

## Sheila Kitzinger levele Európából

Az óra, az ágy és a szék

Vannak tényezők, amelyek szinte észrevétlenek, normálisnak tartottak szülés közben. Azon konvencionális környezeti tényezőkről van szó, amelyeket a nyugati társadalmak a szülés körül alkalmaznak. Ezek híján egyes szakemberek kényelmetlenül éreznék magukat. A szülés körüli tevékenységek alapjait képezik, de nincsenek kihangsúlyozva, hiszen ezek nem látványos dolgok.

A falióra

Az óra a falon mindig is központi felszerelés volt a szülés közben. Az összes adat rögzítésében szerepet játszik, az általa adott információ segít a fájások, a méhen belüli történések, az első, második, harmadik fázis mérésében és az újszülöttek fizikai kondíciójának pontozásához is az óra adja az alapot.

Egyes egészségügyi szakemberek számára a szülés óra nélkül ijesztően zavarosnak tűnne. Úgy éreznék, hogy kicsúszik a kezükből az irányítás. A falióra által kapott információt még karórával is ellenőrzik, ráadásul az elektronikus magzati monitor is rögzíti az időt az eredmények nyomtatásakor. Ha utólag visszatekintünk, a szülés eseményei mind az óra által definiáltak: mikor és mennyire tágul a méhszáj, a burokrepesztés ideje, a fej beilleszkedésének ideje, mikor helyeznek be intravénás katétert, mikor és milyen gyógyszert alkalmaznak, a baba és a placenta születésének pontos ideje, és még sorolhatnánk.

Azon nők számára, akik kórházban szültek, sok szempontból a nehéz, illetve a könnyű szülési élményt is az óra, az idő alapján határozzák meg. Mindezek a tényezők kevésbé hangsúlyosak otthonszülés esetén. A szülésekről szóló beszámolókat tanulmányozva, elemezve arra a következtetésre jutottam, hogy a kórházban szülő, illetve az otthonszülő anyák különböző képpen hivatkoztak az időre, mint tényezőre.

A kórházakban a születési idő az óra és a partogram által meghatározott. Sokszor az is egyértelműen kiderül, hogy a szülés körüli döntéseket is az idő határozta meg. Mindennek, ami szülés közben történt, rögzítették a pontos idejét és sok anyuka a szülésről szóló beszámolóját is egyfajta időrendi táblázatként írta le, minden sort, vagy részt a pontos idővel kezdve.

Olyan esetekben, amikor egy asszonyt otthonról a kórházba szállítottak, ebben a döntésben is nagy szerepe volt az időnek. Az egyik édesanya beszámolója alapján a szülésznő, aki délután 3 órakor érkezett az otthonukba, a következő kijelentést tette:

„Ennek a babának meg kell születnie este 6 óráig. Utána már nem vagyok szolgálatban és nincs más, aki át tudná venni tőlem a munkát.” Az édesanyját ezek után kórházba vitték és intravénás injekcióval elindították a szülést, ám végül sürgősségi császármetszéssel szült, amit azzal indokoltak, hogy túl sokáig elhúzódott a szülés.

Az otthoni szülésekről szóló beszámolók általában valamilyen természetes jelenséggel összefüggésben jelölik az időt, úgyis, mint éjszaka és nappal, hajnal, alkony, félhomály, verőfény, sötétség. Ezen kívül nagy hangsúlyt kaptak a szociális tényezők és emberi kapcsolatok, mint a gyerekek ébredése, iskolába indulása, a szomszédok érdeklődése, vagy közös családi étkezések. Az egyik anyuka arról számolt be, hogy a kertben ültetett palántákat a szülésznő segítségével mindaddig, amíg a fájások túl erősek nem lettek a kertészkedés folytatásához. Sok otthoni szülő asszony meséli azt, hogy előre elkészítették az ételeket a családjuk számára, sőt, néhányan tortát sütöttek a születés megünneplésére.

A kórházakban az óra által diktált szülési folyamatok már annyira általánosak és normálisak, hogy fel sem figyelünk a falióra szerepére. A falióra egy alábecsült találmány, aminek óriási a jelentősége a szülések lefolyásában.

