

TÁJÉKOZTATÓ

VÁRANDÓSOK RÉSZÉRE



Kedves Várandós!

A szülés különleges utazás testünk és lelkünk ismeretlen, csak ritkán látogatható vidékeire, és e kirándulásból sohasem térünk vissza üres kézzel. Amit magunkkal hozunk, egy életen át el fog kísérni bennünket, beleivódik testi-lelki-genetikai emlékezetünkbe, újabb árnyalattal gazdagítja személyiségünket.

Vajon elég a szülést túlélni, „a lényeg, hogy egészséges legyen a baba”? Ez valóban fontos, de önmagában kevés. Gyermeket világra hozni alapvetően csodálatos, felemelő, erőt adó élmény, és szabad annál többre vágni, hogy csupán túléljük: természetes, ha szeretnénk a maga teljességében megélni az életadás minden fájdalmát és szépségét – biztonságban, ugyanakkor lehetőleg minél kevesebb beavatkozás mellett, felesleges zavarás, siettetés nélkül.

Ha nem csak a véletlenre bízod, hogyan alakul a szülésed és gyermeked születése, ha szép, „egészséges” szülésre, érdekeitek és jogaitok teljeskörű érvényesülésére vágyasz, akkor **energiát kell szánnod arra, hogy felkészülj** a nagy napra. A napra, amely nem csak a te életedet fogja megváltoztatni, de hatással lesz a párkapcsolatodra és a születendő gyermek személyiségére, későbbi testi-lelki egészségére is. Informálódnod és tervezned kell. Ismerned kell a szülés természetét, a lehetőségeidet, és átgondolni, mik a legfontosabb szempontok számotokra. Ugyanúgy, ahogy egy nagy ünnepre készülnél.

E tájékoztató célja az, hogy várandós nők részére nyújtson néhány fontos támpontot, beszélgetésindító gondolatot, amelyre szükségük lehet az informált döntéshozatalhoz.

Az alábbi információk, megállapítások **általánosságban igazak**, azonban – mivel minden anya, magzat és szülés egyedi – természetesen nem tekinthetők egyénre szabott orvosi szaktanácsnak. A várandósok gondozó orvosával, illetve a szülésénél jelen levő **orvossal, szülésznővel kell megbeszélnie**, hogy mit szeretne és mit nem, s hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre.

A tájékoztatót készítette: dr. Ecsedi Gabriella jogász, népegészségügyi szakember, dúla.

Szakmai tartalmát jóváhagyta: Dr. Bálint Balázs, a szülészet-nőgyógyászat volt országos szakfelügyelő főorvosa. A szakfelügyelő főorvos jóváhagyása kizárólag a szülészeti-orvosi kérdésekre vonatkozik, az egyéb gondolatok, javaslatok a szerző véleményét tükrözik.

2021. június 22.; frissítve: 2026. április 15.

SZÜLÉS, CSÁSZÁRMETSZÉS, VBAC

„[...] szülni mégiscsak ünnep.”

/Frédéric Leboyer/

A jó szülés

- Mi kell a jó szüléshez? Biztonságérzet, a segítőkbe vetett bizalom, önbizalom, elengedés, igény szerinti evés-ivás, szabadon választott testhelyzet.
- Biztonság = jó szüléskísérő, elfogadó, nyugodt környezet, megfelelő szaktudás és eszközök a közelben.

A jó szüléskísérő

- A jó szüléskísérő nyitott a várandós kéréseire, javaslataira, és lehetőség szerint azokat figyelembe véve jár el. Meghallgatja és megválaszolja az anya valamennyi kérdését, illetve kérdés nélkül is tájékoztatást ad. Rendelkezik a szükséges, friss, bizonyítékokon alapuló szaktudással.
- Bízik a nő szülési képességében, a szülés élettani folyamat (és nem „kóros állapot”) voltában; és a nő is képes megbízni benne.

A szülés megindulása, megindítása

- A terminus azt a napot jelenti, amikor eltelik 40 hét. A terminus-túllépés kezdete: 40 hét + 1 nap. A túlhordás kezdete: 42 hét + 1 nap.
- A betöltött 37. hét előtt megindult szülés esetén koraszülésről, 42 hét eltelte után túlhordásról beszélünk. Ha a kettő között bármikor megindul a vajúadás, az teljesen rendjén van.
- A túlhordástól meg kell különböztetni a terminus-túllépést. A terminus-túllépés csupán annyit jelent, hogy a várandós túl van 40 héten. Ez a tény önmagában nem ad okot aggodalomra: a nők jelentős hányada a 40. hetet követően hozza világra gyermekét.¹
- Ha jól van az anya és a magzat is, a terminus-túllépés önmagában nem ok sem a szülés megindítására, sem császármetszés végzésére.
- A magzatnak akkor a legjobb megszületnie, amikor arra készen áll a szervezete. A szülés ennél korábbi megindítása hátrányos számára, ezért csak akkor javasolt, ha azt valóban fennálló egészségbeli ok teszi szükségessé.
- A betöltött 41. terhességi hét előtt csak akkor helyes megindítani a szülést, ha azt – konkrétan megnevezhető ok miatt – a magzat vagy az anya állapota megkívánja.²
- Eltelt 41 hét? Ha cselekedni kell, mert az anya vagy a magzat egészségi érdeke így kívánja, akkor mindkettejük számára előnyösebb a szülésindítás, mint a programozott császármetszés.³
- Ha az indítás hatására nem indul be a vajúadás, és mind az anya, mind a magzat jól van, akkor később ismét meg lehet próbálni az indítást, nem kell feltétlenül rögtön császármetszést végezni.⁴

