
Önkéntes dúlák a szülőszobán

A Békés Dúlakör és a Flór Ferenc Kórház közös
projektjének tapasztalatai



2014. május

TARTALOM

1. ABSZTRAKT	3
2. A PROJEKT CÉLJA ÉS INDULÁSA	4
2.1. A PROJEKT CÉLJA ÉS INDULÁSA	4
2.2. A PROJEKT MENETE, RÉSZVÉTELÜNK A KÓRHÁZ ÉLETÉBEN	4
2.2.1. <i>A szülőszobán kívüli részvétel helyszínei</i>	<i>4</i>
2.3. ADATGYŰJTÉS A PROJEKT SORÁN.....	5
3. TAPASZTALATOK A SZÜLÉSKÍSÉRÉSEK SORÁN	7
3.1. ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK A KÍSÉRÉSEKRŐL.....	7
3.2. A SZÜLŐSZOBÁRA ÉRKEZŐ KISMAMÁK HELYZETE ÉS ÁLLAPOTA	7
3.2.1. <i>Az indított szüléssel érkező mamák</i>	<i>8</i>
3.2.2. <i>Spontán vajúdással érkezők.....</i>	<i>10</i>
3.3. RUTIN ELJÁRÁSOK	10
3.4. EVÉS-IVÁS	10
3.5. A SZÜLÉS ALATTI TÁMOGATÓ SZEMÉLYEK.....	11
3.5.1. <i>A dúla és a szakszemélyzet viszonya</i>	<i>11</i>
3.5.2. <i>Ügyeletes és fogadott kísérők</i>	<i>13</i>
3.5.3. <i>Kísérők a kismamák részéről.....</i>	<i>14</i>
3.5.4. <i>Működésünk az anyák visszajelzéseinek fényében</i>	<i>15</i>
3.5.5. <i>Az önkéntes dúlai támogatás, mint speciális helyzet.....</i>	<i>16</i>
3.6. FÁJDALOM A VAJÚDÁS ALATT	18
3.6.1. <i>Nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás</i>	<i>18</i>
3.6.2. <i>Gyógyszeres fájdalomcsillapítás</i>	<i>20</i>
3.7. AKTÍV SZÜLÉSMENEDZSMENT VS. A SZÜLÉS TERMÉSZETES FOLYAMATA. AZ ELHÚZÓDÓ SZÜLÉS MEGELŐZÉSE	21
3.7.1. <i>Burokrepesztés.....</i>	<i>23</i>
3.7.2. <i>Intravénás oxitocin</i>	<i>23</i>
3.7.3. <i>Császármetszés</i>	<i>24</i>
3.8. BEAVATKOZÁSOK ÉS AZ INFORMÁLT BELEEGYEZÉS	24
3.9. GONDOSKODÁS A KITOLÁSI SZAKBAN.....	26
3.9.1. <i>Legények a gáton</i>	<i>27</i>
3.10. GONDOSKODÁS A LEPÉNYI SZAKBAN	27
3.11. AZ ARANYÓRA	28
4. ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK.....	30
4.1. AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS POZITÍV HOZADÉKAI.....	30
4.1.1. <i>A szülő nők számára</i>	<i>30</i>
4.1.2. <i>A dúlák és a dúlaság számára</i>	<i>30</i>
4.1.3. <i>A kórház és a kórházi dolgozók számára</i>	<i>31</i>
4.2. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ÉS BÚCSÚKÍVÁNSÁG.....	32
4.2.1. <i>Mit tudnánk mi tenni a fentiekért?.....</i>	<i>32</i>
4.2.2. <i>S mindezt mégis miért?.....</i>	<i>33</i>
5. MELLÉKLETEK	34
6. REFERENCIÁK	54

1. ABSZTRAKT

Az alábbi beszámoló abból a célból jött létre, hogy dokumentálja és elemezze a Békés Dúlakör és a Flór Ferenc Kórház Szülészeti Osztályának együttműködése keretében létrejött projekt tapasztalatait.

A 2014. március-áprilisában zajló közös munka során 48 kórházi szülést kísérték önkéntes dúlák, azok mellett az édesanyák mellett, akik ezt a szülőszobára érkezve igényelték.

A tanulmányban a szülés egyes szakaszainak sorrendjében mutatjuk be kérdőíves adatgyűjtésünk, illetve szüléstörténeteink elemzésének eredményeit, melyek alapján a WHO normál szülésre vonatkozó ajánlásaival megtámasztva levonjuk következtetéseinket, és leírjuk javaslatainkat. A tanulmány a jövőbeli együttműködés lehetséges irányait is tárgyalja.

Az együttműködés legfőbb hozadéka az általunk kísért szülő nők elégedettsége. Eredményeink megmutatták, hogy az anyák igénylik és értékelik a dúlai jelenléteket. Az, hogy a dúla a szülőszobára érkezéskor kezdi meg az anya támogatását, nem gátolja a kísérés pozitív megélését, így van létjogosultsága a dúlák szülőszobai ügyeletének. A kismamák a dúlai eszköztárból a megszakítás nélküli jelenléteket, a folyamatos értő figyelmet és megerősítést, a masszírozást/borogatást, s az egészségügyi tájékoztatás megértésében nyújtott támogatást értékelték a legnagyobbra – csupa olyan terület, amelyen az egy időben több szülő nőt ellátó egészségügyi személyzet munkáját harmonikusan kiegészíthetjük.

2. A PROJEKT CÉLJA ÉS INDULÁSA

2.1. A projekt célja és indulása

A program kezdeményezője és szakmai vezetője Dr. Sipos Attila osztályvezető főorvos, a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályának vezetője volt. A Békés Dúlakör (BDK) dülái a Főorvos úr meghívására érkeztek az osztályra, hogy a kórházzal kötött önkéntes segítői szerződés alapján, a szülészeti-nőgyógyászati osztályon szüléseket kísérjenek, és önkéntes munkájukkal segítsék azokat a várandós vagy szülő nőket (és párjaikat), illetve a gyermekágyas osztályon fekvő anyákat, akik a felajánlott szolgáltatásokat igénybe kívánják venni. A Dúlakört Békés Emőke, a Békés Dúlakör vezetője képviselte, a program elindulását hónapokig tartó előkészítés, szóbeli egyeztetés előzte meg, majd végül írásos megállapodásban rögzítették a közös munka feltételeit (I. sz. melléklet).

A kórház részéről a közös munka célját a Főorvos úr a dülai szemlélet dolgozókkal való megismertetésében, az anyák elégedettségének növelésében, ezen és a PR szemponton keresztül pedig végső soron a kórházban zajló születek számának emelésében jelölte meg. A Dúlakör tagjai részéről a tanulási és gyakorlatszerzési lehetőség, illetve az anyák szolgálata volt a fő motiváció. Szintén izgalmas volt, hogy egy egyedülálló meghívásnak tehattunk eleget: nem tudunk róla, hogy Magyarországon hasonló önkéntes program indult volna valaha.

A projekt célja volt az is, hogy e projekt tapasztalatai alapján határozzák meg a résztvevők egy további tartós együttműködés kereteit.

2.2. A projekt menete, részvételünk a kórház életében

2.2.1. A szülőszobán kívüli részvétel helyszínei

Március közepétől minden alkalommal megjelentünk a felkészítő előadásokon. Ennek egyik célja az volt, hogy magunk is megismerkedhessünk a kórház szemléletével, szakembereivel, illetve a megjelenő szülőkkel és igényeikkel. Másik célja pedig az, hogy bemutatkozhassunk a családoknak, az ott helyben felmerülő szakmai vagy működésünkre vonatkozó kérdésekre választ adhassunk, további konzultációt vagy szüléskísérést tervezhessünk, szervezhessünk.