## Az ágy

1970 óta tesznek közzé kutatási eredményeket, melyek azt bizonyítják, hogy a felegyenesedett pozíció és a mozgás lehetősége segíti az összehúzódásokat és csökkenti a fájdalomérzetet. Mégis, a szülés folyamatában az ágy központi bútordarab és természetesnek vesszük a használatát. Az ágy azért van, hogy belefeküdjünk. Egy bizonyos pozíciót szorgalmaz és egy bizonyos hozzáállást közvetít. Az ágy pihenésre szolgál, az ágyban fekvés célja, hogy enyhítse a fájdalmat és többek között az is, hogy lehetővé tegyen bizonyos professzionális vizsgálatokat, diagnosztizálást és tevékenységeket. A szakemberek az ágy köré gyűlnek és letekintenek, az összes lámpa fénye az ágyra összpontosul, az elektronikus segédeszközök mind az ágy mellett sorakoznak, hogy az ágyban fekvő testéhez kapcsolódjanak. Az ágy és a benne fekvő beteg egymáshoz tartoznak.

A szülés ágyban fekvésként normálisnak minősül, sőt, a legtöbb kórházban elkerülhetetlen. Ehhez képest minden egyéb variáció a szülésre forradalmian újnak és merésznek hat.

## A szék

Amikor a kórházi szakemberek kiengedik a szülő nőt az ágyból, legtöbbször egy másik bútordarabot jelölnek meg alternatívaként. A szabad mozgástér helyett egy szék az, amit felajánlanak. A 80-as évektől kezdve sok tanulmány látott napvilágot, amely az ágyat és a széket hasonlíttja össze szülés szempontjából, viszont egy sem, amely a széket vizsgálja a teljesen szabad mozgástérrel kontrasztba állítva.

Amikor a széket használják, az a következő implicit üzenetet hozza magával: „Üljön le ide, lábakat oda tessenek tenni, és ebbe kell kapaszkodni.” Minél kifinomultabb a szék, mint felszerelés, annál kevesebb lehetőség adott benne az elhelyezkedésre és annál jobban korlátozza a mozgást.

A guggoló és térdelő szülési pozitúrák máig a legelterjedtebbek a tradicionális kulturális közegekben világszerte. Egy nagy jamaikai kórházban végzett kutatás során az 1960-as években szemtanúja lehettem több vitának, ami a szülésznők és szülő asszonyok között zajlott. Az asszonyok mindenképpen fel akartak kelni, és állva, behajlított térdekkel a csípőjüket előre-hátra ringatva vajúdni. A szülésznők viszont mindenképpen az ágyban, vagy a szülőasztalon próbálták tartani őket, és azt várták tőlük, hogy mozdulatlanul feküdjenek, ahogy azt jó magaviseletű betegektől elvárják.

A szülőszéknek a régmúltba nyúló története van. A középkorban a szülőszék patkóalakú faalkotmány volt, amely lábakon állt és nem volt sem háttámlája, sem karfája. Az asszony ráülhetett és szabadon mozgathatta a végtagjait, valamint a csípőjét. A bábák egyike a szülő nő mögött ült, megtámasztotta és együtt mozgott vele. Ez egy ismerős és kényelmes pozíció volt, hiszen a nők akkoriban rengeteget ültek székeken és sámlikon, amikor tehenet fejtek, szöttek, vagy fontak. Egy másik változat a XVI. századból való. Ez egy hátrafelé meghosszabbított szék volt, amire egy másik nő a szülő asszony mögé ülhetett, hogy a saját testével támogassa. Később adtak merev támlát és karfákat a székekhez.

A szülőszék az úgynevezett "szülő-téglákból" fejlődött ki, amiket Egyiptomban, Perzsiában és Indiában használtak. A másik elődje a széknek az ölben ülés, ami elterjedt volt Afrikában, Európában és Dél-Amerikában. A XIX. század elején egy német asztalos megalkotott egy háttámlás szülőszéket, miután a felesége elmesélte más, várandós asszonyoknak, hogy milyen könnyű volt szülni a férje lábai között ülve. A többi környékbeli asszony is az asztalos segítségét kérte, aki végül megalkotott egy szülőszéket, ami átvehette a férfi szerepét szülés közben.