A szülés

- A szülés a női szervezet fiziológias működéseinek egyike, akárcsak a légzés, emésztés, szívműködés.
- A legtöbb nő bármiféle komplikáció nélkül megszüli gyermekét – az ehhez szükséges tudás a női test és lélek része, akárcsak a többi emlős esetében.
- A vajúdás rendkívül fontos a magzat számára is: ez készíti fel a megszületésre – szervezetét és pszichéjét egyaránt.
- A szülés során az anya által termelt természetes oxitocin hormon nemcsak a méhösszehúzóerőért felel, de fájdalomcsillapító hatással is bír, és – a szülést közvetlenül követően – jelentős szerepet tölt be az anya újszülöttjéhez való kötődésének kialakulásában.
- A baba immunrendszerének megfelelő fejlődését a hüvelyen való áthaladás, majd a közvetlen bőrkontaktus és a korai szoptatás alapozza meg: ezek által kapja meg kezdő baktériumflóráját.
- Szüléshez a hanyatt fekvés a legkevésbé ajánlott testhelyzet (kivéve, ha a szülő nőnek az esik jól vagy valamilyen konkrét ok indokolja, pl. a baba medencébe illeszkedésének elősegítése).

Háton fekve egyrészt nem használjuk ki a gravitáció és a mozgás segítő erejét, másrészt a magzat és az anya méhének súlya testének egyik legnagyobb gyűjtőerére nehezedik, nehezítve annak munkáját. A nő nem kötelezhető arra, hogy fekve vajúdjon, sem arra, hogy a kitoláshoz lefeküdjön. Nem kell lefeküdnöd, ha nem szeretnél (és nincs különleges egészségi indok a fekvésre).

- A vajúdásnak és a kitolásnak leginkább az álló, ülő, guggoló, térdelő, négykézlábas testhelyzetek kedveznek.
- Vajúdás során a méhszáj a méhizom-összehúzóerők (kontrakciók) hatására teljesen, vagyis kb. 10 cm átmérőjűre kitágul. A méhszáj 5 cm-nyi tágulásának eléréséig a vajúdás rendszerint lassan halad. Általában az első 5 cm elérése tart a leghosszabb ideig, a tágulás ütemének felgyorsulása csak ezután várható.
- Téves az az elképzelés, hogy a vajúdás akkor halad rendben, ha a méhszáj óránként legalább 1 cm-t tágul. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kimondja: sok nő esetében irreális elvárás az 1 cm/órás határérték, ezért az ennél lassabb tágulás önmagában nem minősíti a folyamatot „nem normál” szülésnek, és – ha az anya és a baba is jól van – nem lehet indok arra, hogy orvosi beavatkozással gyorsítsák a vajúdást, sietessék a kitolást vagy császármetszést végezzenek.⁵
- A relatív téraránytalanság és a fájásgyengeség kialakulásának hátterében gyakran siettetés, fekvő vajúdás, az evés-ivás tiltása, valamint az érzelmi-fizikai támogatás hiánya áll.

Szülés és fájdalom

- Az ember által ismert többi fájdalomtól eltérően a szülési fájdalom nem veszélyre figyelmeztet, nem valamilyen káros fizikai behatás megszüntetését sürgeti. Ez „jó” fájdalom, segítőtárs, amely eltávolít a külvilágtól, és minden újabb megjelenésével közelebb hozza a születendő gyermeket.
- Nem az a cél, hogy a szülés ne fájjon. Nem megmenteni kell az anyát a fájdalomtól, hanem – ha igényli – segíteni neki, hogy el tudja viselni.
- A szüléshez alapvetően nem szükséges fájdalomcsillapítás: a szervezet vajúdás közben saját fájdalomcsillapítókat (endorfinokat és oxitocint) is termel – épp annyit, ami elegendő a fájdalom elviseléséhez.