Jellemzően mind a szakszemélyzet, mind felénk mindössze két-három konkrét kérdés érkezett az előadások alatt és után. Három-négy pár érdeklődött nálunk részletesebben az elérhető „szolgáltatásokról”, egy párnál követte ezt konkrét felkérés kíséretében.

További törekvéseink is voltak arra, hogy kialakítsunk olyan felületet, ahol a szülést megelőző konzultációra volna mód dülák és kismamák között. Ebben nagy támogatást kaptunk a kórháztól a dula ügyeleti szoba formájában. Sajnos azonban végül nem alakult ki rendszeres ügyeleti időpontunk. Egyrészt a „dulaszobá”-t csak a projekt harmadik hetétől vehettük birtokba, így későn kezdtük az ügyelet hirdetését és köztudatba építését. Nem is feltétlenül találtuk

meg / használtuk azokat a csatornákat, melyeken a leghatékonyabb módon érthetők volna el a mamák. Másrészt erőnket ekkorra már meglehetősen lekötötte a szülészobai és gyermekágyas jelenlét – tekintettel arra, hogy nem nagy önkéntes létszámmal (szám szerint 12 fővel), de nagyon igyekeztünk lefedni a teljes ügyeleti időt.

Mindazonáltal ezt a terepet nagyon fontosnak, és egy jövőbeni hasonló projekt esetén különösen kihasználndónak látjuk a kismamák előzetes tájékoztatása, specifikus, személyre szabott felkészítése (ideértve a felmerülő konkrét kérésekre adott válaszadást és a személyes múlt, családi környezet, lélektani háttér stb. felderítését is), igényeik formálása, illetve a személyes kapcsolat korai kialakítása céljából.

Az ismerkedés az anyukákkal némiképp informálisabb keretek közt, a szülészeti-nőgyógyászati osztályon benn fekvőkkel, illetve az ambulancián megjelenőkkel folytatott beszélgetéseink során azért nagyon is zajlott. Erre jellemzően ügyeleti időnkben került sor, amennyiben nem volt a szülészobán támogatást igénylő vajúdó/szülő nő. Az ilyen módon kialakult kapcsolatokról rendszeresen tájékoztattuk egymást, hogy lehetségessé váljon a gondoskodás folyamatossága, ha nem is egy konkrét személyhez, de legalább dülához kapcsolódva. Így nem egyszer meg is történt, hogy már előzetes információkkal indultunk neki a kísérésnek, ami meg is hálálta magát. Egy ízben lett ilyen előzetes kapcsolatból konkrét kísérésre való felkérés.

Ezen felül fontos működési terepünké vált a gyermekágyas édesanyák támogatása is. Elsősorban a segítő beszélgetés eszközével, valamint fizikai rendelkezésre állással (pl. babák kihozatala a csecsemőosztályról, aminek köszönhetően több császáros, ill. sok vért vesztett anya számára biztosítottuk a "késleltetett" aranyóra nyújtotta előnyöket; vagy a babák ellátásában nyújtott konkrét segítséggel, szoptatás támogatásával voltunk jelen.

Elsősorban azon kismamákat kísértük tovább, akikkel szülésük alatt is együtt voltunk. A kialakult bizalmi kapcsolat, együtt átélt közös élmény talaján természetesen alakult tovább a segítői viszony. Érthető módon ezek a mamák voltak a legbátrabbak kérésekkel-kérdésekkel előjönni, és az információkat is könnyebben fogadták be tőlünk. Persze minél többet forgolódtunk a gyermekágyon, annál több édesanyával ismerkedtünk meg az általunk korábban nem kísérték közül, és őket is igyekeztünk erőnk szerint támogatni.

Minderre nagyfokú biztatást, együttműködési készséget észleltünk az ott dolgozóktól. Egyrészt összehozott minket az a közös szemléleti alap, ami a babarát kórház szempontrendszerével jól körülírható. Másrészt láttuk, hogy nagyon elkél a segítő kéz a dolgozók általános leterheltsége miatt. Különösen egy olyan időszakban, amikor újraindul a PIC; illetve magas a császármetszési arány, amelyhez a gyermekágyas gondoskodásban az indulás nehezített körülményei miatt az 1:1 gondozott-gondoskodó arány volna az ideális.

2.3. Adatgyűjtés a projekt során

A projekttel kapcsolatos megfigyeléseinket és tapasztalatainkat több módon is rögzítettük, illetve megosztottuk egymással. Az ügyeletek után személyes hangvételű beszámolót írtunk egymásnak, illetve kétheti rendszerességgel három-

négy órás megbeszélést tartottunk, egyrészt a szakmai tapasztalatok megosztása és tanulságainak levonása, másrészt az élmények feldolgozása, letétele végett. Szüléstörténeteket szintén gyűjtöttünk: dúlai szemszögből, (kisebb számban) anyai szemszögből is vannak feljegyzéseink.

A szülések alatti történéseket a szülésekről vezetett formalizált adatlap (0. sz. melléklet) segítségével rögzítettük, és tettük elemzésre alkalmassá. Minden általunk kísért szülésről töltöttünk ki adatlapot, a kíséréshez lehető legközelebb eső időpontban. Az adatlapot minden dúla önbevallás alapján töltötte ki, az értelmezés hasonlóságát az adatlap előzetes tételes átbeszélésével biztosítottuk.

Természetesen minden gyűjtött adatra vonatkozik, hogy az eredményeket maga a jelenlétünk ténye is befolyásolhatta („a megfigyelő paradoxona”): nem tudhatjuk, mit tett volna a személyzet, ha nem vagyunk ott (pl. esetleg több időt töltenek az anyákkal, vagy ők javasolnak nekik olyan dolgokat, amiket mi már megtettünk). Az eredményeket esetlegesen torzító egyéb konkrét hatásokról a tételes ismertetés során még ejtünk szót.

Az adatlapok elemzésével kapcsolatosan azt is fontos hangsúlyoznunk, hogy az eredmények kizárólag azokra a szülésekre vonatkoznak, amiknél jelen voltunk, így semmit sem mondanak az osztály teljes működéséről a vonatkozó időszakban.

Szintén figyelembe kell venni, hogy a projekt hosszából (2014. március 13.–április 30.), a résztvevők és a szüléskísérések számából adódóan az adatok statisztikai elemzésének lehetőségei igen korlátozottak: tendenciákról, megfigyelésekről tudunk beszámolni, nem pedig szignifikánsan megalapozott következtésekről.

A működésünkkel kapcsolatos anyai véleményeket a projekt során összeállított anyai elégedettség-kérdőívvel (III. sz. melléklet) vizsgáltuk. Ez a kérdőívünk a projekt alatt került összeállításra, a speciális működési feltételekhez igazodva (átlagos dúlai működésmódban is megvan a visszacsatolás, de ennek kerete inkább a gyermekágyas találkozó, vagy a szülésfeldolgozó személyes megbeszélés). Mivel a kérdőívezést így csak a projekt derekán kezdtük meg, és szervezési okokból nem is érkezett vissza hozzánk minden kitöltött példány, sajnos csak szüléskíséréseink kevesebb, mint feléről van ilyen formában visszajelzésünk.