Az ölben ülés és a szék kombinációját fejlesztették ki az amerikai telepesek. A nő a férje combjai között foglalt helyet háttal, egy alacsony széken, szemben vele pedig a bábák vagy más segítők foglaltak helyet, hogy megragadhassa a kezüket szükség esetén.

A korábbi, inkább sámlira, zsámolyra emlékeztető szülőszékeket később kipárnázták, keretet adtak nekik és lábtartót kaptak, és egyre inkább emlékeztettek a középosztálybeli, klasszikus székekre, sokszor dekoratív mintákkal és díszítésekkel.

Ettől fogva szinte csak egy lépés volt, hogy a szülő nőt egy pozitúrában rögzítsék: az ülési szöveget beállítva a nő a hátát a támlának dönti és lábait a megadott helyen feltámassza. A szülő nő tevékenységéről a hangsúly áttevődött a szülész tevékenységére; a szülőszékeket és asztalokat úgy tervezték, hogy a szülész tevékenységét segítsék, és hogy az ő feladatát se akadályozza a páciens.

A mai szülőszékek széles skáláján szerepel például az új-zélandi műanyag szülőzsámoly, amely szabadon hagyja a gerincaljat és egy rozsdamentes acéledény csatlakozik hozzá alul a placenta érkezéséhez. Vagy ott vannak a sokkal kifinomultabb konstrukciók, amelyek átalakíthatóak szülőasztallá anélkül, hogy a páciensnek el kellene mozdulnia, és így rögtön elvégezhető a császármetszés is. Svájcban a Maya szülőzsámoly egy alacsony, görbe zsámoly, kipárnázott ülökével, amin a szülő asszony szabadon mozgathatja a csípőjét, ülés közben is.

Az elegáns Róma szék szintén svájci találmány, ruganyos és kipárnázott ülökével aktivitást sugall, hiszen leginkább egy tornaszere emlékeztet. Ám lábtartói korlátozzák azt, hogy hova teheti a vajúdo asszony a lábait. Nekitámaszkodhat a fémkeretnek, vagy belekapaszkodhat a feje fölött futó fémvázba, ám nem térdelhet, guggolhat,

vagy vajúdhat négykézláb.

Manapság az orvosi eszközök gyártói, amelyek modern szülőszékeket állítanak elő, azzal reklámozzák a termékeiket, hogy egy gombnyomásra megváltoztatható a pozíció és a szülő asszony guggolhat egy vázba kapaszkodva, avagy egy mozdulattal átlendíthető a Trendeleberg pozícióba, illetve bármikor hanyatt fektethető császármetszés esetén. Hiába hirdetik azzal a székeket, hogy megengedik a függőleges, támogatott pozíciókat is, a döntés végül mégis a szülésész és a szülésész kontrollálja, hogy végül milyen pozícióban fog szülni a páciense.

Bármely nemzetközi szülészeti konferencián láthatunk ilyen székeket kiállítva. Egy díjnyertes olasz szülőszéket, amely kizárólag orvosi acélból és fekete bőrből készült, a következő szöveggel reklámoznak: „a legkedveltebb pozíciót teszi lehetővé, amely pszichológiailag megfelelő a szüléshez.” Ez a pozíció a következőképpen fest: az asszony a hátán fekszik, a lábai kengyelben, a csuklóit és a bokáit leszíjazva, a vállai úgy kitámasztva, hogy ne tudta mozgatni a fejét. A gyártó Malvestio (Industrie Guido Malvestio) mindezt meg is magyarázza: „Mivel a székek oly nagy a mobilitása, nagy mozgásteret biztosít a szülésznek, hogy megfelelően hozzáférjen a szülő asszonyhoz.” Azt is hozzátesszük még, hogy „egyetlen kar meghúzásával gyorsan átalakítható szülőasztallá, ahol el lehet végezni a császármetszést is.”