- Az endorfinok fájdalomcsillapító hatása rendkívül erős: a morfiúméhoz mérhető. Emellett hozzájárul a szüléssel járó módosult tudatállapot kialakulásához, a baba megszületése utáni euforikus állapothoz.
- Ahhoz, hogy a szervezetében megfelelő mennyiségű az oxitocin és endorfin termelődjön, elengedhetetlen, hogy a nő biztonságban és támogatva érezze magát.
- Ha egy szülő nő a fájdalom miatt gyógyszert kér, akkor sok esetben valójában érzelmi-fizikai támogatásra van szüksége.
- Az emberek fájdalomtűrő képessége nagyon eltérő. Van, aki a maga teljességében megtapasztalja a szülést, ám nem csökkenti egy nő emberi, anyai értékét, ha úgy érzi, annyira fáj a vajúadás, hogy nem képes végigcsinálni fájdalomcsillapítás nélkül. Különösen igaz ez a kijelentés annak fényében, hogy
 - nehezebb lehet elviselni a felerősödő fájdalmat, ha az anya kívülről, infúzióban szintetikus oxitocint kap (ugyanakkor helyes, egyénre szabott adagolás esetén meg tud birkózni erősebb méhösszehúzóadásokkal is),
 - a nem támogató, esetleg érzéketlen környezet bizonyítottan növeli a fájdalomérzetet, míg az érzelmi támogatás, biztatás, sőt, egy, a vajúadó bizalmát élvező segítő (pl. férj, dúla) pusztá jelenléte is fájdalomcsillapító hatással bír.
- Elsőként mindenképpen gyógyszermentes – így mellékhatásmentes – fájdalomcsillapító módszerekhez érdemes folyamodni.
- A legfőbb nem gyógyszeres fájdalomcsillapítási lehetőségek: a vajúadó nő biztatása, biztonságérzetének, kényelmének, ellazultságának növelése; imaginációs, relaxációs technikák; légzéstechnikák; a has aljára, a derékra helyezett muskotályzsálya illóolajos-forróvizes borogatás; masszírozás; mozgás, a testhelyzetek váltogatása, keresgélése; meleg víz (zuhanyzás, kádban, medencében vajúadás).
- Nem biztos, hogy a szülésznőnek lesz kapacitása folyamatosan borogatni, masszírozni, figyelni, bátorítani – a dúla (aki egészségügyi végzettséggel nem rendelkező szülés körüli segítő) viszont éppen erre hivatott.
- A legszélesebb körben használt gyógyszeres szülészeti fájdalomcsillapító módszer az epidurális érzéstelenítés (EDA). Hogy jó választás-e, azt csak az előnyök és hátrányok ismeretében lehet megítélni.
- Az EDA előnyei:
 - fájdalommentessé teszi a vajúadást,
 - javítja a méh és a méhlepény vér- és oxigén-ellátottságát,
 - lerövidíti a tágulás idejét.
- Az EDA hátrányai:
 - Előfordulhat, hogy az érzelmi támogatás helyettesítésére használják: a sokszor egy időben több anyával foglalkozó szak személyzet számára olykor egyszerűbb gyógyszeresen csökkenteni a vajúadó „szenvetését”, mintsem folyamatosan mellette maradv segíteni őt a fájdalom viselésében, átlendíteni egy-egy holtpontra.
 - Ha az EDA-t már a vajúadás látens szakaszában (azaz a méhszáj kb. 4 cm-es tágulásának elérése előtt) alkalmazzák, az növeli annak valószínűségét, hogy a szülés vákuum vagy fogó használatával, vagy császármetszéssel fog véget érni.⁶
 - Az EDA következtében szinte bizonyos, hogy a nő ágyban fekvésre kényszerül – nemcsak a kitolás, de már a vajúadás további idejére is.

- Az anya „kimarad” a szüléséből, és nemcsak a testi átélés szintjén. EDA alkalmazásakor ugyanis gyakran gyengülnek a méhösszehúzódnások, s ilyenkor oxitocint kap az anya. Ennek hatására lecsökken vagy leáll a szervezet saját oxitocin-termelése, így elmaradnak a szülés pozitív érzelmi megélését biztosító neurokémiai változások.⁷
- Ha nem állítják le az EDA-t, mire az anya a kitolási szakba ér, akkor az túlságosan ellazítja a kismedence és a hüvely izmait, ami megnöveli a kitolási szak hosszát.
- EDA hatása alatt a kitolás során a nő nem érzi a nyomási késztetést (hogyan mikor, mennyire kellene nyomnia), és ez további beavatkozásokat vonhat maga után.

Beavatkozások, rutin eljárások

- Akár egyetlen felesleges beavatkozás megzavarhatja a szülést, és további beavatkozások lavináját indíthatja el, amelyek végén gyakran a császármetszés áll.
- Kerülendő a következő eljárások *rutinszerű* (azaz nem az adott helyzethez és szülő nőhöz igazított) alkalmazása:⁸
 - beöntés
 - a magzatburok leválasztása
 - burokrepesztés
 - gyakori vagy ismételt hüvelyi vizsgálatok
 - étel és ital fogyasztásának megtiltása
 - az anya ágyban tartása, szabad mozgásának akadályozása, hanyattfekvő/ „kőmetsző” testhelyzet
 - az ellátó személyzet tagjainak folyamatos ki-bejáráskálása
 - irányított kitolás
 - a méh felső részére gyakorolt nyomás kitoláskor (Kristeller-féle műfogás)
 - gátmetszés
 - a köldökzsinór azonnali elvágása
 - az anya és az újszülött különválasztása.
- Az alább felsorolt eljárások hasznosak/szükségesek lehetnek bizonyos esetekben, pl. magas kockázatú anyáknál, ugyanakkor károsak lehetnek alacsony kockázatú nők számára. Ezért ezek *kizárólag orvosilag indokolt esetben* alkalmazandók:⁹
 - gyógyszeres szülésindítás
 - a vajúadás gyorsítása (pl. oxitocinnal vagy burokrepesztéssel)
 - folyadék adása intravénásan (infúzió)
 - folyamatos elektronikus magzati szívhang-észlelés (azaz CTG; a CTG-hez hasonlóan hatékony a magzat szívhangjának gyakori időszakos hallgatása, az ún. intermittáló magzati monitorizálás¹⁰)
 - hólyagkatéterezés
 - a méhüreg manuális vizsgálata szülés után
 - az újszülött légutainak leszívása megszületése után
 - vákuummal vagy fogóval asszisztált szülés
 - császármetszés.
- A túl korán (a vajúadás látens szakában) végzett burokrepesztés rontja a sikeres hüvelyi szülés esélyét.