3. TAPASZTALATOK A SZÜLÉSKÍSÉRÉSEK SORÁN

A projekt során tapasztaltakat a fentebb ismertetett források kiértékelése alapján mutatjuk be (lehetőségeink, korlátaink és céljaink szerint nem ragaszkodtunk a klasszikus tudományos publikációk formai kereteihez, különös tekintettel a szakirodalmi háttér ismertetésére).

A beszámoló menetének felépítésében követtük Szüléskísérési adatlapunk és a WHO 1996-os Care in Normal Birth. A Practical Guide-jának (1) gondolatmenetét. Amennyiben egyéb forrást nem jelölünk meg, szakirodalom és WHO ajánlás alatt a szintén ebben a dokumentumban leírt hivatkozásokat, irányelveket és javaslatokat értjük.

Az összefoglalóban dőlt betűvel, kiemelt háttérrel közöljük a dúlai szüléstörténekből származó idézeteket.

3.1. Általános információk a kísérésekről

A kórházi projektben töltött kb. 1,5 hónap alatt összesen 44 alkalommal vállaltunk ügyeletet a szülésznők mellett. Ezen felül három alkalommal voltunk jelen klasszikus ügyeleti időnkön kívül, melyet az eset specialitása (egy dúlátársunk jelnyelvi tolmácként asszisztált siket kismama osztályra való felvételekor) vagy személyes felkérés indokolt.

Az ügyeletben töltött időnk hossza átlagosan 12,5 óra volt. Ugyanakkor tartottuk magunkat ahhoz a szakmai követelményünkhöz, hogy megkezdett kísérést csak igen indokolt esetben (a szülők kérése, vagy a helyzet olyan fokú ellehetetlenedése, amikor a támogatás haszna várhatóan kisebb, mint a körülményekből fakadó nehézség) hagyunk abba. Így előfordult, hogy 18, illetve 20,5 órát is töltött kinn egyvégtében dúla.

A vállalt ügyeletek során átlagosan 2 párral kerültünk kapcsolatba, és döntő többségében (84,4%-ában) szüléskísérésre is lehetőségünk nyílt: így összesen 48 szülésnél lehettünk jelen dúlaként.

3.2. A szülőszobára érkező kismamák helyzete és állapota

Egyetlen egy ízben tapasztaltuk, hogy szülő nő előre elkészített, leírt, vagy akár csak szóban megfogalmazott szülési tervvel érkezett volna. Bár a WHO ajánlás szerint pozitív gyakorlat, ha a szülők ilyen módon fogalmazzák meg és közlik a szakszeméllyel kívánságaikat, a tudatosságnak ez a szintje nem volt jellemző.

Az anyák / párok részére az esetek többségében (83%) mi magunk ajánlottuk fel szolgálatainkat. A projekt kezdetén jellemzőbb volt az óvatosság a dúlák bemutatása, bemutatkozása terén: a szülésznők és a dúlák is keresték a fogást a helyzeten. Később voltak szülésznők, akik – személyes stílusuknak, korábbi dúlás tapasztalatuknak, vagy a dúlákhöz való általános viszonyulásuknak megfelelően – aktívabban vettek részt a folyamatban, és kifejezetten ajánlottak

minket. Egy ízben ezt orvos tette meg. Mások inkább azt javasolták, hogy menjünk csak be önállóan, és magunkat ajánljuk. Így is lett, és azt tapasztaltuk, hogy maga a tény, hogy a kórházon belül létezik egy "szolgáltatás", ami választható, pozitív reakciót váltott ki, még akkor is, ha végül nem választották.

Amennyiben több szülés zajlott az osztályon, általában folyt valamilyen egyeztetés arról, hogy melyik szülő nő tudna legtovább „profitálni” a támogatásból: pl. a kísérő nélkül érkezők, az ügyeletben szülők, az elhúzódó vagy indított vajúdásban lévők. Ez a "szelekciós" szempont általánosan érinti kapott eredményeinket.

A kísérésünkkel szült anyák több mint fele (55%) első gyermekét szülte. Egyötödük (21%) a második és 17%-uk a harmadik gyermekét. A szülés hosszára és megélésére, illetve beavatkozásra vonatkozó eredményeinket ez az adat tovább árnyalhatta.

A szülésznők, szülésznő-gyakornokok a mamák fogadásakor általában törekedtek a pozitív hangulat, a barátságos, de nem túl bizalmas hangnem kialakítására. Az esetek egy részében talákoztunk negatív szuggesztiókkal a beérkezésor:

„Ez még nem is igazi fájdalom!”

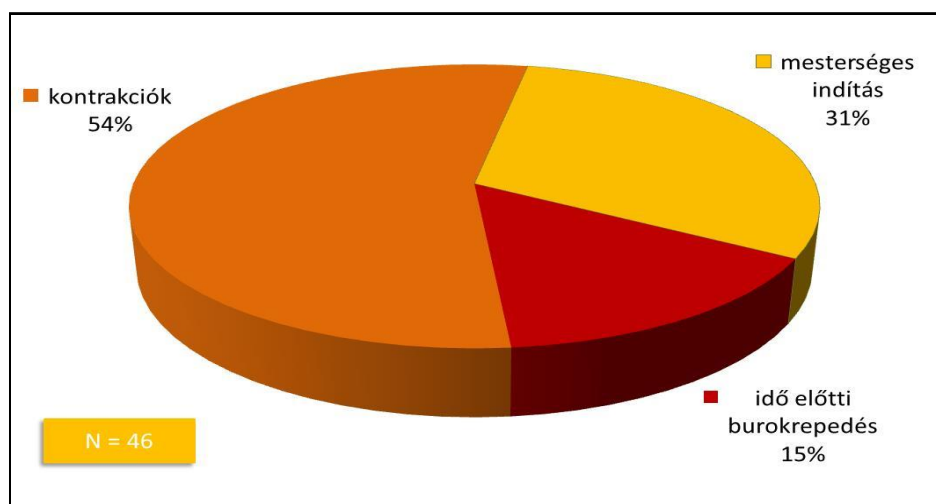
„Mit fog csinálni később, amikor igazán fájni fog, ha már most így szenved?!”

„Tudja mi az a menstruációs görcs? Anya bólogat, "jó, mert kb. azt szorozza fel 1000-rel, na, úgy fog fájni ez az egész! Nekem úgy tanították, hogy csak 100-zal, de én inkább ezret mondok”

Mindez kevésbé empátikus hozzáállást, a szubjektív észlelés jogosságának leikcsinylését jelezheti az édesanyák számára, illetve félelmeket kelt a rájuk váró további élményekkel kapcsolatban. Helyette inkább a fájdalom átkeretezésére, az állapot elfogadására vonatkozó megjegyzéseket javasolunk. „Átérezem, amit mond!”, „Ez az érzés hozza meg gyermekét!” „Örülök, hogy ilyen intenzív érzéseket él át, mert ez azt jelenti, hogy hamarabb tarthatja kezében a kisbabáját”; „A testünk csodálatosan van kitalálva: a méhösszehúzódásokhoz saját, természetes fájdalomcsillapítókat is adagol. Minél erősebben dolgozik, annál többet.”

