

**Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre
épülő szülészeti és újszülött ellátásról**

hatályos: 2019.12.17 -

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 002072

Érvényesség: 2022. 11. 15.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Szülészeti és Nőgyógyászati, Asszisztált Reprodukció Tagozat

Dr. Demeter János szülész nőgyógyász, tagozatvezető, társszerző

Fejlesztőcsoport

Dr. Bálint Sándor szülész nőgyógyász, társszerző

Dr. Csákány György szülész nőgyógyász, társszerző,

Dr. Hagymásy László szülész nőgyógyász, társszerző

Dr. Margitai Barnabás szülész nőgyógyász, társszerző

Dr. Nádor Csaba neonatológus, társszerző

Dr. Velkey György gyermekgyógyász, társszerző

Vincze Felícia szülésznő, társszerző

Felkért szakértő

Prof. Dr. Pajor Attila szülész-nőgyógyász, a Szakmai Kollégium Szülészeti, Nőgyógyászati és Asszisztált Reprodukció Tagozat Tanácsának elnöke, társszerző

Dr. Bálint Balázs szülész-nőgyógyász, társszerző

2. Ápolás és Szülésznői (szakdolgozói) Tagozat

Mészáros Magdolna szülésznő, tagozatvezető, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Csecsemő- és gyermekgyógyászati Tagozat

Dr. Balla György csecsemő és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

2. Gyermek-alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat

Dr. Póta György csecsemő és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

3. **Háziorvostan Tagozat**

Dr. Szabó János háziorvos, tagozatvezető, véleményező

4. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**

Dr. Császár-Nagy Noémi klinikai szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

5. **Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat**

Bábiné Szottfried Gabriella védőnő, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Másállapotot a Szülészetben Mozgalom

Semmelweis Mozgalom

Mályvavirág Egyesület

Ritka és Veleszületett Rendellenességekkel Élők Országos Szövetsége

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság

Dr. Hagymásy László elnök

Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság

Dr. Velkey György elnök

Magyar Szülésznők Egyesülete

Szilágyi Enikő elnök

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek – tudományos vizsgálatok által igazoltan – javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével, a szülés-születés közeli és távoli hatásaival kapcsolatos mai ismeretek alapján kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben, dokumentáltan, el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: várandósgondozás

szülészeti-nőgyógyászat

neonatólógia

csecsemő- és gyermekgyógyászat

védőnői ellátás

Ellátási folyamat szakasza(i): primer prevenció

diagnosztika

terápia

gondozás

ápolás

követés

rehabilitáció

Érintett ellátottak köre: gyermekvállalást tervezők

várandósok

vajúdók

gyermekágyasok

újszülöttek

Érintett ellátók köre

Szakterület: 0404 intézeten kívüli szülészeti és újszülött ellátás

0405 szülészet

0500 csecsemő és gyermekgyógyászat

0501 neonatológia

1500 aneszteziológia

7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

7303 csecsemő és gyermek szakápolás

7305 szakápolás

7308 szülésznői ellátás (intézeti)

7309 szülésznői ellátás (intézeteken kívüli)

7900 védőnői ellátás

5711 gyógytorna

Egyéb specifikáció: nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Alacsony kockázatú szülés

Alacsony kockázatú várandósságot követő szülés, amikor a várandós családi, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság és szülés esetén – előző várandósságra és szülésre vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja [5].

Apgar-érték

Az újszülött állapotát megszületés után 1 és 5 perccel jellemző érték, amelyet 5 életműködés (szívverés, légzés, izomtónus, reflex-ingerlékenység, bőrszín) megítélése alapján számítanak ki. Ezt a mérési módszert Apgar dolgozta ki.

Aranyóra

A korai anya-gyermek, apa-gyermek kapcsolat. A szülést követő első óra, amikor az újszülött a megszületés pillanatát követően, minden késedelem nélkül az anya, vagy ha az anya aktuális állapota ezt nem teszi lehetővé, akkor az apa mellkasára kerül elhelyezésre. Megvalósul a bőr- és szemkontaktus, megtörténik az első emlőre jutás, illetve helyezés, így a szoptatás.

Családbarát szülészet

Olyan szülészeti ellátást nyújtó intézet, osztály, vagy intézeteken kívüli ellátást nyújtó szolgáltató, amely szemléletében és tevékenységében megfelel a jelen irányelvben megfogalmazott elvárásoknak.

Családbarát szülészeti ellátás

A gyermekvállaláshoz a fogantatás előtt, a várandósság és a szülés, valamint a gyermekágyas időszakban a lehetséges fizikális és lelki segítséget megadó, családközpontú ellátás, melynek az egészség megőrzése mellett fontos célja, hogy a család minden tagjának pozitív élményévé váljon ez az időszak, és az ellátás megfontolásaiban figyelembe veszi a várható közeli és távolhatásokat az anyára, az újszülöttre és a családra nézve egyaránt.

Családbarát szülés

Az a szülészeti gyakorlat, melynek során a szülő nő egyágyas, családi szülőszobában, az általa választott kísérelével együtt, természetes szemléletű szülészeti gyakorlattal, az egyéni igényeknek megfelelően megválasztott szülési módok alkalmazásával, háborítatlanul szülhet.

Családbarát újszülött ellátás

Az az ellátási forma, amikor az újszülött világra jöttének pillanatától együtt marad az édesanyával, illetve a szülészeti ellátást nyújtó intézet lehetőségeitől függően az édesapjával is. Ennek eredményeként lehetőség nyílik az aranyóra megfelelő kitöltésére, az újszülött késői ellátására, az igény szerinti szoptatásra, illetve arra, hogy az anya gyermekével megszakítás nélkül együtt lehessen.

Családi szülőszoba

A családi szülőszoba a kórházi ellátás és biztonság mellett az otthoni szülés kényelmét, kedvező pszichés feltételeit nyújtja, melyben a kórházi személyzet segíti, támogatja az eseményeket, az igazi főszereplők a szülő nő, az általa választott kísérelő (legjellemzőbb módon az apa), az újszülött, azaz a család.

Dúla

Szülés körüli segítő, támogató személy. Egészségügyi képzettséggel nem, vagy nem feltétlenül rendelkezik. A jelenlegi kórházi ellátási rendszerben nem az egészségügyi ellátó csoport tagja.

Igény szerinti szoptatás

A szoptatások ideje és időtartama a csecsemő szükségleteihez igazodik.

Intermittáló magzati monitorizálás

A magzati szívfrekvencia adott időközönként (15 percenként, 1 percen keresztül) történő mérése, ellentétben a kardiotokográfal történő, ún. folyamatos szívfrekvencia monitorizálással.

Laktációs szaktanácsadó

Olyan, szoptatásban magasan képzett szakember, aki a szoptató édesanya és a szoptatott csecsemő igényeit szem előtt tartva megelőzi, felismeri, és segít megoldani a szoptatással kapcsolatos problémákat.

Otthon szülés (Intézetén kívüli szülés)

Tervezett, kórházon kívüli, az anya otthonában, vagy az elégtelen feltételek esetén speciális szülőotthonban zajló szülés. A tervezett, intézeten kívüli szülés feltételeit és előírásait rendelet szabályozza.

Rooming-in ellátás

Annak biztosítása, hogy az anya és újszülöttje egy kórteremben legyenek elhelyezve, ne legyenek egymástól elszakítva a rutinvizsgálatok és mérések idejére sem.

Szülési terv

Írásban rögzített kérdések és kívánságok listája, amely tartalmazza az anya elképzeléseit a szülésére és a szülés utáni időszakra vonatkozóan.

Újszülött késleltetett ellátása

A megszületést követően, amennyiben az anya és az újszülött is jó állapotban vannak, az életjelenségek megfigyelésén kívül minden egyéb vizsgálat csupán az aranyóra letelte után történik.

Várandósgondozás

Olyan ellátás, melynek célja a várandós egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének és egészségesen történő megszületésének elősegítése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, a gyermek korai kötődésére, a szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés [1].

2. Rövidítések

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists/Amerikai Szülészek és Nőgyógyászok Társasága

CTG: Cardiotocográfia/**Magzati** szívfrekvencia és a fájástevékenység egyidejű észlelése

EDA: Epidural Anesthesia/Epidurális érzéstelenítés

ICI: International Childbirth Initiative/Nemzetközi Szülési Kezdeményezés

HIV: Human Immunodeficiency Virus/Emberi immunhiány-előidéző vírus

im.: intramuszkuláris

iv.: intravénás

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

MAPSZIG: Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti Nőgyógyászati Társaság

NICE: National Institute for Health and Care Excellence/Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete

PIC: Perinatalis Intenzív Centrum

SUPC: Sudden Unexpected Postnatal Collapse/Első élethétén, az egészségesnek ítélt, érett, vagy érettség határán álló újszülöttnél fellépő hirtelen, váratlan kollapszus

SZTNB: Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság

WHO: World Health Organization/Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

„Az explicit irányelvfejlesztés egyik legnehezebb, és szubjektív elemektől sem mentes része a fellelt és kritikusan értékelt bizonyítékokon alapuló, mértékadó ajánlások megfogalmazása.”