- A szülést csak valós veszélyhelyzet elkerülése érdekében szabad oxitocinnal gyorsítani. Az oxitocin indokolatlan, rutinszerű adása (csak hogy „haladjon az a szülés”) szakmai hiba.
- Minden nőnek joga van gátvédelemmel szülni – első szülésnél is! Gátmetszést valójában csak nagyon ritkán lenne indokolt végezni: valós vészhelyzet elhárítására. Indokolatlanul, rutinból gátmetszés végezni szakmai hiba.
- Jobb, ha magától reped a gát, mint ha a repedés megelőzése céljából vágják. (Kivéve, ha súlyos [harmad- vagy negyedfokú] gátrepedés közvetlen veszélye áll fenn – ami nagyon ritkán fordul elő.)¹¹
- A köldökzsinór azonnali elvágása hirtelen keringési nehézséget okozhat az újszülöttnél. Ha várunk vele néhány percet, gyengédebb, biztonságosabb átmenetet biztosítunk a baba számára.

Császármetszés

- Ma Magyarországon a szülések kb. 40 %-a császármetszéssel végződik, azaz öt gyermek közül kettő ily módon jön világra. Mára tudományosan igazolt tény, hogy a császármetszéseknek akár *felére* világszerte valós egészségbeli ok nélkül, vagyis szükségtelenül kerül sor!¹²
- Császármetszést csak akkor szabadna végezni, ha valóban veszélyben van az anya és/vagy a magzat egészsége vagy élete.
- A császármetszés – maga a műtét – elég biztonságos, ugyanakkor gyakori és súlyos, akár a következő várandósságokra is kiható szövődmények kockázata jellemzi. Érdeemes ezekről is tájékozódni.
- Tévedés azt hinni, hogy a császármetszés csupán alternatívája a hüvelyi szülésnek. Egészen más folyamatok zajlanak le mind az anya testében és lelkében, mind a babáiban.
- A tervezett (programozott, elektív) császármetszés – a vajúdas hiánya és a tüdő valószínű éretlensége miatt – sokszerű születésemény a babának. Kizárólag akkor végzendő, ha valóban elkerülhetetlen.
- Tervezett császármetszésre lehetőleg csak a 39. hét után kerüljön sor (kivéve, ha valós, aktuálisan fennálló egészségbeli ok korábbi műtétet indokol).
- Ha a körülmények engedik, császármetszés esetén is előnyös, ha előtte hagyják egy kicsit vajúdni az anyát. A vajúdas császármetszés esetén is nagyon hasznos a magzatnak.
- Ha a műtét során minden rendben zajlik, és az anya és a baba is jól van, akkor császármetszés esetén is megvalósítható és megvalósítandó az aranyóra (már a műtétben el lehet kezdeni!), csak egy kis segítség kell hozzá. A családközpontú szülészeti ellátásról szóló szakmai irányelv így szól: *„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 lehetőségessé válik.”* (33. ajánlás¹³)

Önmagában nem indokol császármetszést, ha...

- A magzat egyszerű farfekvése önmagában nem indok császármetszésre, vannak orvosok (igaz, egyre kevesebben), akik értenek faros szülés kíséréséhez. Azonban olyan orvos esetén, akinek nincs benne gyakorlata, valóban biztonságosabb a császármetszés.
- Faros baba esetén első körben érdemes lehet megpróbálni a magzat kívülről történő fejre fordítását.

- Az ikerterhesség önmagában nem indok császármetszésre, vannak orvosok, akik értenek ikerszülés kíséréséhez.
- Az, hogy a baba mesterséges megtermékenyítéssel fogant, önmagában nem indokol császármetszést.
- Önmagában nem indok császármetszésre az, ha 4 kg körülire becsülik a baba súlyát.
- A köldökzsinór helyzete (pl. ha lazán a baba nyakán, testén van), mérete önmagában nem indok császármetszésre (csak, ha rövidebb, mint 30 cm).
- Ha az anya koronavírus-teszteredménye pozitív, az önmagában nem indok császármetszésre, ám előfordulhat olyan helyzet, amikor mégis műtétre van szükség.¹⁴
- Ha az anya és a baba is jól van, akkor a szülés lassabb előrehaladása nem indok császármetszés végzésére. A vajúrást legalább olyan mértékben meghatározzák a nőben zajló lelki (és ehhez kapcsolódóan hormonális) folyamatok, mint a testi történések, s emiatt elég nehéz előre és általánosságban meghatározni, hogy mennyi ideig „kell” tartania egy normál, komplikációval nem fenyegető vajúrásnak. Van, aki (a látens szakasszal együtt) 40-50 órán át vajúdik, van, aki 4 órahosszáig.