3.2.1. Az indított szüléssel érkező mamák

A dúla által kísért szülések közel egyharmadában (31%) mesterséges szülésindításra került sor. Ez bőven meghaladja a WHO 1985-ös 10%-os ajánlását (2), és kisebb mértékben, de szintén meghaladja a fejlett országokban napjainkban tapasztalt 25% körüli arányt (3). Több oka is lehet ennek. Egyrészt amennyiben több szülés is folyt párhuzamosan, nagyobb volt a valószínűsége annak, hogy a dúla a nagyobb támogatást igénylő esethez került be. Mivel a kutatások szerint egy indított szülésű vajúdo erősebb szubjektív diszkomfort érzetre, több beavatkozásra és megnövekedett császármetszési esélyre számíthat, a nem természetes szülemegindulással érkező mama mindenképp ebbe az "inkább támogatandó" kategóriába esik. Ez a tény eredményeinket némiképp torzíthatta.



Valószínűleg nagyobb a jelentősége azonban annak a kórházi gyakorlatnak, mely rutinszerű indításhoz kapcsolódó beavatkozásokat foganatosít a 40. hét betöltése utáni naptól fogva (I. szülésfelkészítő előadáson hallottak, illetve a szülőszobán tapasztaltak). Ennek egyedi esetekre vonatkozó szükségességét természetesen nem tisztunk megítélni, még kevésbé vitatni. Ugyanakkor a vonatkozó nemzetközi szakirodalmak, a WHO ajánlása, (az ugyan lejárt) hazai protokoll (4), illetve más hazai szülészetek az ittenitől eltérő gyakorlatának figyelembe vételének alapján az indukció korai időpontját, rutinszerűségét és a hozzá kapcsolódó tájékozott beleegyezés témáját érdemesnek találunk átgondolni.

A megélt szüléskísérések benyomásai megerősítik mindezt: az osztályon tett látogatásaink alatt többször kerültünk kapcsolatba indítás miatt benn fekvő mamákkal. A hospitalizált állapotban – a személyzet legjobb szándéka ellenére is – a fő érzések a családi támogatás hiánya, az egyedüllét, az információhiány és a várakozás miatti bizonytalanság, szorongás és félelem voltak. A mamák több ízben arról számoltak be, hogy nem tudnak rendesen enni, képtelenek pihenni, és kialudni magukat. Őket a szülőszobán meglehetősen rossz állapotban láttuk viszont; érthető módon nem jól reagáltak az indítással majd a vajúdással összefüggő fájdalmakra, hiszen eleve nem ideális lelkiállapotban, fáradtan, kalóriahiánnyal vagy épp dehidratáltan indultak neki az útnak.

Azzal is több ízben találkoztunk, hogy az alacsony szocioökonómiai státuszú, gyakran zsenge korú mamák meglehetősen bizonytalanok a várandósság korát illetően, nem ismerik utolsó menzeszük időpontját, és/vagy a várandósgondozásban sem épp az általános ajánlásoknak megfelelően vettek részt. Így az ő esetükben a terminustúllépés diagnózisának felállítása még bizonytalanabb lehet.

"Fél 9-kor átkísértek egy mamát az osztályról, aki már harmadik napja bent fekszik, mert 40+1 napos volt és az orvosa nem kockáztat, előre bocsjátotta a császárt is aznapra, ha nem történik változás. A szülésznő rátette CTG-re. Megérkezett a doktor, és ott a vizsgálatnál felhelyeztek neki egy tablettát, hogy lazuljon a méhszáj. (...) Aztán 12:10-kor burkot repesztettek nála, hogy "haladjon" a tágulás."

3.2.2. Spontán vajúdással érkezők

Jó néhány szülőpár érkezett egészséges izgalommal, illetve várakozással. Ugyanakkor az első szülők körében gyakrabban tapasztaltunk debilizáló mértékű szorongást, félelmet is, ami a pusztá jelenlét, a tájékoztató jellegű, illetve egyszerűen meghallgató beszélgetés vagy épp a fizikai kontaktus hatására többségében jól oldódott.

Az idő előtti burokrepedéssel érkezők aránya megfelel a reprezentatív vizsgálatokban is tapasztalt 10-20%-os előfordulásnak (4).

3.3. Rutin eljárások

A szülő nők egyharmada (33%) számolt be arról (illetve tapasztaltuk mi magunk is), hogy beöntést kapott, illetve borotválták (35%) a szülőszobára érkezés után. Ezen felül lehetnek még azok az esetek, amikor egy már előrehaladott vajúdásba kapcsolódtunk be, és nem voltunk jelen, illetve nem kérdeztünk rá a beérkezésük elvégzett beavatkozásokra.

Ezen a téren (is) azt láttuk, hogy nem feltétlenül egyöntetű a szülésznők szakmai gyakorlata: némelyek rutinszerűen alkalmazzák a beöntést és a borotválást, mások szívesen eltekintenek tőle. Hasonlóképp, az anyukák igénye sem egységes ezen a téren: van, aki szeretné ezeket a beavatkozásokat, van aki előre elintézi őket magának, s van aki igen kellemetlenül érzi tőlük magát. Ezt a kellemetlenséget nagyon is érdemes lehet megspórolni, ha figyelembe vesszük a WHO ajánlás érvelését arra vonatkozóan, hogy ezen eljárásoknak különösebb, bizonyítható egészségügyi haszna nincs. Különösen rossz szájízt okozhat a szülőszoba vendégeinek egy-egy, talán viccesnek szánt szülésznői megjegyzés, pl. ez:

"Itt a beöntés és a borotválás nem kötelező, lehet rájuk nemet mondani, de melegen ajánlom, hogy ne tegyék."

Szüléskísérő adatlapunk némely hiányosságaira is fény derült: nem regisztráltuk például a hüvelyi vizsgálatok számát és gyakoriságát, pedig a gyakorlat azt mutatta, hogy ez fontos élmény a kismamák számára. Benyomásaink alapján azt mondhatjuk, hogy nem volt túl gyakori általában, és többnyire akkor következett el, ha valamilyen állapotváltozás miatt indokoltsága is volt. Ugyanakkor olyan is előfordult, hogy 10 percen belül ketten vizsgáltak egy anyát, s ellentétes eredményeket közöltek a táguulás mértékére vonatkozóan – az ilyesmi ropant demoralizáló tud lenni.

Gyakori volt viszont a kontrakció alatti vizsgálat, ami különösen kellemetlen a kismamának, így ennél is érdemes megfontolni, hogy rutinszerűen alkalmazzák vagy csak indokolt esetben kíváncsiak arra, hogy mennyire nyomódik le a fej.

3.4. Evés-ivás

Általános tapasztalatunk, hogy a javaslat az volt a szülésznők részéről, hogy a mama ne egyen, csak maximum igyon. Az elhangzó indoklás, hogy „mert benne

van, hogy császár lesz a vége”, erős szuggesztiós erővel bír, indokolt lehet az árnyaltabb fogalmazás.

Szerencsére a szülő nők ösztönösen nem nagyon kívántak nehéz ételeket a szülés alatt, a könnyű, jól emészthető falatok voltak népszerűek. Amennyiben a darabos étel tiltása a kórházi protokoll része, sokat segít a szőlőcukor, amiből több zacskóval fogyott a projekt alatt.

Az ivásra általában kevésbé kellett felhívni a mamák figyelmét, de amikor igen, ott akár infúzió bekötését is megspórolhattuk vele. Az itatáshoz jó szolgálatot tett a szívószál (hogy ne kelljen megemelkedni fekvésvajúdás esetén).