„Ha sem nemzetközi irányelvek, sem tudományos bizonyítékok nem állnak rendelkezésre az adott kérdés megválaszolására szolgáló ajánlás kialakításához, az irányelvfejlesztő csoport szakértői véleményeken alapuló konszenzusát kell biztosítani. Ilyen esetekben is explicit módon közölni kell azonban, hogy az ajánlás egyéni véleményeken vagy konszenzuson alapul” [1, 2].

A vonatkozó elvek megfogalmazása részben szorosan vett szakmai bizonyítékokon alapul, másrészt olyan közvetlen tapasztalatokon, melyek folyóiratokban már nem jelennek meg szakmai elfogadottságuk miatt.

Bizonyítékok szintjei	Bizonyítékok tulajdonságai
1	Randomizált vizsgálatok metaanalíziseiből származó bizonyítékok vagy legalább egy randomizált vizsgálatból származó bizonyítékok.
2	Jól megtervezett, kontrollált, randomizálás nélküli vizsgálatból származó bizonyítékok vagy legalább egy jól megtervezett, kvázi kísérleti jellegű vizsgálatból származó bizonyítékok.
3	Jól megtervezett, nem kísérleti jellegű vizsgálatokból, például összehasonlító vizsgálatokból, korrelációs vizsgálatokból és esettanulmányokból származó bizonyítékok.
4	Szakbizottsági jelentésekből vagy véleményekből, illetve mérvadó szaktekintélyek klinikai tapasztalataiból származó bizonyítékok.

4. Ajánlások rangsorolása

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. A fejlesztőcsoport nemzetközi irányelvek ajánlás rangsorolását (A, B és C erősségű ajánlás) követte, melyet kiegészített egy negyedik (D) ajánlás erősséggel, ami a hazai, szakmai konszenzuson alapuló szakértői véleményeket tükrözi [1; 2].

Ajánlások Ajánlások tulajdonságai szintjei

A	Jó minőségű, konzisztens klinikai vizsgálatokon alapulnak, az adott ajánlással foglalkoznak, legalább egy randomizált vizsgálaton alapulnak.
B	Megfelelően lefolytatott, de randomizálás nélküli klinikai vizsgálatokon alapulnak.
C	Közvetlenül alkalmazható, jó minőségű klinikai vizsgálatok hiánya ellenére megfogalmazott ajánlások.
D	Hazai szakértői véleményen alapuló ajánlások.

Az iránylev szövegében a bizonyítékok szintjét és az ajánlások besorolását az ajánlások szövegét követően zárójelben jelöljük [pl. (2A), (4D)].

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

2010-ben a Magyar Kormány alapvető értékek mentén fogalmazta meg a nemzetstratégiát. Az Alaptörvénybe került az emberi élet, a házasság, a család védelme, támogatása.

Magyarország népessége 2017. január 1-jén 9 798 371 fő volt, ez 2010-hez képest 216 000 fővel – 2,2%-kal kevesebb, ami évi kb. 30 000 fős csökkenést jelent. A születések száma 2010-ben 90 335, 2016-ban 93 063 fő volt, amely 2017-ben 91 575-re csökkent, azonban a 2010-es állapothoz mérten még mindig emelkedést jelent. Javuló tendenciát mutat a terhességmegszakítások aránya is, míg 2010-ben 40 449, addig 2016-ban 30 439, 2017-ben 28 496 volt. (Forrás: KSH és a Tauffer szülészeti adatbázis alapján.)

A fenti kedvező tendenciák után a koraszülés statisztikái már korántsem öröndetesek. Hazánkban minden 9. gyermek a várandósság 37. heténél hamarabb születik. 1990-ben a várandósság 37. hete előtt és/vagy 2500 gramm alatt 10 986, 2016-ban 8339 újszülött született. A koraszülések gyakorisága 26 év távlatában 9,3%-ról csupán 8,5%-ra mérséklődött, ami komoly terhet ró a családokra és az egészségügyre egyaránt. Hasonlóképp aggodalomra ad okot a császármetszések egyre növekvő aránya, amely messze felülmúlja a nemzetközi ajánlások értékeit.

A demográfiai adatok igazolják, hogy a Magyar Kormány intézkedései eredményesek, hiszen a szülőképes nők számának csökkenése ellenére emelkedett a születések száma az elmúlt években. Ez az irányelv az eddig elért pozitív változások megerősítése és szakmai támogatása érdekében készült, amely meghatározza az anya-, baba- és családbarát szülészeti és újszülött ellátás kereteit. A Kormány kiemelt célként határozza meg a családbarát értékrend, a család- és gyermekbarát szemlélet minél szélesebb körben történő megvalósulását, valamint ezek érdekében családbarát intézkedések és szabályozási környezet létrehozását. Az irányelv ajánlásainak követkevs megvalósítása a XXI. század színvonalának megfelelő ellátási biztonság mellett, a pozitív szülésélmény elérésével javítja a szülési

kedvet, ami fontos népesedéspolitikai eszköz, így a demográfiai eredmények és az egészségügyi ellátás minőségének lényeges javulása is várható.

A családbarát szülészeti ellátás megvalósítását és rendszerszintű bevezetését az eddig elért eredmények teszik lehetővé, melyek révén csökkent az anyai, magzati, és újszülött megbetegedés és halálozás száma. Ebben eddig nagy szerepe volt a higiénias viszonyok javulásának, a kórházi ellátás nyújtotta biztonságnak, a szükséges gyógyszeres kezeléseknek, a laboratóriumi és képalkotó diagnosztika, illetve az orvostudomány egyéb területén végbement fejlődésnek. Ennek eredménye, hogy az anyai halálozás (Magyarországon is) minimális, a perinatális halálozás mára 6 ezrelék, a csecsemőhalálozás 3,6 ezrelék lett.

Az alábbi táblázat a Tauffer szülészeti adatbázis alapján mutatja be a szüléssel legfontosabb mutatóit Magyarországon az utolsó 8 évben. Az táblázatból látható, hogy miközben az élve születések száma, és a koraszülés gyakoriság lényegében változatlan, jelentősen javult a perinatális magzati mortalitás és csökkent a terhesség-megszakítások száma. A csecsemőhalandóság csökkenése olyan számottevő, hogy az utóbbi években már európai viszonylatban is az alacsony értékek közé tartozik. Ezzel szemben kedvezőtlen tendencia az, hogy a császármetszések száma jelentősen nőtt.

1. számú táblázat: A szüléssel legfontosabb mutatói

Év	Élve születések száma	Koraszülések aránya (%)	Császár-metszés gyakorisága (%)	Perinatális magzati mortalitás (‰)	Csecsemő-halálozás (‰)	Terhesség-megszakítások száma
2010	90 335	9,3	33,0	6,9	5,3	40 500
2011	88 049	8,2	33,8	6,6	4,9	38 443
2012	90 269	9,2	34,8	7,1	4,9	36 118
2013	88 689	9,5	35,8	6,7	5,1	34 891
2014	91 510	9,3	37,3	6,6	4,6	32 663
2015	91 690	9,3	37,9	6,2	4,1	31 176
2016	93 063	9,3	38,7	6	4	30 439
2017	91 575	8,5	40,2	6,2	3,6	28 496

Forrás: Tauffer szülészeti adatbázis alapján.

A szülés-születés egy család minden tagjának meghatározó élménye, mely egész életükre, hosszú és rövid távú kapcsolataikra is hatással van. Éppen ezért fontos, hogy az egészségügyi rendszer minden érintett résztvevője megfelelő kommunikációval, támogatással, elhivatottsággal és az anya kívánságainak lehetőség szerinti tiszteletben tartásával azon dolgozzon, hogy a szülés élménye pozitív legyen. Jelen irányelv a szülés, születés feltételeinek átalakításával hozzájárul a pozitív szülésélmény kialakításához, valamint a tudományos bizonyítékokon alapuló, a kor követelményeinek megfelelő

színvonalú ellátáshoz, ezáltal növeli a szülő nők biztonságérzetét, javíthatja a szülési kedvet. Az egészségügyi szakmai irányelv javaslatainak megvalósulása esetén az egészségügyi ellátás minőségének lényeges javulása várható.

2. Felhasználói célcsoport

Szülészeti szakmai ellátásban részt vevő szakemberek, valamint ilyen ellátást nyújtó intézmények (kórházak, bábapraaxisok) vezetői és munkatársai: orvosok, szülésznők, csecsemőgondozók, pszichológusok, gyógytornászok, védőnők, perinatális és laktációs szaktanácsadók.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Tudományos NICE

szervezet:

Intrapartum care for healthy women and babies [3]

Cím:

NICE 2018

Megjelenés

adatai:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>

Elérhetőség:

Tudományos World Health Organization

szervezet:

WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth

Cím:

experience [4]

Megjelenés

WHO 2018

adatai:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum->

Elérhetőség:

[care-guidelines/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/)

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Felkészítés a várandóságra, a szülésre, a szoptatásra, a gyermekágyas időszakra (ajánlások 1–7-ig)

A várandósok gondozását rendelet szabályozza [5], így a jelen irányelvben e témával nem foglalkozunk. Az alábbi ajánlások olyan megfontolásokat tartalmaznak, amelyek a fenti rendeletben nem kerültek megfogalmazásra, vagy ismétlésük a családbarát szempont miatt fontos.