Hüvelyi szülés császármetszés után: VBAC

- A császármetszést követő hüvelyi szülést angol neve (vaginal birth after caesarean) után magyarul is VBAC-nek (ejtsd: víbek) szokás rövidíteni, ritkábban CSUSZ-nak (császár utáni szülés).
- Máig élő, orvosi szakmai körökben is elterjedt tévhit, hogy ha egy nő császármetszés útján hozta világra gyermekét, akkor azt követően már csak császármetszéssel szülhet.
- Ezzel szemben a WHO már 1985-ben megállapította: semmiféle bizonyíték nem támasztja alá azt, hogy alacsonyan, vízszintes metszéssel végzett császármetszést követően ismét császármetszésre lenne szükség.¹⁵ Ezen az állásponton vannak a legfőbb szülészeti szervezetek és állami egészségügyi szervezetek is.¹⁶
- A VBAC biztonságos és alapvetően biztonságosabb, mint egy újabb, tervezett császármetszés.
- A VBAC kockázatai alapvetően megegyeznek a „sima” hüvelyi szülés kockázataival (vagyis ugyanazok a problémák léphetnek fel), ehhez adódik hozzá két további kockázat:
 - ha a VBAC-kísérlet során sürgősségi császármetszésre kerül sor, akkor – egy tervezett műtéthez képest – gyakrabban fordul elő szövődmény, pl. erős vérzés vagy fertőzés, illetve
 - szétválhat a korábbi műtéti heg. A teljes hegészétválás valószínűsége igen kicsi: 0,5 %.¹⁷
- A VBAC-kísérletek 99,5 %-ában nem okoz gondot a korábbi császármetszés hege. Ha mégis szétválik a heg, az esetek 67-86 %-ában nem lép fel semmilyen szövődmény¹⁸, a babát általában császármetszéssel világra segítik, de az is előfordul, hogy hüvelyi úton születik meg.
- A hegnek a várandósság alatt ultrahanggal mért vastagsága alapján nem lehet megjósolni a hegészétválás, illetve a VBAC sikerének valószínűségét.¹⁹
- Néhány tény, amit a hegészétválásról tudni kell:
 - A szülés gyógyszeres megindítása növelheti a hegészétválás esélyét.²⁰
 - A heg az esetek legnagyobb részében csak elvékonyodik, esetleg részlegesen válik szét – valódi, teljes hegészétválás csupán az esetek fél százalékában fordul elő (200 közül 1 nőnél).
 - A hegészétválás önmagában nem vezet azonnal egészségkárosodáshoz, általában időben felismerhető és kezelhető.²¹

- Idézet két szülészeti tankönyvből: „A hegyszétválás a többi ruptura [azaz méhrepedés] okozta vérzéssel szemben többnyire nem vezet súlyos anyai és magzati állapothoz”²², „az esetek többségében sem hüvelyi, sem hasúri vérzés nem következik be, és anyai, illetve magzati distress [súlyos állapotromlás, oxigénhiányos állapot] sem alakul ki.”²³

- A VBAC-et megpróbálók legalább 2/3 része, többedik VBAC esetén több mint 90 %-a megszüli hüvelyi úton a babáját.²⁴
- Egyszer császár, mindig császár? Egyszer császár – aztán CSUSZ!

Aranyóra, rooming-in

- Az anyaméhet elhagyó kis ember „evilági” életének első két órája különleges időszak: nemcsak az első találkozás történik ekkor, összeölekezés és megpihenés egy hosszú és fárasztó közös út végén, a születés feszültségeinek elengedése, hanem különleges, nyitott, fogékony állapotban van ilyenkor mind az anya, mind az újszülött.
- Az aranyóra rendkívüli jelentőségű testi és lelki élmény. Megléte vagy hiánya életre szóló hatással lesz az anyára, a babára és kettejük kapcsolatára. Megéri ragaszkodni hozzá.
- Ha van rá mód, érdemes előre tisztázni az orvossal és a szülésznővel (vagy érdeklődni a kórházban), hogy szülés, illetve császármetszés után lehetőséget biztosítanak-e arra, hogy az anya legalább egy, de inkább két órahosszáig zavartalanul újszülöttjével legyen, lehetőleg közvetlen bőr-bőr kontaktusban.
- Az anyának és az újszülöttnak alapvető igénye, érdeke – és joga –, hogy a szülést követően és a gyermekágyas osztályon folyamatosan együtt legyenek (ez az ún. rooming-in). Csak egészségi indokkal, és csak a szükséges mértékben és időre választhatók el egymástól.
- Az újszülöttnak évezredek óta beléködolt természetes „elvárása”, hogy folyamatosan édesanyja közvetlen közelében legyen. Ezért az a legjobb neki, ha csak a legszükségesebb esetekben és időre (pl. az anya orvosi vizsgálata, zuhanyzása idejére, illetve ha az anya gyenge, nem érzi jól magát) kerül a csecsemőosztályra: nem biztos, hogy a csecsemős nővéreknek lesz „füle” és kapacitása azonnal felvenni az éhes, testközelségre vágyó, nyöszörgő vagy akár síró babát... Az anya úgy is tud aludni, pihenni, ha kisbabája mellette fekszik az ágyban vagy a kiságyában.