3.5. A szülés alatti támogató személyek

3.5.1. A dúla és a szakszemélyzet viszonya

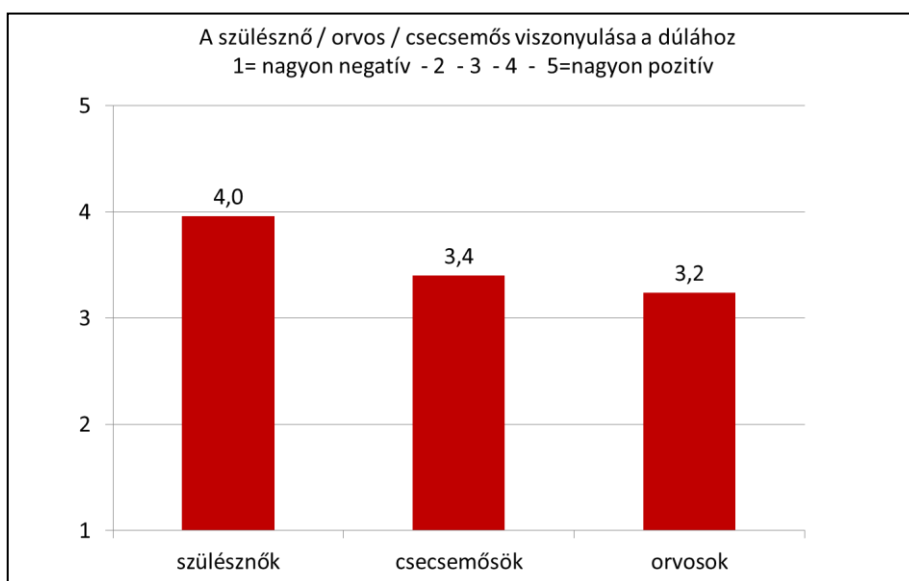
A projekt indulása előtti napokban azt az információt kaptuk, hogy egy szülésznő ügyeleti idejébe mehetünk dúlaskodni. Ezt követően rövid időn belül fordultak az arányok, és nagy örömünkre - két szülésznő kivételével - mindenki fogadókészé vált. Az első ügyeleti találkozások a kölcsönös ismerkedés és az együttműködés mikéntjének kidolgozása jegyében teltek. Beszélgetéseink során felmerültek a dúlással kapcsolatos fenntartások, melyek egy része korábbi negatív tapasztalatokból táplálkozott. Egyértelmű kérésként az érkezett hozánk, hogy szülészeti szakmai kérdésekben ne foglaljunk állást, és ne tüzeljük ellenállásra a kismamákat. Válaszként fokozottan igyekeztünk kommunikálni, tisztázni és betartani a kompetenciahatárokat. Érzékeltük, hogy bár sok mindent megtettünk a projekt megfelelő előkészítéséért (pl. dúlatréningen való ingyenes részvételi lehetőség, teadélután szervezése a szülésznőkkel, előkészítő egyeztetések, dúlaköri működési kódex rendelkezésre bocsátása), a szükséges információk nem feltétlenül jutottak el minden illetékes személyhez. A projekt előrehaladásával párhuzamosan aztán éreztünk némi megkönnyebbülést mindkét fél részéről, néhány kollégával együttműködőbb viszonyt sikerült kialakítani, és így kölcsönösen többet tanulhattunk egymástól. Másokkal csiszolódott a kezdeti érdekesebb kommunikáció, vagy épp azt könnyelthettük el eredményként, ha némi-kepp csökkent a távolságtartás vagy az ellenséges érzület.

Alapvetően hálásak voltunk azért, hogy a szülésznők “beengedtek” minket működési területükre, s zömében hagytak minket dolgozni a vajúdástámogatásban. A vendégeskedés során a szokásosnál jobban belelálthattunk az ő hétköznapijaikba is. Így láthattuk, hogy bizonyos támogató eszközöket (pl. a folyamatos jelenléte, teljes körű tájékoztatást) idő hiányában, egyszerre több szülő nővel foglalkozva, megfejelve az adminisztrációs kötelezettségekkel, ha akarnák, se tudnának alkalmazni, és ez akár frusztráló is lehet számukra. Abba is nagyobb bepillantást nyerhettünk, hogy a szülésznők milyen csapatot alkotnak: hogy van olyan, aki elpakol a másik helyett, mikor az vállalt, extra szülés után fáradtan sietne haza. Van aki az ügyeleti idő előtt jó korán érkezik, hogy “átvehesse” az osztályt; a másik meg épp késésével bosszantja kissé a többieket. Hogy van, aki sütit süt, igyekszik megragadni a lehetőséget a beszélgetésre (akár a szülő nő feje fölött is, ha csak ott nyílik mód a találkozásra), mások meg inkább egyedül szeretnek dolgozni, és nem barátkozósak. Az orvosok és szülésznők között közvetlen kapcsolatot láttunk; hogy ez egy kommunikációs stílus-

e vagy jobban kiterjed a közös munka partnerségének mélységére is, azt megint csak esete váltogatja. Mindenesetre azt megfigyeltük, hogy vannak olyan szülésznők, akiknek határozott szakmai véleményük van az orvosok működéséről, és ennek szükség esetén nyíltan hangot is adnak, vagy ha arra van szükség, elterelést is alkalmaznak a kollegialitás és a kompetenciájuk határain belül, "megvédve" az anyát egy tőlük szemléletben távolabb álló orvos működésétől. Itt ejtenénk szót az orvos-szülésznő kommunikáció egyik fontos vetületéről is. Gyakran tapasztaltuk, hogy extrém sok negatív szuggesztív hangzik el, amikor a szülésznő az osztályra érkező orvosnak referál a kismama állapotáról. A tárgyilagos, tényekre szorítkozó fogalmazás vagy a négy szemközt megbeszélés szerencsésebbnek tűnne ezekben a helyzetekben is.

„Hajnal 3 körül bejött az ügyeletes orvos, és tájékoztatást kért a kismama állapotáról, a dolgok állásáról. A szülésznő, aki a mamával való közvetlen kommunikációban láthatóan törekedett a biztató szavakra, az előrehaladás és a pozitív történések hangsúlyozására, a következőképp foglalta össze az eseményeket: a szívhangok jók, a baba állapota megfelelő. A fájások viszont rosszak, nem hatékonyak, így nem lehet haladni. [összehúzódnak érkezik] 'Látja, doktornő, ez volt pl. egy fájás. Ilyen kis semmik vannak.'"

Arról, hogy a szülőszoba dolgozói hogyan ítélték meg a dúlák jelenlétét az osztályon, nincsenek közvetlen információink. Adatlapunkon arról gyűjtöttünk információt, hogy mi milyennek éreztük, hogyan viszonyulnak hozzánk.



Többségünk folyamatosan kereste munkájáról az érdemi visszajelzést a szaksegítség részéről. A műszakok végén, ha volt rá mód, érdeklődtünk, mi volt jó az együttes munkában, mi nem; megkérdeztük, miben segíthetnénk a segítőket magukat. Mivel általában a munkája minden felet erőteljesen lefoglalt, nem sok idő és színtér maradt az ilyenfajta kommunikációra, ezért a jövőben hasonló helyzetben mindenképp formalizáltabb módon is keresnénk a visszajelzést a szakszemélyzet viszonyulásáról, igényeiről, és velünk való elégedettségéről.