A szülés életre szóló élmény. A szülésnél az anyáknak segítő szakembereknek rövid és hosszú távú hatásuk van az anya fizikai, érzelmi és pszichés állapotára, az anya-gyermek kapcsolatra, illetve a gyermek egészségére. Éppen ezért az ellátók elhivatottsága, valamint az általuk alkalmazott megfelelő kommunikáció és a szülő nő érzelmi támogatása felbecsülhetetlen fontosságú az anya, az újszülött és a család számára [3, 4].

Ajánlás 1

A várandósság alatt az ellátóknak törekedniük kell az esetlegesen jelentkező szorongás, illetve stressz csökkentésére. Amennyiben az anya pszichés állapota megkívánja, úgy pszichológus segítségét is érdemes felajánlani számára (2B), [6].

Ajánlás 2

A szüléshez szükséges erőnlét fenntartásához rendszeres testmozgás a várandósság alatt is javasolt. Ennek elsajátítása és gyakorlása érdekében a várandósoknak ajánlott gyógytornász segítségét igénybe venniük (3B), [7].

Ajánlás 3

A várandósság, majd a vajúdás és szülés időszakában is biztosítani kell azt a lehetőséget, hogy az anya mellett, a számára fontos kísérő folyamatosan jelen lehessen (3C), [3, 4, 8].

Az anya által választott kísérő, vagy kísérők jelenléte az anya biztonságérzetét fokozza, ezzel a szülés menetét jótékonyan befolyásolja. Éppen ezért a szülészeti ellátást biztosító szolgáltató a lehetőségeinek megfelelően támogassa, hogy legalább egy, az anya által fontosnak tartott személy a vajúdás és szülés során jelen lehessen.

Kockázati besorolás, a szülés helyszínének kiválasztása

Magyarországon a szülések legnagyobb része (nagyjából 99%-a) szülészeti intézetekben zajlik le. Az intézeten kívüli szülést kormányrendelet, a várandósok kockázati besorolásának módját pedig rendelet szabályozza.

A vajúdó kulturális és vallási meggyőződéséből adódó kívánságait az ellátás során lehetőség szerint figyelembe kell venni és tiszteletben kell tartani, és erről tájékoztatást kell adni a várandósoknak [9].

Ajánlás 4

A várandósgondozás során a gondozásért felelős személy (az orvos és/vagy a szülésznő), illetve a védőnő részletesen tájékoztassa a várandóst arról, hogy a szülés helyszínét illetően milyen lehetőségek közül választhat, és támogassa a várandóst a választásában (1A), [3, 4, 9–11].

Szülésre való felkészítés

Ajánlás 5

Az anya szülészeti ellátásának része a várandósgondozás során történő szülésfelkészítés és részletes tájékoztatás (2B), [3, 6, 11–14, 80].

Ajánlás 6

A szülőnő által készített szülési tervet, ill. a várandós szülésre vonatkozó elképzeléseit, kívánságait a szülésnél segítő szakszemélyzet fogadja megértéssel. (4C), [12, 14–16].

Ajánlás 7

A családközpontú szülészeti ellátás egyik alapja a szülés természetes lefolyásának támogatása. A szülészeti ellátás során ezért a lehető legteljesebb mértékben figyelembe kell venni az alábbi, evidenciák alapján összeállított kritériumrendszert, hogy a szülés a lehető legkevesebb beavatkozás mellett menjen végbe (1A), [17–21]:

- a szülés spontán megindulásának támogatása [17] a 41. hét+7 nap előtt;
- szabad mozgás, testhelyzet lehetőségének biztosítása a vajúdás alatt [18];
- folyamatos fizikai és lelki támogatás, és kísérő jelenlétének lehetősége [4, 19, 20];
- az orvosi szempontból nem szükségszerű, sok ellátóhelyen rutinszerűen végzett, azaz nem az adott eset alapján szükségesnek ítélt beavatkozások (pl. intravénás infúzió adása, evés és ivás tiltása, a magzati szív működés folyamatos ellenőrzése, epidurális érzéstelenítés, gyógyszeres fájáserősítés, gátmetszés) elkerülése (ugyanis mindezek csökkentik az anya képességét arra, hogy megszüljön és olyan beavatkozási kaszkádot indíthatnak el, ami emeli a császármetszés előfordulásának valószínűségét) [21];
- a szülés második fázisában a spontán induló tolófájások megindulásának kivárása, ebben a szakaszban is a szabad testhelyzet megválasztása, amennyiben az ellátónak megfelelő tudása és gyakorlata van a különböző testhelyzetekben zajló szülés kísérésére, vezetésére [22];
- az anya és újszülött a szülés utáni és gyermekágyi ellátás teljes ideje alatt együtt maradásának biztosítása [23].

A szülés, korai anya-gyermek kapcsolat, aranyóra (ajánlások 8–28-ig)

A szülés alatti kommunikáció és támogató jelenlét

Figyelembe véve a várandós nők megváltozott fizikai és pszichés állapotát, valamint kommunikációs szükségletét, minden vajúdot tisztelettel kell kezelni a szülészeti intézet valamennyi dolgozója részéről. A vajúdo nő kapjon folyamatosan tájékoztatást az eseményekről, hogy tudja, mi vár rá. Ennek érdekében beszéljünk az anyával, amikor megérkezik, kérdezzük az elvárásairól, félelmeiről, aggodalmairól. Eközben legyünk tudatában annak, hogy hanghordozásunk, viselkedésünk, testbeszédünk, szóhasználatunk hatással van az anyára és a bizalmi kapcsolat kialakulására [3, 24].

A szülés alatti megfelelő kommunikáció speciális felkészültséget és feltételeket igényel [20], amely magában foglalja az anya számára megnyugtató környezet megteremtését is. Ennek része optimális esetben az elkülönített, egyággyas szülőszoba és annak otthonos berendezése, a megnyugtató meleg színek, és a tompa meleg fények használata, valamint a csend. A szülőszoba berendezését és a szülőágyakat úgy kell megválasztani, hogy a szülőnő a szülést kísérő szakemberrel egyeztetve választhassa meg a szülési pozíciót.

A vajúdás és szülés idején a folyamatos támogató jelenlét előnyös, de kerüljük a felesleges személyi jelenlétet. Azokban az intézetekben, ahol oktatás zajlik, ezt jelezzük a szülés előtt és a vajúdás alatt is, és törekedjünk elérni, hogy az anya legalább egy oktatás alatt álló személy jelenlétét fogadja el.

Ajánlás 8

Ajánlott arra törekedni, hogy a szülőszobában rendelkezésre álljanak a vajúdást megkönnyítő eszközök és módszerek (pl. bordásfal, labda, kád, zuhanyozó, megnyugtató zene lehetősége, kellemes családi környezet) [4, 25].

Vajúdás és szülés – a tágulás szakaszai

A vajúdás megindulása összetett fiziológiai folyamat, így nem lehet egyetlen jelhez kötni. A szülés indulásakor, az első személyes találkozás alkalmával fel kell mérni a vajúdás előrehaladottságának mértékét, azaz meg kell állapítani, hogy a vajúdás melyik szakaszában van. Ennek során információt szerzünk az anya pszichés és fizikális állapotáról, valamint a magzat állapotáról. Ezek eredményétől függően döntünk a további teendőkről, figyelembe véve az anya igényeit is.

Ajánlás 9

Az élettanitól eltérő vajúdás esetén meg kell tenni a szükséges lépéseket azok korrigálására. Élettani vajúdás esetén azonban beavatkozásra nincs szükség (1A), [3].

Ajánlás 10

Hüvelyi vizsgálatot a vajúdás alatt csak a szükséges gyakorisággal ajánlott végezni a szülés dinamikájának megfelelően (1A), [4].

Mivel a belső vizsgálatok száma korrelál a fertőzés okozta újszülött morbiditással, ezért azt csak akkor érdemes végezni, ha a döntéshozatalhoz elengedhetetlen a belső vizsgálat végzése vagy azt az anya kéri [26].

Ajánlás 11

A várandós kórházi felvételére lehetőleg csak megindult szülés esetén kerüljön sor, amennyiben élettanitól való eltérést nem tapasztalunk (2B), [3, 27].