Anyatej, szoptatás

- Ahogy a szülésre, úgy a gyermekágyas idősakra és a szoptatásra is érdemes előre felkészülni.
- Az anyatej minden cseppje aranyat ér az újszülött számára (fokozottan igaz ez a koraszülött babákra).
- Érdemes már a várandósság alatt utánanézni, hogy hogyan kell helyesen mellre tenni a babát, milyen szoptatási testhelyzetek léteznek, melyek az újszülött ún. éhségjelei.
- Megelőzhető a mellbimbó sérülése, a szoptatás fájdalmas volta, ha a baba a bimbóudvar egy részét is bekapja, nem csak a mellbimbót.
- Az anya számára is látványos tejtermelés nem indul be rögtön a szülés után, csak a 3-4. napon, de előtej már addig is termelődik, s ez a néhány csepp elegendő az újszülöttnak.
- Ha valamilyen oknál fogva az anyát hosszabb időre különválasztják a babájától, akkor kézi vagy gépi fejéssel be tudja indítani és fenn tudja tartani a tejtermelését, az anyatejet bizonyos ideig lehet tárolni.

- Császármetszést követően az anyának kb. hat óra hosszáig fekvődni kell, s ezalatt rendszerint nem kapja meg gyermekét – pedig, ha az anya és az újszülött állapota engedi, a babát már közvetlenül a műtét után az anya mellkasára lehet tenni, ahol akár elkezdhet szopni is.²⁵
- Azonban, még ha órákat késik is az első mellrehelyezés, nem szabad azt hinni, illetve elhinni, hogy „a császáros anyukák nem tudnak szoptatni”. A tejelválasztáshoz szükséges „előkészületek” már a várandósság alatt megtörténtek az anya testében. Császármetszés után is lehet szoptatni, sokszor ez megy zökkenőmentesen, de ha nehézség adódik, akkor is érdemes kitartóan, akár hónapokon át próbálkozni, szükség esetén minél hamarabb szoptatási tanácsadó segítségét kérni. Egyszerűen megválaszolható kérdésekben telefonon is tudnak tanácsot adni.²⁶ Az önkéntes szoptatási segítők ingyen adnak tanácsot alapvető szoptatási kérdésekben, szükség esetén házhoz is mennek.
- Ma is előfordul, hogy a csecsemőosztályon vizet, cukros vizet, teát és/vagy tápszert, cumit adnak az újszülöttnak. Ezek megzavarhatják a baba szopási készségét.

A szülő nő legfontosabb jogai²⁷

- Egy kísérő *folymatosan* a vajúdo, illetve szülő nő mellett lehet (a felvételtkor vizsgáltnál is; császármetszés során is).
- A nő nem köteles fekvődni sem a vajúdas, sem a kitolás alatt.
- Az anya szinte minden vizsgálatot, beavatkozást visszautasíthat, ez alól az az eset jelent kivételt, ha ezzel magzata életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Ugyanakkor a nőnek jogában áll akár olyan döntést is hozni, amivel az orvos megítélése szerint súlyos vagy maradandó károsodást okoz saját egészségi állapotában.²⁸
- Az anyának joga van kérdezni, illetve kérdés nélkül is tájékoztatást kapni a beavatkozások előnyéről-hátrányáról, alternatíváiról.
- Egészségi indok híján az anyát nem választhatják el gyermekétől.

Mit tehetsz még magatokért?

- Készülj a szülésre, informálódj, kérdezz!
- Olvasd el a Belügyminisztérium 2025 februárjában megjelent, családközpontú alapelvekre épülő szülészeti és újszülött-ellátásról szóló egészségügyi szakmai irányelvét (protokollját), ami részletes ajánlásokat tartalmaz a témára vonatkozóan. Elérhetőségét lásd a 29. lábjegyzetben. Az orvos indokolt esetben eltérhet a protokolltól; az eltérés mibenlétét és indokait írásban köteles rögzíteni.³⁰
- Beszélj meg a gondozásodat végző, illetve a szülésnél jelen levő orvossal, szülésznővel, dúlával, mi fontos neked! Írj szülési tervet és – ha lehet – beszélj át a kísérőiddel, illetve add át nekik a szülőszobára érkezve!
- Ha nem tudod, miért szükséges, illetve kinek és milyen előnnyel-hátránnyal járhat egy vizsgálat, beavatkozás, kérdezz! Ha továbbra sem világos, vagy nem kaptál kielégítő választ, kérdezz tovább!
- Érdemes hallgatni a megérzésekre: ha teheted, ne félj váltani, ha rossz érzésed van az orvossal, kórházzal kapcsolatban!
- Merj kiállni magadért és gyermekedért!