Ahogy a későbbiekben részletesebben is látni fogjuk, a többségében viszonylag aktívan menedzselte kitolási szakban működési területünk némileg beszűkült. Így az orvosi szakszeméllyel eleve rövidebb találkozások során az érintkezési fe-

lület is kisebb lett. Bemutatkozásra sem futotta mindig: néha az anya állapota és az események gyorsasága nem tette ezt lehetővé (bár szülésen kívül is kerestük a bemutatkozási lehetőséget, nem nagyon találtuk), máskor a nyitottság hiánya (jobbik esetben közöny, ritkábban ellenállás) indokolta. Bizonyos orvosok előszeretettel tettek humorizáló:

„Jaj, ha a Maga olaját használom, csak nem válok én is dúlává?”

... vagy provokatív megjegyzést:

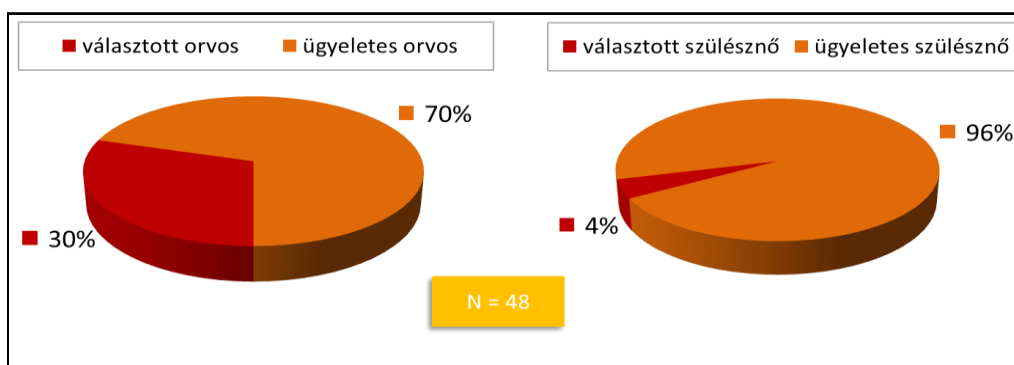
„Remélem, nincs kifogása a fundusnyomás vagy a Valsalva nyomatás ellen.”

... amit az általában anya feje fölött zajló kommunikációban tartózkodóan reagáltunk le. Ezek a felszínen megjelenő apróságok érezhetően utaltak olyan mélyebb feszültségekre, melyeknek kitárgyalására egy ízben részletesebben is sor került:

„Amikor közeledett a kitolás, és megjelent a doktor, s vele megérkezett egy feszültség is - az én érzékelésem szerint. Velük voltam egy térben, háttérbe húzódva, amit addig senki sem kifogásolt. Szavak nélkül, tekintetekkel, metakommunikációs jelrendszerrel pillanatok alatt kirekesztettek / kirekesztettnek éreztem magam. Anyát nyomatták, a szülésznő szerint a "lazító" miatt nem tudott együttműködni. A baba megérkezése után dr. kiment, eltelt kis idő, majd kihívott a folyosóra. Érzékelésem szerint kezdetét vette egy energetikai "bokszeccs". Hátratett kézzel utána léptem, és kíváncsian vártam, mit fog mondani? Tér nyílt annak az áradatnak, ami kikíváncozott belőle: ezzel a dúlás rendszerrel kapcsolatosan, a mi ottlétünkkel, hogy látunk, hallunk (most éppen én). Őszinte volt, értettem a helyzetet, amiről beszélt, hogy az ő zártságuknak (orvos-szülésznő-takarítónő) a mi jelenlétünk nagy kihívás. Ők egymás hátát támasztják, pontosan tudják ki hogyan dolgozik, és ebbe mi bele látunk, híreket viszünk róluk.”

3.5.2. Ügyeletes és fogadott kísérők

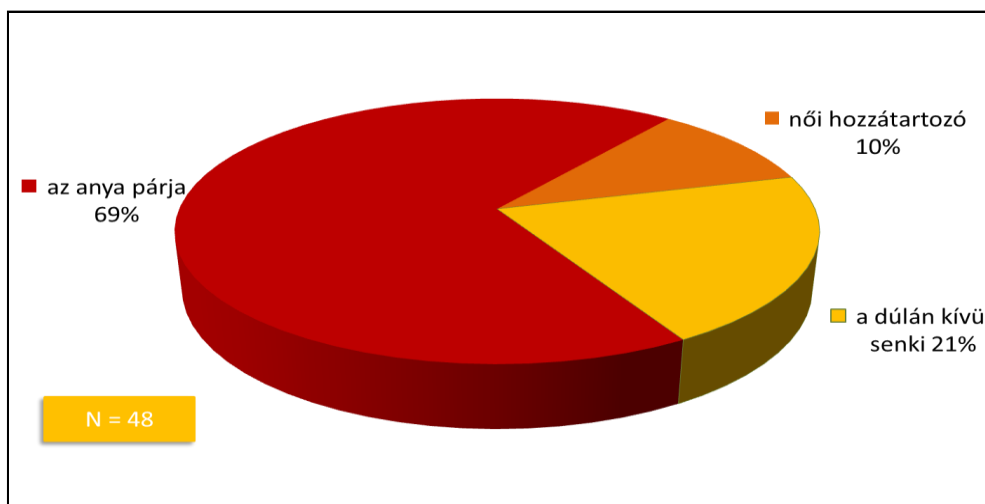
Kíséréseink nagyobb részét ügyeletes szülésznő és orvos jelenlétében végeztük. Ez egyrészt leképzi azt az arányt, ami az osztályon általában is megfigyelhető, másrészt pedig tovább nagyítja azt, hiszen inkább ajánlottuk fel szolgálatainkat választott segítség nélkül vajúdóknak. Néhány esetben ezt azért tettük, mert a szülésznők kifejezetten megkértek rá bennünket (lévén ha felkérésre érkeztek be egy kismamához, ők szerettek volna teljes idős szolgálatot teljesíteni mellettük), máskor a helyzetből fakadt, hogy több párhuzamosan zajló szülés esetén ott éreztük hasznosabbnak magunkat, ahol nem volt fogadott segítség.



Az ilyen módon nagyon alacsony esetszám mellett a fogadott / nem fogadott szülések zajlásának menetében nem volt értelme érdemi számszerű különbségeket keresni. Benyomásaink arra a nem meglepő tényre azért mindenképp utalnak, hogy a szülésznők több időt töltenek a kísérésben azokkal az anyákkal, akik megfogadják őket (ennek csak az tudna útjába állni, ha épp ügyeletesek is, de ilyen konkrét esetet ez idő alatt nem hozott az élet).

3.5.3. Kísérők a kismamák részéről

Az általunk kísért szülések egyötödében (21%) az asszonyok kísérő nélkül érkeztek a szülőszobára. Ha jelen volt kísérő, akkor az döntő többségében a szülő nő párja volt, de előfordult néhány esetben, hogy valamely női rokona (leginkább édesanyja), vagy barátnője támogatta az anyát a vajúdás ideje alatt.



A vajúdó kísérőinek hozzáállását a dúlai jelenléthez nem vizsgáltuk közvetlenül. Benyomásaink viszont nagyon pozitívak voltak. Miután a projekt keretein belül nem a klasszikus dúlai támogatás valósult meg, azaz már egy megkezdett vajúdásban, ismeretlenül léptünk oda az asszonyokhoz és kísérőikhez, így már maga az a tény, hogy igent mondtak a jelenlétünkre, pozitív hozzáállást, nagyfokú bizalmat és elfogadást jelentett részükről. Mi magunk tehát úgy éreztük, a kísérők összességében igen pozitívan (4,5 átlag 1-5 skálán) álltak hozzánk - a női hozzátartozók pedig még az átlagosnál is valamivel pozitívabban (4,8).