Aktív vajúdás, tágulási szak

Ha a vajúdás a tágulási szakban tart és rendellenesség nem áll fenn, az anya és a magzat általános állapotát folyamatosan figyeljük. Fontos a személyre szabott ellátás, melynek része, hogy lehetőleg ugyanaz a szülésznő gondoskodik az anyáról a szülés teljes ideje alatt [3, 4]. Ez a feltétel azonban az egyes ellátóknál a rendelkezésre álló munkaerő függvényében, illetve a munkabeosztás figyelembevételével oldható meg, esetleg teljes mértékben jelenleg nem valósulhat meg, ugyanakkor ajánlott törekedni az egy szülő nő – egy szülésznő ellátási rendszer megvalósítására.

A szülőnőnek a vajúdás alatt megfelelő táplálékra és folyadékra van szüksége, ezért azok fogyasztása körültekintő döntés után megengedhető [3, 28].

Ajánlás 11

A szülés alatti fájdalomcsillapítás során előnyben kell részesíteni a nem-gyógyszeres, így mellékhatások nélkül alkalmazható fájdalomcsillapítási lehetőségeket, figyelembe véve azt, hogy az az anya számára a lehető leghatékonyabb megoldás legyen (2B), [3, 29–37].

Ajánlás 12

A vajúdsági testhelyzetet az anya határozza meg, amelyet a szülést segítő szakemberek javaslatai és a lehetőségek alapján érdemes változtatni (2B) [4, 37].

Amennyiben a tárgyi és személyi feltételek adottak, úgy a szülő nő vajúdságát és szülhet más pozícióban is, például: ülve, állva, guggolva, térdelő pozícióban, négykézláb stb. A vajúdság alatt minden testhelyzet, ami az anya számára kényelmes és megfelelő, az támogatandó.

A tágulási szak haladásának megítélése

Ajánlás 13

A vajúdság előrehaladása során a magzatburok állapotának, a méhkontrakciók jellemzőinek, a méhszáj állapotának, az elől fekvő magzati rész helyzetének, a magzati szívfrekvenciának, és ezen túl az anya érzelmi és pszichés állapotának változásait ajánlott figyelemmel kísérni (2A), [3, 4, 28, 38–41].

A magzati szív működés nyomon követése

Ajánlás 14

Alacsony kockázatú várandós vajúdsága esetén a magzati állapot nyomon követésére folyamatos CTG-ellenőrzés nem feltétlenül szükséges, de választható. A tágulási és a kitolási szakban is azzal egyenértékű az intermittáló szívhanghallgatás (2A), [3, 42, 43].

Ha az intermittáló szívhanghallgatás során rendellenességet észlelünk, akkor ajánlott áttérni a folyamatos CTG észlelésre. Abban az esetben, ha a CTG-n 20 perces időszak alatt eltérést nem tapasztalunk, visszatérhetünk az intermittáló magzati szívhanghallgatásra (2A), [3, 4, 39, 40, 41, 44–47].

Kitolási szak

Ajánlás 15

A kitolási szakban is ajánlott nyomon követni az anya általános állapotát, a méhkontrakciók jellemzőit, az elől fekvő rész helyzetét és a magzat állapotát (1A), továbbá bátorítjuk az anyát, hogy a kitolási szakban is keresse meg a számára legmegfelelőbb testhelyzetet (2B), [3, 4, 27, 29, 42, 43, 47].

Ajánlás 16

A szülés kitolási szakaszának hossza egyénileg változó. Mindaddig nem szükséges beavatkozni, amíg az anya és a magzat állapota ezt szükségessé nem teszi. Időtartama azonban lehetőleg ne haladja meg először szülőknél a 2 órát és ismételten szülőknél az 1 órát.

Az elhúzódó kitolási szak növeli a chorioamnionitis és a perineális sérülés kockázatát (3B). Ugyanakkor a kitolási szak hosszát először szülőknél 3 órában és ismételten szülőknél 2 órában is lehet definiálni a helyi protokollokban [3, 45, 48, 49].

Amennyiben arra külön orvosi ok nincs, rutinszerűen nem ajánlott irányítani a kitolás menetét, nem ajánlott a hosszan tartó hasprés sem. Ez utóbbi kockázattal járhat, mert magzati hipoxiát okozhat, a medencefenék izmai és a húgyhólyag sérülése nagyobb eséllyel következik be, illetve a nyomás hatékonysága is romlik [3, 27, 30, 32, 42, 43, 50, 51, 52, 54]. Érdeemes viszont megengedni, hogy az anya saját ütemében és neki megfelelő módon vajúdjon. A kitolás aktív szakaszában is biztosítsuk, hogy az anya válassza meg a neki megfelelő testhelyzetet [3, 38, 40, 51, 53, 54, 55].

A gát védelme

Ajánlás 17

A kitolási szakban nem ajánlott sem gátmasszázszt, sem hüvelytágítást végezni a gátra és a hüvely hátsó falára gyakorolt nyomással (1A), [3].

Ajánlás 18

Gátmetszés végzése rutinszerűen nem ajánlott, javasolt viszont abban az esetben, ha műszeres szülésbefejezésre van szükség, vagy az anya gátja szokatlanul magas és pozícióváltással sem tágul, vagy magzati distressz alakult ki (1A), [3, 56].

A vízben vajúdás és szülés

Ajánlás 19

Vízben vajúdás és vízben szülés a szövődménymentes vajúdok esetében ajánlott. Hazánkban a vízben történő vajúdás és szülés feltételei csak kevés szülészeti intézetben biztosítottak. Azoknak az intézeteknek, amelyek a vízben történő vajúdás és szülés lehetőségét kínálják, saját protokollal és dokumentált gyakorlattal kell rendelkezniük [3, 57, 58].

Családközpontú ellátás elve műtétes szülések esetén

Ajánlás 20

Az anyának joga van ahhoz, hogy egy általa választott kísérő a műtétes szülésbefejezés esetén is mellette legyen (3C), [8].

Ajánlás 21

Császármetszés esetén, még a műtét ideje alatt, az „aranyóra” időszakában, az újszülöttet az anya mellkasára, közvetlen bőr-bőr kontaktussal ajánlott elhelyezni. Ha ez orvosi okból nem lehetséges, úgy az újszülöttet az apa (kísérő) mellkasára, közvetlen bőr-bőr kontaktusban ajánlott elhelyezni, majd az anyának átadni, amint az lehetségessé válik (3B), [59].

Ajánlás 22

Az előzetes császármetszésem átesett várandósok egy része hüvelyi szülésbe bocsátható, amennyiben az ellátók megfelelő objektív és szubjektív feltételekkel rendelkeznek. A várandósokat erről ennek megfelelően ajánlott felvilágosítani [60–64].

Lepényi szak

A placentáris szak a magzat megszületésétől a méhlepény és burkok megszületéséig tart. Ennek időtartama változó, általában 1 órán belül spontán lezajlik.

A lepényi szak ellátása kétféle módon történhet. Az egyik eljárás során a lepényi szak lefolyását (spontán megszületését) csak figyelemmel kísérjük, a köldökzsinórt csak a pulzálás megszűnésekor vágjuk el, és a placenta az anya tolófájásai segítségével születik meg.

A lepényi szak aktív ellátása úgy történik, hogy a magzati váll, ill. a magzat megszületése után közvetlenül intravénásan vagy im. oxitocint adunk az anyának, korai köldökzsinór leszorítást és elvágást (1 perc után, de 5 percen belül) végzünk, és a placenta megszületését pedig annak kontrollált húzásával segítjük elő [3, 39, 50, 66]. A lepényi szak aktív vezetése csökkenti a postpartum vérzés kockázatát és rövidebbé teszi a lepényi szak időtartamát [3].

Ajánlás 23

Azokban az esetekben, amikor a postpartum vérzés kialakulásának esélye fokozott, ajánlott a placentáris szakot aktívan vezetni (1A), [3] és iv. 1g tranexamsavat intravénásan beadni [63]. Ha a lepény 1 órán belül nem született meg, magasabb a súlyos postpartum vérzés, az endometritis és a műtétes beavatkozást igénylő kórállapot kockázata, ezért indokolt azonnal felkészülni azok ellátására.

Ajánlás 24

Az újszülöttet a lehető leghamarabb tegyük az anya hasára/mellkasára és közvetlen bőr-bőr kontaktusban takarjuk be, mert már a placentáris szakban ajánlott elősegíteni a kötődés kialakulását és a szoptatás megkezdését. Ezen idő alatt is ajánlott ellenőrizni az anya és újszülött általános állapotát (1A), [3, 4]. Élettani szülés esetén késleltetett köldökzsinór-ellátás ajánlott [50, 65–70].

Mivel a szülés után az újszülöttet rögtön az anya hasára/mellkasára tesszük, vagy kezébe adjuk, a köldökzsinór elvágása, az anya és újszülött vizsgálata is történhet úgy, hogy nem zavarjuk meg őket (kötődés) [39, 47, 49]. Emellett a bőrkontaktus és a szoptatás a méhlepény leválását is segítheti [66].

Posztplacentáris szak és „aranyóra”

Ajánlás 25

A lepény megszületése után ajánlott a bőr-bőr kontaktus folyamatos, megszakítás nélküli fenntartása, így minden – az életjelenségek figyelésén túli – vizsgálatot az „aranyóra” utáni időszakra ajánlott halasztani (1A), [3, 4].