A medence

Még az aránylag új találmány, a szülési medence sem engedélyez túl nagy mozgásteret az anyáknak. Elméletben a medence terhelésmentes mozgást tesz lehetővé a szülő nő számára, a víz támogató szerepét kihasználva. Legalább is ez a feltételezés. A publikált tanulmányok azonban hiába utalnak a medencére, mint a mobilitásra lehetőséget adó előnyös lehetőségre, a legtöbb medence gondosan megmunkált építmény ülésekkel, karfákkal, kapaszkodókkal és lábtartókkal. A bennük történő mozgás korlátozott. Sok helyen a medencét mozgáskorlátozottak fürdetése céljából építették és ugyanezeket használják a szülésekhez is. Egy olyan medence, amelyet idősek és mozgássérültek fürdetésére terveztek, már a céljából fakadóan is korlátozza a benne ülő mozgását. A beépített székekkel, rámpákkal, lábtartókkal és kapaszkodókkal felszerelt medencék ugyanúgy korlátozóak.

Sok angliai kórházban egy emelőszerkezetet építenek a medencébe, hogy a szülésész, ha szükségesnek látja, azonnal a szárazra emelhesse a testet. Számos európai kórházban annak ellenére, hogy nincs bizonyíték az alábbi eljárás biztonságosságára, mégis begyógyszerezve engedik a szülő asszonyokat a medencébe. A vajúdo anyák sokszor kapnak demerolt, vagy epidurális érzéstelenítést mielőtt a medencébe ülnek. E téren további információk gyűjtése szükséges, hogy létrehozassunk egy nemzetközi kutatási adatgyűjteményt a vízben való szülésről.

Összefoglalásként

Az óra által szabályozott szülést mindenképpen a szervezési protokoll irányít; még akkor is, ha egy anya segítséget kap egy dülától, vagy más szakembertől, hogy pszichésen jól viselje a szülést. Ráadásul, ha székben, vagy medencében szül, akkor valószínűleg nem mozoghat szabadon.

Összehasonlító kutatások elvégzése lenne szükséges, és videóra kellene venni a szülő nők által felvett pozíciókat a székben

illetve medencében. Szintén videón lenne szükséges rögzíteni az interakciókat a szülést segítő személyek és az anya között annak érdekében, hogy lássuk, nyomást gyakorolnak-e rá olyan értelemben, hogy időre teljesítsen valamit, vagy javasolnak és elvárnak-e bizonyos preferált pozíciókat a segítő szakemberek.

Csak eztán fogjuk megérteni az óra, az ágy és a szék születési élményekre, szülő anyákra és kisbabáikra gyakorolt hatását.

Sheila Kitzinger

Forrás: BIRTH - Issues in Perinatal Care, March 2003.

Szakirodalom:

1. Liu Y, Effects of an upright position during labor, American Journal of Nursing; 1974 2202-5
2. Flynn A, Kelly J, Hollins G, Lynch P.F. Ambulation in labour. British Medical Journal 1978; 2: 591-3
3. Caldeyro-Barcia R, The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetal head compression. Birth 1979; 6: 10-18
4. Jong P.R., Johanson R. B, Baxen P, Adrians V.D., Westhuisen S, Jones P.W. Randomised trial comparing upright and supine positions for the second stage of labour British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997; 106: 291-2
5. Diaz A, Schwartz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R, Vertical position during the first stage of the course of labor and neonatal outcome. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology 1980; II: 1-7
6. Chamberlain G, Stewart M, Walking through labour. British Medical Journal 1987; 295: 802
7. Roberts, J. Maternal position during the first stage of labour in Chalmers I, Enkin M, Keirse M.J.N.C. Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Vol. 2, Oxford University Press, Oxford, 1989: 883-892
8. Sleep J, Roberts J, Chalmers I, Care during the second stage of labour in Chalmers I, Enkin M, Keirse M.J.N.C. Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Vol 2, Oxford University Press, Oxford 1989: 1130-1134
9. Gupta, J.P, Nikodem V.C., Maternal posture in labour. European Journal of Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Biology 2000; 92: 273-7
10. Engelmann G, Labor Among Primitive Peoples J.H. Chambers, St Louis, 1882
11. Burns E, Kitzinger S, Midwifery Guidelines for Use of Water in Labour. OCHRAD, Oxford Brookes University, Oxford, 2001