Szóbeli visszajelzéseink is azt mutatták, hogy a kísérők hálásak voltak, mikor részvételünk révén egy kis szusszanásnyi szünethez jutottak (pl. ki tudtak men-

ni a várakozó rokonokat tájékoztatni, vagy saját sürgető igényeiket is kielégíthették, legyen az mosdóba távozás, vagy egy stressz-csökkentő céllal elszívott cigaretta), ha ötleteket és támogatást kaptak ahhoz, miként támogathatnak ők, illetve hogy megnyugtató volt számukra az információ, amit tőlünk kaptak.

A család részéről néhány esetben felmerült az igény, hogy egyszerre több családi vagy baráti kísérő is jelen lehessen, de a szülőszobán a támogatók szerepcseréjét sem támogatták.

3.5.4. Működésünk az anyák visszajelzéseinek fényében

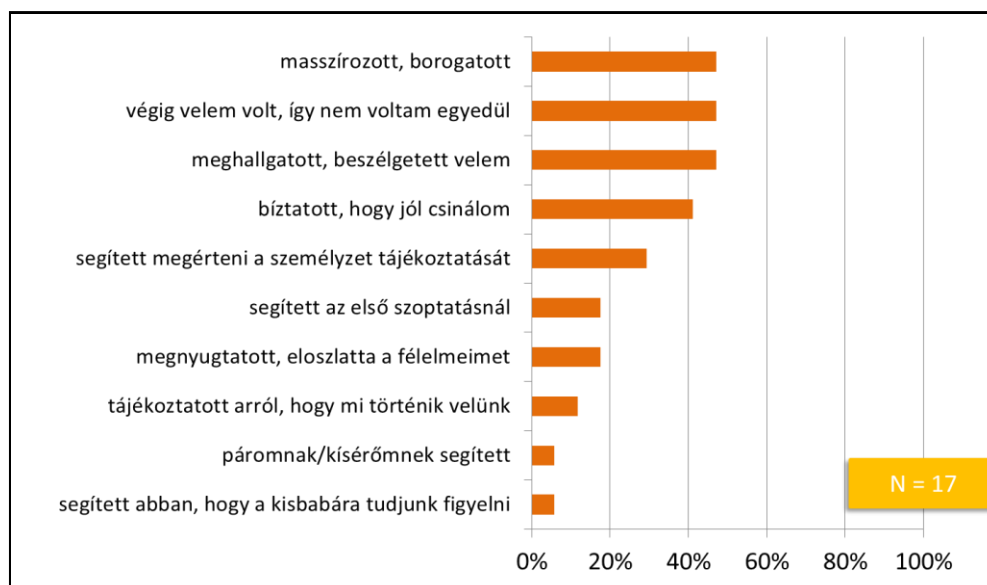
Összesen 17 anya jelzett vissza kérdőíves formában, és többen írtak, írnak azóta is az őket kísérő dúlának. Van, aki a már két hónapos kisbabája nevében jelez vissza például.

„Anyukám sokat szokott nekem mesélni a születésemről, és mindig emleget egy nénit, aki végig segítette a hosszú-hosszú órákon a szülőszobán.”

A velünk szült anyák többsége (41,2 %) nem tudta, hogy kicsoda és mit csinál a dúla, mégis legtöbbjüknek (94,1%) azonnal szimpatikus volt. Mivel a kérdőívet kitöltők mindegyikének maga a dúla ajánlotta fel a dúlai szolgáltatást, ennek az azonnali szimpátiának döntő szerepe lehetett abban, hogy létrejött az együttműködés.

A vajúdas alatti támogatást csak pozitív jelzővel illették, támogatónak és megnyugtatónak érezték a legtöbben (88,2%), de a hasznosság (70,6%) és a védelmező attitűd (64,7 %) is megjelent a visszajelzésben.

Az anyák megjelölhették, hogy mi volt az a három dolog, amivel leginkább segített a dúla. Ennek eredményei jól illusztrálják, hogy a dúlai munka legfontosabb eszközére, a megszakítás nélküli jelenlétre, valamint az értő figyelemre, a megerősítésre és az empátikus kommunikációra igény mutatkozik az anyák részéről. Hasonló arányban tartották fontosnak a masszírozást, borogatást is.



Ezek pont azok a tevékenységei a dúlai támogatásnak, amik a több anyát ellátó szülésznő munkáját jól kiegészítik, támogathatják, és jól jelzik a válaszok, hogy

növeli az elégedettséget, ha van egy olyan támogató személy, aki végig az anyával marad.

Az anyák majdnem 30 százalékának az is a legfontosabbak között volt, hogy a dúla segített megérteni az egészségügyi személyzet tájékoztatását. A dülai munka ezen része az egészségügyi személyzet munkáját is gördülékenyebbé teheti. A legékesebb példája ennek a siket pár kísérése volt. A velük való kommunikációt nagyban segítette az ott levő dúla, amiért a gyermekosztályos szülésznő is köszönetét fejezte ki, mert a császármetszés után ők külön segítséget igényeltek, amire a többi beteg ellátása mellett nem lett volna módja.

Az anyák 94,1 százaléka a következő szülésénél is szeretne maga mellé dűlát, de az anyák 35,5 % mondta azt csak, hogy már a várandósság alatt is szüksége lenne a dülai támogatásra.

Megmutatja ez számunkra azt, hogy az anyáknak igényük van a dülai jelenlétre, és nyitottak arra, hogy a kísérő csak a szüléskor lépjen be a folyamatba. Az is látszik, az előzetes összehangolódás hiánya nem gátja a pozitív megélésnek, így van létjogosultsága a dűlák szűlőszobai űgyeletének.

Az eredményt árnyalja azonban, hogy a projekt során nem volt nem volt előzetes információjuk és tapasztalatuk arról, hogy milyen támogatást tud nyűjtani a dűla a várandósság alatt, így nem tudták érdemben összevetni a két lehetőséget.

Mindenképpen megerősítő eredmény, és pozitív visszacsatolás a projektben résztvevők számára, hogy minden anya ajánlaná a dülai támogatást ismerőseinek.

Számtalan kedves szóval jelezték, hogy valós, hozzáértő segítségnek tartják a dűlát, akit megismertek, és hálásak a lehetőségért. Az egyik hölgy így írt erről: *„Készszégesen, őszinte érzéssel, valós támogatást tudnak nyűjtani a félelmeink és feszűltségűnk legyőzésében. Elhivatottak, hiszen idegenként 100%-osan segítenek.”*

Meg kell azonban jegyeznűnk, hogy egyrészt arányaiban viszonylag kevés kérdőívet kaptunk vissza; másrészt pozitív irányba torzíthatta a válaszokat, hogy az emberek – különösen, ha egyébként van okuk a hálára – nem mindig szeretnek kritikát megfogalmazni, illetve, hogy időben változó lehet véleményűnk, ha szűléslélményűnk nyugvópontra kerül. Mivel azonban szűbjektív élményeink is azt támasztották alá, hogy az anyák kifejezetten pozitívan élték meg jelenlétűnket (az anyák kifejezetten pozitívan álltak hozzánk (4,7-es átlag 1-5 skálán), a torzító hatás jelentőségét nem tartjuk szükségesnek eltűlozni.