Ajánlás 26

Minden stabil állapotú újszülött számára, aki képes a szopásra (beleértve az alacsony súllyal születetteket is), biztosítani ajánlott az azonnali bőr-bőr kontaktust és a szopás lehetőségét (1A), [3, 4].

Ajánlás 27

Az előző ajánlások teljesülésének érdekében minden szolgáltatónak feladata, hogy biztosítsa a szülészeti dolgozók továbbképzését a születés utáni azonnali bőrkontaktus és az „aranyóra”

fontosságának megismerése érdekében. Ezáltal hasznos tanácsokkal tudják ellátni az édesanyákat (2B), [4].

A születést követő első órában nem ajánlott rutinvizsgálatok és -beavatkozások végzése. Az újszülött mérése, vizsgálata, esetleg fürdetése legkorábban a második órában végzendők el. Ettől csupán akkor térünk el, ha az anya másként kívánja, illetve, ha az anya vagy az újszülött állapota miatt szükséges valamilyen beavatkozást vagy korábbi státuszvizsgálatot végezni [4]. Az egészséges újszülött vizsgálata akár 24 óráig is halasztható [69], az első fürdetés pedig 24 óra utánra is halasztható [4, 70–73].

A mellre jutás lezajlására legalább egy (akár kettő) órányi időt ajánlott biztosítani, amely során az újszülött eléri az emlőt, és onnan szopik is („aranyóra”) [74–76]. Amennyiben az „aranyórát” valamilyen alapos szakmai okból meg kell szakítani, vagy csak késleltetve lehet megkezdeni (pl. császármetszés során, amikor valamiért nincsenek meg az azonnali mellre tétel feltételei), úgy abban az esetben is törekedni kell arra, hogy később az újszülött az anya mellére kerülhessen és ott szopni kezdjen (késleltetett aranyóra) [3, 4]. A várandósság, szülés és szülés utáni ellátásnak törekednie kell arra, hogy minél inkább megfeleljen a WHO bababarát ellátási protokolljának (lásd egyéb dokumentum) [80].

Ebben az időszakban az adott intézet jelen irányelv alapján kialakított protokolljának megfelelően a szülést kísérő szakemberek valamelyike felügyeli az újszülött biztonságát a ritkán előforduló, hirtelen, váratlan posztnatális kollapszus (SUPC: sudden unexpected postnatal collapse) lehetősége miatt [77].

Az aranyóra időszak alatt történő biztonságos újszülött észleléshez – az intézet szülési számától függően – humán erőforrás (szülésznő, gyermekápolónő) hozzárendelése indokolt.

Szoptatás, gyermekágyas időszak, rooming-in

Elhelyezés a gyermekágyas időszakban

Ajánlás 28

A szülés-születés után az intézetben töltött első napok során ajánlott, hogy az anya és gyermeke 24 órás rooming-in elhelyezést kapjon és az orvosi vizsgálatok idejében is együtt legyenek (1A) [4, 78].

A rooming-in rendszer biztosítja az újszülött és az édesanya számára, hogy kialakulhasson a kötődés és megalapozzák a sikeres szoptatást. Az újszülöttet, a megfelelő tárgyi feltételek megléte esetén, el lehet helyezni az anya ágyában vagy egy kiságyban mellette

Ajánlás 29

Miután a szülést követő korai hazaadás, ill. ambuláns szülés jogi, finanszírozási és szervezési feltételeit az állam létrehozta, ajánlott, hogy a szülészeti intézet saját protokollt dolgozzon ki a korai hazaadásra és az ambuláns szülésre vonatkozóan. Ezáltal az egészséges anya és gyermeke 24 órával a szülést követően otthonába távozhat (2B) [4], ha az anya ezt kéri és a feltételek adottak.

A családközpontú ellátás szemléletének megfelelően jelen irányelv készítői támogatják az ún. „korai hazaadást”, „ambuláns szülést” abban az esetben, amikor az anya ezt kéri, és a feltételek adottak. A korai hazaadás tovább javítja a megfelelő kötődés, egyben az igény szerint szoptatás kialakulását.

Ennek teljesülését azonban a hazai ellátási viszonyok jelentősen befolyásolják. Az anya és gyermeke korai hazabocsájtásra irányuló kérése abban az esetben méltányolható, ha az újszülött egészségi állapotának ellenőrzése az intézeten kívüli szülészeti ellátásról szóló jogszabálynak megfelelő szakmai tartalommal, akár állami, akár magánfinanszírozásban megvalósítható.

Szülésznők szerepe a családközpontú szülészeti ellátásban

Ajánlás 30

A megfelelő képzéssel rendelkező szülésznők önálló tevékenységét, az egyéb vonatkozó jogszabályok figyelembevételével, intézményi protokollokban ajánlott támogatni (1A), [3, 4].

A szülésznői önállóság a szakma szabályai szerinti alacsony kockázatú várandósok és szülések ellátására vonatkozik. Kóros eseményt észlelve jelentési kötelezettsége van, átadja a gondozást, illetve a szülést a szakorvosnak. Ettől kezdve a várandós gondozásáért, illetve a szülés ellátásáért a szakorvos a felelős. Amennyiben ez a szülés alatt következik be, úgy célszerű, ha a szülésnél addig dolgozó szülésznő a folyamatban lévő ellátásban továbbra is részt vesz.

Ajánlás 31

Ajánlott, hogy az intézet – körülményei és személyi állományától függően – törekedjen biztosítani az egy szülőnő – egy szülésznő munkamenet (kísérés) megvalósítását (1A), [3, 4, 79].

Az ajánlás teljesülése esetén kevesebb a szülések műtétes befejezése és magasabb a családok elégedettségi mutatója. A családbarát szülőszoba egyik legfontosabb kritériuma az egy szülőnő – egy szülésznő munkahelyi rend [81]. Ez az ajánlás csak akkor teljesíthető maradéktalanul, ha a szülésznők létszáma illeszkedik az intézet szülési számához.

Ajánlás 32

Amennyiben otthonszülésből történik intézetbe szállítás, ajánlott, hogy a kórházi személyzet biztosítsa a szülést addig kísérő szülésznőknek, hogy továbbra is az anya és apa mellett maradhassanak, ha a pár ezt szeretné (2B), [3, 79].

Amennyiben az intézeten kívüli ellátást biztosító szakembernek az adott intézettel szerződése van, úgy abban a minőségében a szülés további menetében részt vehet; amennyiben nincs szerződése, úgy laikus kísérőként lehet jelen a szülésnél.

Általános ajánlások

Ajánlás 33

A várandósság és a szülés alatti, valamint a szülés utáni egészségügyi ellátásban részt vevők az Eü. tv. előírásainak megfelelően tartsák szem előtt az anya és családja emberi méltóságát (2B), [80].

Ellátási folyamat algoritmus (ábrák):

Nem készült.

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

Jelen irányelvet minden szülészeti ellátást nyújtó intézménynek, praxisnak ajánljuk. Elsődlegesen alacsony rizikójú várandósok és szülések esetén alkalmazható, de magas rizikójú várandósok és szülések ellátása során is érdemes minden olyan ajánlást figyelembe venni, aminek orvosi kontraindikációja nincs. Jelen irányelv széles körű alkalmazásának meghatározó feltétele a szülészeti intézmények mindegyikében a személyi és tárgyi feltételek további javítása mindaddig, míg az egyágyas szülőszoba minden vajúdó számára biztosíthatóvá válik és az egy szülőnő-egy szülésznő elv maradéktalanul érvényesülhet.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A szülészeti ellátásban részt vevő ellátók intézményi és személyi szinten is kötelesek – az egyéb jogszabályokban megkövetelt módon – továbbképzéseken részt venni.

Ajánlott a SZTNB által anyatejes szoptatás érdekében szervezett képzés elvégzése, illetve licensz megszerzése minden olyan intézetben, ahol családbarát ellátás folyik.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A szakmai minimumfeltételeket tartalmazó rendeletben szülészeti és a gyermekosztályokon javasoljuk a szakdolgozók létszámát kibővíteni 1-1 fő laktációs tanácsadóval, továbbá a szülészeti osztályok esetében a védőnők számát 1000 szülésenként legalább 1 főben (teljes munkaidejű, 40 óra/hét), míg a gyermekosztályok esetében a védőnők számát az elérhető helyett 1 főben meghatározni. A fenti ajánlások csak akkor teljesülnek maradéktalanul, ha a humán erőforrások (szülésznő, gyermekápoló, védőnő) a szülészámtól függően a jelenleginél bővebben állnak rendelkezésre.