Szakirodalmi hivatkozások

- ¹ - Az Egészségügyi Minisztérium túlhordásról, terminus-túllépésről szóló szakmai protokollja. Megjelent: az Egészségügyi Közlöny 2008. évi 3. számában. Az irányelv jogilag 2009. december 31-éig volt érvényben, újat azóta nem alkottak. Internetes elérési helye: https://jog.gov.hu/files/AGAZATI_KOZLONY/EGESZSEGUGYI_KOZLONY/2008/3/EGK_2008_003.pdf
- *Evidence-based Obstetrics and Gynecology* (szerk.: Norwitz et al., 2018, John Wiley & Sons, Ltd.), 41. fejezet. Internetes közlés, lelőhelye: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119072980.ch41>
- *The Evidence on: What is a Due Date?* Internetes közlés, lelőhelye: <https://spacefem.com/pregnant/charts/duedateo.php>
- ² - Dr. Papp Zoltán (szerk.): *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve*. 4. kiadás, 2. Multimédia kiadás. Budapest, 2009, Semmelweis Kiadó, 287. o.
- *WHO recommendations for induction of labour*, 2011. Internetes elérési helye: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/62b11871-9101-4936-9487-db6d1f38c526/content>
- *WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term*, 2022. Internetes elérési helye: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5c7a9d97-37c7-4e1f-afd8-840e50495fc9/content>
- ³ Mya et al.: *Management of pregnancy at and beyond 41 completed weeks of gestation in lowrisk women: a secondary analysis of two WHO multi-country surveys on maternal and newborn health*. In: *Reproductive Health* (2017) 14:141. Internetes közlés, lelőhelye: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663145/pdf/12978_2017_Article_394.pdf
- ⁴ - Az Egészségügyi Minisztérium túlhordásról, terminus-túllépésről szóló szakmai protokollja, 1487. o.
- *A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szülésindukcióról*, 39. ajánlás. Megjelent: az Egészségügyi Közlöny LXXV. évfolyam 17. számában (2025. 09. 30.). Internetes elérési helye: https://jog.gov.hu/files/AGAZATI_KOZLONY/EGESZSEGUGYI_KOZLONY/2025/17/EGK_2025_017.pdf
- *WHO recommendations for induction of labour*, 2011, 4. o.
- ⁵ - *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018. *Executive summary*, 4. o. Internetes elérési helye: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
- *The surprising factor behind a spike in C-sections*. A Harvard T.H. Chan School of Public Health hangfelvétele, 2017. július 27. Internetes közlés, lelőhelye: <https://www.youtube.com/watch?v=1GsAQoFjxTI>
- ⁶ Hélène Vadeboncoeur: *Birthing Normally After a Caesarean or Two*. 2nd British Edition. 2011, Fresh Heart Books for Better Birth, 189., 207. o.
- ⁷ Török Szabolcs János, Dr. – Kun Judit Gabriella, Dr. (szerk.): *Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához*. 2012, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet. Internetes elérési helye: https://szoptatasportal.hu/wp-content/uploads/2012/04/TAMOP_622_laktacios_szaktanacsado_fejlesztési_terulet_kifejlesztett_tananyag.pdf, 83. o.
- ⁸ *12 lépés a biztonságos és tiszteltteljes anya-baba-család szülészeti ellátásért*. International Childbirth Initiative: 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity (ICI), 15. o. (7. lépés). Internetes elérési helye: <https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2024/06/International-Childbirth-Initiative-Complete.pdf>
- ⁹ *12 lépés...* 15. o. (7. lépés)
- ¹⁰ - *WHO: Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group*. 1996, 34. o. Internetes elérési helye: https://birthguidechicago.com/wp-content/uploads/2018/04/WHO-care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
- *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018, 18. ajánlás. Internetes elérési helye: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/bao43cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>
- ¹¹ - Noll Andrea Nandu: *Ajtóstól az Élet kapuján át*. Gondolatok a gátmetszésről. Internetes közlés, lelőhelye: <http://holdudvar.babahaz.hu/gatmetszes.htm>
- *WHO: Safe Motherhood...*, 27-28. o.
- ¹² - *The surprising factor behind a spike in C-sections...*
- *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, 2018. Internetes elérési helye: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a38c497e-0617-4e5d-a950-7328926372fb/content>
- *Actionable Patient Safety Solutions™ (APSS™): Reducing Unnecessary Cesarean Deliveries*. Internetes közlés, lelőhelye: https://psmf.org/wp-content/uploads/aebp/APSS_Reducing_Unnecessary_Cesarean_Deliveries.pdf
- ¹³ Az irányelv kapcsán lásd a 29. lábjegyzetet.
- ¹⁴ *Az Emberi Erőforrások Minisztériumának COVID-19 pozitív várandósokkal kapcsolatos állásfoglalása*, 2021. január 13. A Nemzeti Népegészségügyi Központ azonos tartalmú állásfoglalása itt olvasható: https://drive.google.com/file/d/1YO2BA-IjcdtG_ezyjnJ6SBHDBvEwDas/view
- ¹⁵ *WHO: Appropriate technology for birth*. In: *The Lancet*, Volume 326, Issue 8452, p. 436-437, 1985. aug. 24. Internetes elérési helye: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/appropriate_technology_for_birth_lancet.pdf
- ¹⁶ - *RCOG: Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45*, October 2015. Internetes elérési helye: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-guideline-no-45/>
- *ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery*, February 2019. In: *Obstetrics & Gynecology*, 2019 Feb;133(2):e110-e127. Internetes elérési helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681543/>

