terjeszteni ezt a fontos mozgalmat az egész világon. Ha szeretne többet megtudni az eseményről, kérjük, látogassa meg weboldalunkat: www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/.

Az anya és a baba jogai

(A Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezésből levezetve)

1. Joguk van ahhoz, hogy tisztelettel és méltósággal kezeljék Önöket.
2. Joga van ahhoz, hogy teljes körűen tájékoztassák és bevonják Önt az ellátásukat érintő döntésekbe.
3. Joguk van ahhoz, hogy olyan nyelven és szókinccsel kommunikáljanak Önnel, amit megért.
4. Joga van a tájékozott beleegyezésre vagy tájékozott elutasításra mindkettőjük bármely kezelésével, bármely folyamattal vagy más ellátási formával kapcsolatban.

5. Joguk van ahhoz, hogy olyan ellátást kapjanak, amely támogatja és optimalizálja a várandósság, a szülés és a gyermekágyas időszak normális folyamatait az úgynevezett bábái (vagy anya- és bababarát) ellátási modell szerint.
6. Joguk van ahhoz, hogy folyamatos támogatást kapjanak a vajúadás és a szülés alatt az Ön által választott személyektől.
7. Joga van ahhoz, hogy nem-gyógyszeres fájdalomcsillapítást és kényelmi szolgáltatásokat ajánljanak fel a vajúadás alatt, hogy előnye származzon ezekből, és hogy elmagyarázzák Önnek és kíséreeinek a fájdalomcsillapítás módját.
8. Joguk van ahhoz, hogy olyan tudományos bizonyítékokon alapuló ellátást kapjanak, amely bizonyítottan jótékonyan támogatja a vajúadás, a szülés és a gyermekágyas idő normális fiziológiáját.
9. Joguk van ahhoz, hogy olyan ellátást kapjanak, amely megpróbálja elkerülni a potenciálisan káros gyakorlatokat és eljárásokat.
10. Joga van ahhoz, hogy tájékoztassák az egészséges környezetet és betegségmegelőzést illetően.
11. Joga van ahhoz, hogy tájékoztassák a felelős szexuális életéről, családtervezésről és a nők reprodukív jogairól, és hogy lehetősége legyen a családtervezésre.
12. Joguk van ahhoz, hogy olyan támogató ellátást kapjanak a szülés előtt, közben és után, amely az Önök testi és lelki jólétét szolgálja az Önök családi kapcsolatai és társadalmi környezete kontextusában.
13. Joguk van ahhoz, hogy életveszélyes komplikációk esetén bizonyítékokon alapuló sürgősségi ellátást kapjanak.
14. Joguk van ahhoz, hogy kis számú személyzet lássa el Önöket, amelynek tagjai tudományterületek, kultúrák és intézmények határait átlépve működnek együtt, tanácsadást biztosítanak és szükség esetén elősegítik az ellátás áthelyezését a megfelelő intézményhez vagy szakemberhez.
15. Joga van ahhoz, hogy felhívják figyelmét és megmutassák, hogyan élhet az Önnek és csecsemőjének elérhető állami szolgáltatásokkal.
16. Joguk van ahhoz, hogy a szoptatástámogatást ismerő és abban jártas orvos lássa el Önöket.
17. Joga van ahhoz, hogy tájékoztassák a szoptatás előnyeiről és módjáról, hogy megmutassák, hogyan szoptasson és tartsa fenn a tejtermelést akkor is, ha Önt és csecsemőjét egészségügyi okokból el kell választani egymástól.

18. Joguk van megkezdeni a szoptatást a születés utáni 30 percen belül, bőrkontaktusban együtt maradni legalább az első óra folyamán, együtt maradni 24 órában és igény szerint szoptatni.
19. A babának joga van ahhoz, hogy ne adjanak neki cumisüveget, cumit, és ne kapjon az anyatejen kívül más enni- és innivalót, csak ha orvosilag indokolt.
20. Joga van ahhoz, hogy a szülészeti intézményből való elbocsátáskor szoptatástámogató csoporthoz irányítsák, ha van ilyen a közelben.

Köszönjük Marcia Westmorelandnek, hogy leírta ezeket az anyát és a babát megillető jogokat, amelyek az IMBCI szövegéből következnek.

Hivatkozások

A Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés: www.imbci.org

Nemzetközi Kezdeményezés az Anyai Halálozás csökkentéséért az Emberi Jogokért www.righttomaternalhealth.org; <http://righttomaternalhealth.org/resource/beijingplus15> (ez a pekingi akció-platform a nők biztonságos várandósságot és szülést biztosító reprodukzív egészségügyi ellátáshoz való jogát nyugtázza)

Nemzetközi Családtervezési Szövetség

www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Information+and+Education.htm ;
www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Health+Care+and+Health+Protection.htm ;

www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Freedom+of+Assembly+and+Political+Participation.htm

- Tritten, Jan. 2009. Birth Is a Human Rights Issue. *Midwifery Today* 92: 5.
- Midwifery Today, Inc. 2010. Birth Is a Human Rights Issue sajtóközlemény: www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/BHRI_pr_media.asp
- World Alliance for Breastfeeding Action (WABA): www.waba.org.my/

Bababarát Kórház Kezdeményezés; www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm

Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata: www.un.org/en/documents/udhr/

Az ENSZ Emberi Jogi Tanácsa www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil

- Amnesty International: www.amnesty.org/en/human-rights ;
www.amnestyusa.org/dignity/pdf/DeadlyDelivery.pdf

- Cook, Rebecca J., Bernard Dickies and Mahmoud Fathalla. 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. New York: Oxford University Press.
- Reichenback, Laura, and Mindy Jane Roseman, eds. 2009. *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Creedy, D.K., I.M. Shochet and J. Horsfall. 2000. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 27(2): 104–11.
- A bábai ellátási modell részletes leírását lásd: *Birth Models That Work*, eds. Robbie Davis-Floyd, Lesley Barclay, Betty-Anne Daviss and Jan Tritten. 2009. Berkley: University of California Press, pp. 441–62.