A tárgyi feltételek felsorolását a szüléset, újszülött PIC, koraszülött és csecsemőosztályok, részlegek esetében javasoljuk kiegészíteni mindazon eszközökkel, bútorokkal, felszerelésekkel, melyekkel az anya-baba-családbarát szemlélet megvalósítható. A laktációs tanácsadó képzést ingyenesen kell biztosítani a résztvevőknek.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A családbarát szülészeti ellátásban részesülő nők és családtagjaik, hozzátartozóik különböző szociális, kulturális körből kerülnek ki. Ennek megfelelően vannak jól és kevésbé tájékozott páciensek. A gondozásba vétel megkezdésétől folyamatosan megfelelő tájékoztatásban kell részesíteni őket, azoknak a szakembereknek, akik az adott ellátást biztosítják.

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készült.

2.3. Táblázatok

1. számú táblázat: Szüléset legfontosabb mutatói

2.4. Algoritmusok

Nem készült.

2.5. Egyéb dokumentum

A WHO 10 lépés az eredményes szoptatásért (2018-ban revideált változat) [80].

Az ICI 12 pontja [81] az anya és családja emberi méltóságát szem előtt tartó, biztonságos egészségügyi ellátásról.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A mindennapi gyakorlatban a pozitív szülésélmény megszerzése, amely a nemzetközi statisztikák kimutatásai alapján is elősegíti a további gyermekvállalási kedvet, további gyermek születését. A családbarát alapelvekre épülő szülészeti ellátás kevesebb szülés alatti beavatkozást eredményez, így csökkenti a hazánkban magas császármetszések számát. Orvosok számára továbbképzések szervezése speciális szülészeti esetekhez (pl. harántfekvés stb.).

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálataért az irányelv fejlesztésében is részt vett, fenti szakmai kollégiumi tagozatok – és lehetőség szerint a jelenlegi irányelv fejlesztésében részt vett személyek – a felelősök.

Tervezett felülvizsgálat: az egészségügyi szakmai irányelv hatálybalépése után 3 évvel felülvizsgáljuk az irányelv aktualitását, amennyiben szükséges, módosítjuk, vagy megerősítjük az ajánlásokat és ezzel újra érvényesítjük az irányelvet. Az aktuális felülvizsgálat során megismételjük a fejlesztéskor elvégzett teljes folyamatot az azóta eltelt időintervallumra:

- elvégezzük a szisztematikus irányelv, vagy egyéb irodalomkeresést, új bizonyítékok után kutatva,
- szakértők véleményét felhasználva a hazai ellátórendszer aktuális állapotát felmérjük,
- azonosítjuk a változásokat,
- eldöntjük, hogy szükséges-e bármilyen módosítás.

Soron kívüli felülvizsgálat: ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be, az irányelvben meghatározott időpontnál korábban végzünk el bizonyos

mértékű felülvizsgálatot. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg. Ha a soron kívüli felülvizsgálat csak bizonyos ajánlásokat érintett, és az egész egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata nem történt meg, akkor a tervezett időpontban annak teljes körű felülvizsgálatát végezzük el. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata során azonosítani kell, hogy új bizonyíték, vagy a hazai ellátó környezet változása miatt szükséges-e módosítani az egészségügyi szakmai irányelv valamely ajánlását.

IX. IRODALOM

1. EAU Handbook for Guidelines Development, 2017, <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Production-Handbook-July-17.pdf>
2. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve A bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez,

https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Hungarian.pdf
3. Intrapartum care for healthy women and and babies, NICE 2018, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>
4. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
5. 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
6. Tanner Stapleton L.R; Schetter C.D; Westling E. Et al.: Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. Journal of Family Psychology, Vol 26(3), Jun 2012, 453-463. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992993/pdf/nihms566240.pdf>
7. ACOG Committee Opinion Number 650, December 2015, Reaffirmed 2017, Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co650.pdf?dom=prime&src=syn>
8. 1997. évi CLIV törvény Az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>
9. WHO, UNICEF: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018, Implementation guidance, ISBN: 978 92 4 151380 7 <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>
10. Hutton, E.K, Reitsma, A, Simioni, J, et al.: Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. The Lancet EClinicalMedicine Published: July 25, 2019
11. Snowden J.M, Tilden E.L, Snyder L et al.: Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes, December 31, 2015. N Engl J Med 2015; 373:2642-2653

12. Benahmed, N, San Miguel, L, Devos, C, et al.: Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 289. Published online 2017 Sep 6. doi: 10.1186/s12884-017-1465-7
13. ACOG Committee Opinion No. 731: Group Prenatal Care. *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):e104
<https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co731.pdf?dmc=1&ts=20181028T122434919>
14. Mother-Friendly Childbirth Initiative, <http://www.motherfriendly.org/mfci>
15. Mirghafourvand M¹, Mohammad Alizadeh Charandabi S¹, Ghanbari-Homayi S et al: Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2019 Aug;25(4):e12722. doi: 10.1111/ijn.12722. Epub 2019 Jan 24.
16. Salvesen K. Counselling is difficult when outcomes are associated with mode of delivery and not with the plan for mode of delivery. *BJOG*. 2015 Nov;122(12):1663. doi: 10.1111/1471-0528.13596. Epub 2015 Aug 20 <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13596>
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13597>
17. Amis D., Healthy Birth Practice #1: Let Labor Begin on Its Own, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 2014 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235056/pdf/JPE_Vol023-004_A5_178-187.pdf
18. Ondeck M., Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 2014
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235058/pdf/JPE_Vol023-004_A6_188-193.pdf
19. Green J., Hotelling B.A., Healthy Birth Practice #3: Bring a Loved One, Friend, or Doula for Continuous Support, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 2014
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235055/pdf/JPE_Vol023-004_A7_194-197.pdf
20. Szeverényi P.: Családközpontú szülészeti gyakorlat lehetőségei a lelki egészség megőrzésében. (*Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 2008. XII. [15/29]).
http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/anya_gyermek_egyseg_es_szulocsecsemo_konzultacio
21. Lothina J.A., Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 2014
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235054/pdf/JPE_Vol023-004_A8_198-206.pdf
22. DiFranco J.T., Curl M., Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 2014
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235063/pdf/JPE_Vol023-004_A9_7-210.pdf
23. Crenshaw J.T., Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding, *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 2014
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235060/pdf/JPE_Vol023-004_A10_211-217.pdf
24. WHO recommendation on effective communication between maternity care providers and women in labour, 15 February 2018 <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy->

childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-effective-communication-between-maternity-care-providers-and-women-labour

25. Chaillet N., Belaid L., Crochetičre C., et al.: Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*. 2014 Jun;41(2):122-37. doi: 10.1111/birt.12103. Epub 2014 Apr 25. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12103>
26. Papp, Z.: *Szülészet-Nőgyógyászati Protokoll*, (2nd ed.). Budapest: Golden Book Kiadó (2002) ISBN 963-8232-76-5
27. Varney, H.: *Varney's Midwifery* (3rd ed. 1997.). London, UK: Jones and Bartlett Publisher ISBN 0-7637-1856-4 1
28. Sinclair, C. A. *Midwife's Handbook*. St. Louis, 2004, MO: Saunders ISBN-13: 978-0721681689
29. Long, L. Redefining the second stage of labour could help to promote normal birth. *British Journal of Midwifery* 2006. 14(1). <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2006.14.2.20437>
30. Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J. et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, (3rd ed. 2006.). New York: Oxford University Press. ISBN 9780192631732
31. Buckley, Sarah J. *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, January 2015. <http://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>
32. Wiklund I., Norman M. Uvnas-Moberg, K. Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors, *Midwifery*, 2009. 25, 31-38 [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(07\)00091-5/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(07)00091-5/fulltext)
33. Kukululu, K., Demirok H. Effects of Epidural Anesthesia on Labor Progress, Pain Management Nursing, 9, 10-16. 2008. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904207001439>
34. Arendt, K. W., & Segal, B. S. The association between epidural labor analgesia and maternal fever. *Clinics in perinatology*, 2013. 40(3), 385–398 [https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108\(13\)00073-0/fulltext](https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108(13)00073-0/fulltext)
35. Hawkins, J. L. Epidural analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med*, 2010. 362(16), 1503–1510 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMct0909254>
36. Rossignol, M., Chaillet, N. Boughrassa F. Et al.: Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: A systematic review and modeling of the cascade of interventions. *Birth*, 2014. 41(1), 70–78. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12088>
37. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, et al: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia, *Cochrane* 16 May 2012 <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/epdf/abstract>