-
- NICE guideline: *Caesarean birth* (ref. number: NG192), 2021, frissítve: 2025. Internetes elérési helye: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/Recommendations#pregnancy-and-childbirth-after-caesarean-birth>
- NIH Consensus Development Conference Statement on *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights*, Volume 27, Number 3, March 8-10, 2010. Internetes elérési helye: http://www.kastanis.org/uploads/0000/0526/vbac_statement-2010.pdf
- ¹⁷ - Pál Attila (szerk.): *A szülészet-nőgyógyászat egyetemi tankönyve*. 2012, Medicina Könyvkiadó Zrt., 175. o.
- Dr. Németh Gábor, Dr. Molnár András: *Császármetszést követő hüvelyi szülések vezetése a nemzetközi vélemények tükrében*. In: Orvosi Hetilap, 2017, 158. évf. 30. szám, 1168-1174. o.
- Ina May Gaskin: *Útmutató szüléshez*. Ford. Huffman Szilvia, Mailáth Nóra, Palatin Eduárd. Budapest, 2015, Jaffa Kiadó, 270. o.
- ¹⁸ - Németh, Molnár i. m.
- Papp i. m. 277. o.
- Pál i. m. 175. o.
- Helen Churchill-Wendy Savage: *Vaginal birth after caesarean: the VBAC handbook*. 2012, London: Pinter & Martin, 8. és 15. o.
- Vadeboncoeur i. m. 40. o.
- ¹⁹ - A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a császármetszésről, 75. ajánlás. Megjelent: az Egészségügyi Közlöny 2025. évi 18. számában (2025. október 16.). Internetes elérési helye: https://jog.gov.hu/files/AGAZATI_KOZLONY/EGESZSEGUGYI_KOZLONY/2025/18/EGK_2025_018.pdf
- Papp i. m. 276. o.
- Németh, Molnár i. m.
- ²⁰ - Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M.: *Risk of uterine rupture in vaginal birth after caesarean: Systematic review*. In: Enfermería Clínica, 2017, 27(1):28-39. Internetes elérési helye: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27726928>
- A császármetszésről szóló szakmai irányelv, 91. ajánlás
- ²¹ - Pál i. m. 175. o.
- Churchill-Savage i. m. 8. és 15. o.
- Vadeboncoeur i. m. 40. o.
- ²² Papp i. m. 277. o.
- ²³ Pál i. m. 175. o.
- ²⁴ - Vadeboncoeur i. m. 82. o.
- Gaskin: *Útmutató...*, 270. o.
- Association of Ontario Midwives: *Clinical Practice Guideline No.14: Management of vaginal birth after previous low-segment caesarean section, 2021*, 12. o. Internetes elérési helye: <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/2022-01/CPG-Vaginal-birth-after-caesaeen-section-2021-PUB-.pdf>
- Németh, Molnár i. m.
- NIH Consensus Development Conference Statement..., 11. o.
- ²⁵ Jane S. Grassley, Judith Jones: *Implementing skin-to-skin contact in the operating room following cesarean birth*. In: Worldviews on Evidence-based Nursery. 2014 Dec;11(6):414-6. Internetes elérési helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25132450/>
- ²⁶ Magyarországon az anyatejes táplálással kapcsolatban ún. IBCLC szoptatási szaktanácsadók és a La Leche Liga Magyarország Egyesület szoptatási tanácsadói nyújtanak segítséget. A tanácsadók elérhetőségei itt találhatóak: <https://ibclc.hu/tanacsadok/>
<http://www.lll.hu/segitsegyujtas/>
- ²⁷ Lásd az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény II. fejezetét.
- ²⁸ Lásd az egészségügyről szóló törvény 20. §-ának (1)-(2) és (7) bekezdéseit, valamint 23. §-ának (2) bekezdését.
- ²⁹ Az irányelv az Egészségügyi Közlöny 2025. évi 3. számában (2025. február 19.) jelent meg, elektronikus formában itt olvasható: https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002295-2025-a-csaladkozpontu-alapelvekre-epulo-szuleszeti-es-ujszulottellatasrol&inline=true
- ³⁰ Lásd a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet 2. § (1) bekezdését.