38. Miller, L. A., Miller, D. A., Tucker, S. M. *Pocket Guide To Fetal Monitoring* (7th ed. 2013.). St. Louis, MO: Mosby, Inc. ISBN 978-0323401579
39. Olds, S.B., London, L.M., Ladewig, P.W, et al. *Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Care*. (9th ed. 2012.) Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall ISBN 978-0-13-210907-9
40. Frye, A. *Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice, Volume II*. (1st ed. 2004.). Oregon, Portland: Labrys Press ISBN-13: 978-1891145674
41. Fraser, D.M., Cooper, M.A. *Myles Textbook for Midwives* (15th ed. 2009.). London, U.K.: Churchill Livingstone ISBN 9780702041310
42. Alfirevic Z. et al: Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour, *Cochrane database*, 3 February 2017
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/epdf/abstract>
43. The Canadian Perinatal Programs Coalition: *Fundamentals of Fetal Health Surveillance* (4th ed. 2009.) British Columbia, Canada: British Columbia Perinatal Health Program
<http://www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/education-development/fetal-health-surveillance>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316326159?via%3Dihub>
44. *Obstetric Guidelines 2017–19*. The Bedside Clinical Guidelines Partnership in association with the Staffordshire, Shropshire & Black Country, Newborn and Maternity Network and Southern West Midlands Maternity and Newborn Network <https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/staffordshire-shropshire-and-black-country-newborn/obstetric-guidelines/obstetric-guidelines-2017-19>
45. ACOG *Obstetric Care Consensus Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery* March 2014 Reaffirmed 2016
46. Chalk, A. Spontaneous versus directed pushing. *British Journal of Midwifery* 2004. 12(10).
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2004.12.10.16100>
47. Frye, A. *Healing passage* (6th ed. 2010.). Portland, Oregon: Labrys Press. ISBN 978-1-891145-58-2
48. Laughon S.K., Berghella V., Reddy U.M., Sundaram R., Lu Z., Hoffman M.K. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2014; 124:57–67.
49. Cheng Y.W., Caughey A.B. Defining and managing normal and abnormal second stage of labor. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017; 44:547–566.
50. Tharpe, N. L., Farley, C., L. *Clinical Practice Guidelines for Midwifery and Women's Health*. (3rd ed. 2009.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. ISBN-13: 978-1284070217
51. DiFranco, J. T., Romano, A. M., Keen, R. Care Practice #5: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions. *Journal of Perinatal Education* 2007. 16(3).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948091/pdf/JPE160035.pdf>

52. Cooke, A. When will we change practice and stop directed pushing in labour? *British Journal of Midwifery* 2010. 18(2) <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>
53. Fraser, D. M., Cooper, M. A. *Myles Textbook for Midwives* (15th ed. 2009.). London, U.K.: Churchill Livingstone ISBN 9780702041310
54. Steen, M. Care and Consequences of perineal trauma. *British Journal of Midwifery* 2010. 18(11):710-715. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.11.79563>
55. Dixon L. et al: The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives Journal* 42 May 2010, pg. 21-26
<https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf>
56. Živković K, Živković N, Župić T, et al.: Effect of Delivery and Episiotomy on the Emergence of Urinary Incontinence in Women: Review of Literature, *Acta Clin Croat.* 2016 Dec;55(4):615-624.
57. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5:CD000111. Epub 2018 May 16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cluett+ER%2C+Burns+E%2C+Cuthbert+A>
58. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. ACOG' Committee on Obstetric Practice. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(5):e231. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Immersion-in-Water-During-Labor-and-Delivery>
59. Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al, Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study, *Scientific World Journal.* 2017; 2017: 1940756. Published online 2017 Sep 7. doi: 10.1155/2017/1940756 <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2017/1940756/>
60. ACOG Practice bulletin 2010. no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 116, 450–463.
61. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet* 89, 319–331.
62. RCOG Green-top Guideline 2015. No.45. Birth after previous cesarean birth.
63. Reif, P., Brezinka, C., Fischer, T. et al.: Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section: Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2016. 76, 1279–1286.
64. 27. Sentilhes, L., Vayssiere, C., Beucher, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013. 170, 25–32.
65. Philips, R: The Sacred Hour Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth *NAINR.* 2013;13(2):67–72.

66. Shakur H, Roberts I, Fawole B et al. (WOMAN Trial Collaborators) Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial – The Lancet VOLUME 389, ISSUE 10084, P2105-2116, MAY 27, 2017.
67. The Royal College of Midwives (2012). Clinical practice and guidance <https://www.rcm.org.uk/clinical-practice-and-guidelines>
68. Cook, K., Loomis, C. The Impact of Choice and Control on Women’s Childbirth Experiences. The Journal of Perinatal Education 2012. 21(3). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392605/pdf/JPE21-3_PTR_A5_158-168.pdf
69. Fraser, D. M., Cooper, M. A. Myles Textbook for Midwives (15th ed. 2009.). London, U.K.: Churchill Livingstone ISBN 9780702051456
70. WHO recommendation on newborn health. Guidelines approved by the WHO review committee, Updated May 2017
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf;jsessionid=DF496582B9D96C15EF666E75BBFF499F?sequence=1>
71. Singh G, Archana G, Unraveling the mystery of Vernix Caseosa Indian J Dermatol. 2008; 53(2): 54–60.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763724/?fbclid=IwAR05z963bdCpnMX0Kgb9g9TBOZSKKKq5JjYL6Le30cxOdGdPghj0AqY-q>
72. Righard L., Alade M.O.. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet, 1990. 336(8723):1105-1107 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(90\)92579-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(90)92579-7/fulltext).
73. Philips R, The Sacred Hour Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth, NAINR. 2013;13(2):67-72.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336913000299?via%3Dihub>
74. Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., et al.: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane database Syst Rev. 2012;5:CD003519.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/pdf/emss-57256.pdf>
75. Chi Luong K., Long Nguyen T., Huynh Thi D.H., et al.: Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. Acta Paediatr. 2016; 105:381–90
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/apa.13164>
76. Philips R., The Sacred Hour Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth, NAINR. 2013;13(2):67–72.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336913000299?via%3Dihub>

77. Ludington-Hoe, S. M., Morgan, K. Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *Newborn and Infant Nursing Reviews*,14(1), 28–33. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2013.12.009>
78. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub3/epdf/full>
79. McLachlan H.L., Forster D.A., Davey M., et al.: Comparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008, 8:35 doi:10.1186/1471-2393-8-35 <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-8-35>
80. WHO Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
81. International Childbirth Initiative 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care provides https://www.internationalchildbirth.com/uploads/8/0/2/6/8026178/ici_initiative.pdf

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A fejlesztőcsoport a családbarát kormányzati intézkedésekről szóló 1098/2018. (III. 19.) Korm. határozat (2. pont) felhívása alapján a családbarát szülészeti elvek megfogalmazásának céljából irányelv fejlesztésére alakult meg. Az irányelv fejlesztésének megkezdésekor a Szülészeti és Nőgyógyászati, Asszisztált Reprodukciós Tagozat tagozatvezetője és egyben irányelvfejlesztő felelőse jelölte ki a fejlesztőcsoport tagjait és határozta meg a tagok feladatait.

Az elkészült szakmai irányelvtervezetek első verzióját előzetesen megkapták az Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészet és Nőgyógyászat, Asszisztált Reprodukciós Tagozatának és Tanácsának tagjai, akik részletesen áttekintették és elektronikus levelezés útján észrevételezték az anyagokat. Az észrevételezés során tett szakmai pontosításokat, mondattani, fogalmazásbeli módosításokat átvezették a dokumentumban, így a személyes megbeszélésen már csak a vitatott, vagy stratégiai döntést igénylő kérdésekkel foglalkoztunk.

A személyes egyeztetésen az észrevételekkel korrektúrázott szakmai anyagok kerültek kivetítésre, amelyek vitatott részeit sorra átbeszéltük. A felmerülő kérdések eldöntésében az interaktív csoporttechnika módszerét alkalmaztuk, és törekedtünk a konszenzusos döntéshozatalra. Amikor ez nem vezetett eredményre, szavazással többségi döntést hoztunk.

Az így összeállított anyagot elektronikus úton körbeküldtük, több alkalommal felülvizsgáltuk, korrigáltuk. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

A Munkacsoport valamennyi tagja jóváhagyta a szakmai irányelv végleges verzióját.

A felsorolt Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok áttekintették az irányelvet, majd megtették javaslataikat, amely módosítások bekerültek a végleges irányelvbe.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés a PubMed és az UpToDate adatbázisokban történt. Időkorlátként 10 évet határozott meg a fejlesztőcsoport. Az irányelvfejlesztés kiindulási pontját a NICE Intrapartum care for healthy women and babies 2018-ban kiadott irányelve jelentette. A fejlesztőcsoport további nemzetközi szakmai irányelvek ajánlásait is átvette (WHO, ACOG). Azokban az esetekben, ahol a hivatkozott irányelvek nem tartalmaztak utalást az adott gyakorlatra a szakirodalom szisztematikusan áttekintésére volt szükség. A hivatkozásként megjelölt további közlemények, evidencia szintje meghatározásra került, mely besorolás és az ajánlás hazai gyakorlati alkalmazhatósága együtt határozta meg az ajánlás erősségét. A hivatkozott közlemények elektronikus elérhetősége is része a hivatkozásnak. Egyes közlemények elektronikus hozzáférése korlátozott, csak előzetes regisztráció után tölthetők le. Ezek jelölésre kerültek.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A bizonyítékok és az ajánlások szintjei és indoklásuk részletezése a jelen dokumentum IV. fejezetében a 3. és 4. pont alatt található.

A bizonyítékok szintjének és az ajánlások erősségének meghatározása követi a nemzetközi gyakorlatot. Új eredmények változtathatnak a bizonyítékok és ajánlások szintjein, ezért az új tanulmányok és ajánlások tükrében időszakos módosítások szükségesek, melyekre általában az irányelvek megújításakor kerül sor, indokolt esetben korábban. Az ajánlások változása a klinikai gyakorlat változását eredményezi, a jó gyakorlatok elterjedését elősegítve.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlások, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt.

A fejlesztőcsoport nemzetközi irányelvek ajánlás-rangsorolását (A, B és C erősségű ajánlás) követte, melyet kiegészített egy negyedik (D) ajánlás erősséggel, ami a hazai, szakmai konszenzuson alapuló szakértői véleményeket tükrözi.

Ajánlások szintjei	Ajánlások tulajdonságai
A	Jó minőségű, konzisztens klinikai vizsgálatokon alapulnak, az adott ajánlással foglalkoznak, legalább egy randomizált vizsgálaton alapulnak.
B	Megfelelően lefolytatott, de randomizálás nélküli klinikai vizsgálatokon alapulnak.

- C** Közvetlenül alkalmazható, jó minőségű klinikai vizsgálatok hiánya ellenére megfogalmazott ajánlások.
- D** Hazai szakértői véleményen alapuló ajánlások.

Az iránylev szövegében a bizonyítékok szintjét és az ajánlások besorolását az ajánlás szövegét követően zárójelben jelöljük [pl. (2A), (4D)].

5. Véleményezés módszere

Az iránylev szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó szakmai tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az iránylev szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az iránylevfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértői véleményezés nem történt.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készült.

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat: Szülészeti legfontosabb mutatói.

Év	Élve születések száma	Koraszülések aránya (%)	Császár-metszés gyakorisága (%)	Perinatális magzati mortalitás (‰)	Csecsemő- Terhesség- halálozás (‰)	Terhesség- megszakítások száma
2010	90 335	9,3	33,0	6,9	5,3	40 500
2011	88 049	8,2	33,8	6,6	4,9	38 443
2012	90 269	9,2	34,8	7,1	4,9	36 118
2013	88 689	9,5	35,8	6,7	5,1	34 891
2014	91 510	9,3	37,3	6,6	4,6	32 663
2015	91 690	9,3	37,9	6,2	4,1	31 176

2016	93 063	9,3	38,7	6	4	30 439
2017	91 575	8,5	40,2	6,2	3,6	28 496

Forrás: Tauffer szülészeti adatbázis alapján.

1.4. Algoritmusok

Nem készült.

1.5. Egyéb dokumentumok

A WHO 10 lépés az eredményes szoptatásért (2018-ban revideált változat) [80]

A Bababarát Kórház Kezdeményezés alább felsorolt kritériumai a bababarát cím odaítélésének minimum feltételei.

1)

a) Teljes mértékben tartsa be az anyatej helyettesítők nemzetközi forgalmazási kódexét és az Egészségügyi Világszervezet vonatkozó határozatait.

b) Legyen írásos csecsemőetelési protokoll, amelyről rendszeres tájékoztatást kapnak a személyzet tagjai és a szülők.

c) A csecsemők táplálását folyamatosan megfigyelő ellenőrző rendszert állít fel.

2) Biztosítani kell, hogy a személyzet megfelelő ismeretekkel, kompetenciával és készségekkel segítse a szoptatást.

3) A várandósoknak és családtagjaiknak adjon tájékoztatást a szoptatás fontosságáról és mikéntjéről.

4) Támogassa az azonnali és folyamatos bőr-bőr kontaktust, valamint a szülés után a lehető leghamarabb megkezdett szoptatást.

5) Támogassa az anyákat a szoptatás elkezdésére és fenntartására, valamint nyújtson támogatást a szoptatási nehézségek kezelésére.

6) Ne adjon a szoptatott újszülötteknek semmilyen más táplálékot vagy folyadékot, mint anyatej, kivéve, ha annak kifejezett orvosi oka van.

7) Lehetővé teszi, hogy anya és újszülött gyermeke a nap 24 órájában együtt maradjanak.

8) Adjon segítséget az anyák számára, hogy felismerjék és megfelelően tudjanak reagálni a csecsemő éhségjeleire.

9) Az anyáknak adjon megfelelő felvilágosítást a cumisüvegek és cumik használatának kockázatairól.

10) Tegye lehetővé, hogy a szülők és az újszülöttek megfelelő időben férhessenek hozzá a szükséges és folyamatos támogatáshoz, segítséghez.

AZ ICI 12 PONTJA [81] AZ ANYA ÉS CSALÁDJA EMBERI MÉLTÓSÁGÁT SZEM ELŐTT TARTÓ, BIZTONSÁGOS EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRÓL

A FIGO, IMBCO, IPA, ICM, ICN, Lamaze International és több nemzeti és nemzetközi szervezet alapításával jött létre az International Childbirth Initiative (ICI – www.internationalchildbirth.com), amely 2018 novemberében evidenciákon alapuló útmutatást állított össze az anyák biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátásához, melynek fő célja a testben és lélekben egészséges anya és újszülött. Ezen 12 pont minden magyarországi szülészeti ellátásban érvényre kell, hogy jusson, ezért ajánlott ezek figyelembevételére.

1. Minden nőt és újszülöttet együttérzéssel, tisztelettel kell kezelni, méltóságukat megőrizve, fizikai, verbális vagy érzelmi visszaélések nélkül. Biztosítani kell az egyéni és kulturális szokásaiknak megfelelő környezetet, mely során lehetőségük van az önkifejezésre, a tájékozott választásra és az intimszféra megőrzésére.
2. Tiszteletben kell tartani minden nő jogát, hogy megkapja a megkülönböztetéstől mentes és ingyenes, vagy legalább megfizethető ellátást a szülési folyamat során. A nő és az újszülött ellátása semmilyen körülmények között nem utasítható el, illetve nem érheti hátrányos megkülönböztetés abban az esetben, ha az ellátásért nem képes fizetni.
3. Minden szülészeti ellátást nyújtó intézetben, minden ellátási, intézményi és személyi szinten biztosítani kell az anya-baba-család (családközpontú) ellátást, melynek alapja a bábai ellátási modell.
4. Az anyával ismertetni kell, hogy a vajúdása és szülése során joga és lehetősége van a folyamatos támogatásra, amit az általa választott személyektől kaphat. Tájékoztatni kell ennek előnyeiről és biztosítani kell, hogy a számára megfelelő támogatást kaphassa.
5. A szülés során előnyben kell részesíteni és fel kell ajánlani a biztonságos nem-gyógyszeres fájdalomcsillapítás lehetőségét. Amennyiben lehetőség van gyógyszeres fájdalomcsillapításra és az anya azt kér, úgy ismertetni kell azok előnyeit és hátrányait egyaránt.
6. Minden szolgáltató az ellátás során olyan, bizonyítékokon alapuló gyakorlatot folytasson, amely a legmegfelelőbb az anya-baba-család egység számára az ellátás egésze alatt.
7. Minden szolgáltató a várandósság, vajúdás, szülés, szülés utáni időszak és az újszülött ellátásban kerülje azokat a potenciálisan káros eljárásokat és gyakorlatokat, amelyek hasznosságára elegendő bizonyíték nincs és rutin, vagy gyakori használatuk nagyobb rizikót jelenthet.
8. Be kell vezetni olyan intézkedéseket, amelyek javítják az anya-baba-család jóllétét és segítenek a betegségek megakadályozásában, beleértve a megfelelő táplálkozást, a tiszta víz elérhetőségét, a megfelelő higiéniai körülményeket, valamint a családtervezési ismereteket, betegségek és szövődmények megelőzésére és a szülés előtti és utáni nevelésről szóló ismeretek átadását.
9. Az ellátó szükség esetén adjon megfelelő szülészeti, újszülött és sürgősségi ellátást. Biztosítani kell, hogy a személyzet képzett legyen a (potenciálisan) veszélyes körülmények és komplikációk felismerésében, valamint a hatékony kezelés vagy a páciens stabilizálásának biztosításában. Ezenfelül konzultációs kapcsolat és szükség szerinti tovább szállítás lehetőségét is biztosítani kell.

10. A humánerőforrás-politika legyen támogató az elkötelezett személyzet felvétele és megtartása érdekében. Fontos, hogy a személyzet biztonságban érezze magát, megkapja a megfelelő tiszteletet, így jó munkakörülmények között képes legyen a megfelelő minőségű, együttműködő és személyre szabott ellátásra mind a nők, mind az újszülöttek tekintetében.

11. Biztosítson folyamatos együttműködést az összes érintett egészségügyi szolgáltatóval, intézménnyel és szervezettel minden ellátási szinten és készítsenek közös terveket, alakítsanak ki kommunikációs csatornákat a megfelelő konzultáció és áthelyezési folyamat érdekében.

12. Vezesse be a Bababarát ellátás 2018-ban felülvizsgált 10 pontját – a szoptatás védelme, előmozdítása és támogatása érdekében.