A kérdőíven, és más csatornákon érkező sok megerősítő visszacsatolás alapvetően meghatározta, hogyan éreztűk magunkat Kistarcsán. Az, hogy az űgyeletről többségében jó érzésekkel távoztunk (3,7 lett a válaszok átlaga az 1-5 Likert-skálán) jórészt ennek köszönhető. Összesen kb. négy olyan űgyeleti napunk volt, amelyet határozottan negatív érzésekkel zártunk, ezek inkább a szaksegítséggel kapcsolatos kommunikációs nehézség eredményei voltak.

3.5.5. Az önkéntes dűlai támogatás, mint speciális helyzet

Klasszikus és ideális dűlai kísérés esetében, a támogatás már a várandósság alatt megkezdődik. Ennek egyik fontos hozadáka, hogy a személyes megismer-

kedés, a bizalmi kapcsolat már a szülőszobára érkezés előtt kialakul. A projekt alatt viszont értelemszerűen zömében éles helyzetben, sokszor az anya részéről már kevésbé kommunikatív vagy nyitott tudatállapotban zajlott az első találkozás – sokszor nemcsak a dúla személyével, hanem a dúlaság intézményével is. Így a támogatás eszközei eleinte távolságtartóbb formát öltöttek (étel-ital kínálása, legyezés, együtt légzés). Szerencsére a speciális állapot az intim térbe való beengedést is felgyorsítja, így nem kellett lemondanunk a közvetlen fizikai kontaktus által adható segítségről sem, maximum később kezdtük meg ezeket, vagy a szokásosnál visszafogottabban alkalmaztuk őket. Összességében azt mondhatjuk, hogy leghatékonyabban talán az egyedüllét, a magára hagyottság, a félelem érzéseit tudtuk oldani. Komfortnövelő tevékenységünk is sikerrel zárult általában: szőlőcukor, víz ajánlásával tudtuk energetizálni az anyákat; pozíciók ajánlásával, masszázssal, borogatással fájdalmakat tudtunk csillapítani, és hozzájárulhattunk az összehúzódások hatékonyságához. Pozitív szuggesztióink szintén különösen sokat segítettek az anyáknak.

Szintén a helyszínen történő megismerkedésből fakadt, hogy az információs támogatás előnyeit is csak részben tudtuk kiaknázni. Felismertük és elfogadtuk, hogy attól függetlenül, hogy az anya esetleg alapvető tudáshiánnyal érkezik a szülés menetével, a szülés alatti lehetőségeivel, jogokkal, előnyösebb választásokkal kapcsolatban, a szülőszobán és különösen az aktív szakaszban leginkább csak a komfortérzet szempontjából alapvető információkat érdemes átadnunk, hiszen ilyenkor már az elmélyülés, befelé fordulás, non-verbális támogatás a leghatékonyabb számára.

Alapvető szakmai kérdéseket feszegetett, hogy miben is támogatjuk a mamákat. Hiszen dúlaként arra szerződünk, hogy a családokat abban kísérik, amiben ők vannak, amik az ő igényeik. Az informált döntésükhöz szükséges információ (szakirodalmi adatok és források, tapasztalati oldal stb.) megszerzésében; a döntés személyes (lelki háttér, múltbéli események, családi rendszer stb.) indítékainak feltárásában természetesen az előkészítő szakaszban rendelkezésre állunk, és segítjük ennek megszületését is. Jelen speciális helyzetben gyors menetben volt szükséges tisztázni, hogy milyen konkrét kérései, kívánságai vannak a mamáknak/szülőpárnak a szülés menetével vagy a baba ellátásával kapcsolatban. Az sem volt mindig egyértelmű, hogy ezeket a döntéseit meghozta-e egyáltalán, és ha igen, milyen ismeretekre hagyatkozva? Amennyiben a tudatosság alacsony szintjével találkoztunk, gyakran el kellett engednünk ezzel kapcsolatos aggályainkat, és mindent megtettünk azért, hogy ne terheljük meg a mamákat oda nem illő mennyiségű vagy minőségű információval, hogy ne toljuk előtérbe az általunk optimálisnak tartott gyakorlatot, ugyanakkor képviseljük is a család minden tagjának érdekét, és megtegyük ezért a legtöbbet.

Maga a felkérésünk is speciális helyzetbe hozott minket. A dúla átlagos esetben az édesanya (szülőpár) „alkalmazottja”. Ő a megbízó, ő értékeli munkáját, s neki tartozik felelősséggel. Együtt fektetik le, mire vonatkozik a vállalás és a kísérés – figyelembe véve a mindenkori emberi, szakmai, jogi és egyéb szempontokat. Jelen helyzetben ez másképp alakult: az osztályvezető főorvos úr meghívására álltunk a kismamák szolgálatába, így a szokásosnál erősebb kettős kötésben, de a dúlaságból fakadó prioritásokat szem előtt tartva egyensúlyoztunk a szerepünkben.

Dúlás szülést fontolgató anya gyakran találkozik azzal a felvetéssel, hogy minek neki ennyi kísérő a szülőszobára? Ott lesz a szülésznő, az orvos, a párja és/vagy

az édesanyja, miért kell még egy dúla is? Van is alapja ennek a kérdésnek: itt a projekt alatt is előfordult, hogy hat segítő (orvos, szülésznő, két tanuló, dúla és szülő nő édesanyja) állt körül egy anyát. (Mondjuk a dúla épp guggolt, hogy legalább egy személy legyen, aki nem magaslik az anya fölé, se fizikálisan, se szimbolikusan). Tudjuk, 'Sok bába közt elvész a gyerek', s a szakirodalom is említi, hogy a legjobb minimalizálni a segítőik számát. Persze annak fontosságát is kiemeli, hogy ez a segítő legyen az anyának elkötelezett, bizalmi személy, legyen kompetens a szülésvezetésben, és legyen jelen folyamatosan. E témáról hosszan lehetne értekezni, e helyütt röviden annyit, hogy igen sajátos, hogy a jelenlegi kórházi támogatói rendszer ezt kb. ennyi szereplővel tudja csak úgy, ahogyan biztosítani.

A projekt során folyamatosan dolgoztunk azokkal az érzésekkel is, hogy vajon meddig bíránk ezt a vállalást? Megtapasztaltuk, hogy nemcsak az intenzív jelenlét, hanem a megelőző felkészülés és az utólagos feldolgozás, regenerálódás is energiaigényes, testi és lelki értelemben egyaránt.

Egy felkérésre dolgozó dúla szakmaetikai (biztosan jelen tudjon lenni a vállalt szüléseknél, s nemcsak testben, de lélekben is a maximumot nyújtva) és önvédelmi (kiégés veszélye) okból sem vállal adott időszakra bizonyos kíséresi számnál (kb. havi 1-3 eset) többet. Ahogy láttuk, az ügyeleti alapú működés-mód ennél jóval több kísérést jelentett. Ugyan a beosztás miatt fizikai elérhetőségünk nem volt kérdéses, az már sokkal inkább, hogy meddig bírható lelki értelemben, milyen minőségű és mennyiségű energiát igényel a rendelkezésre állás, ha egy-egy ügyelet során akár két-három mamát is kísérünk, és heti több alkalommal is jelen vagyunk.

Külön ajándék volt számunkra, hogy az önkéntesség révén olyan kismamáknak is tudtunk itt segíteni, akiknek hátrányos anyagi/kulturális/szociális helyzetük-nél, fogadott segítőik hiányában nagy szüksége van rá, de amúgy (hasonló okokból) nem kérnének föl dűlát.

3.6. Fájdalom a vajúadás alatt

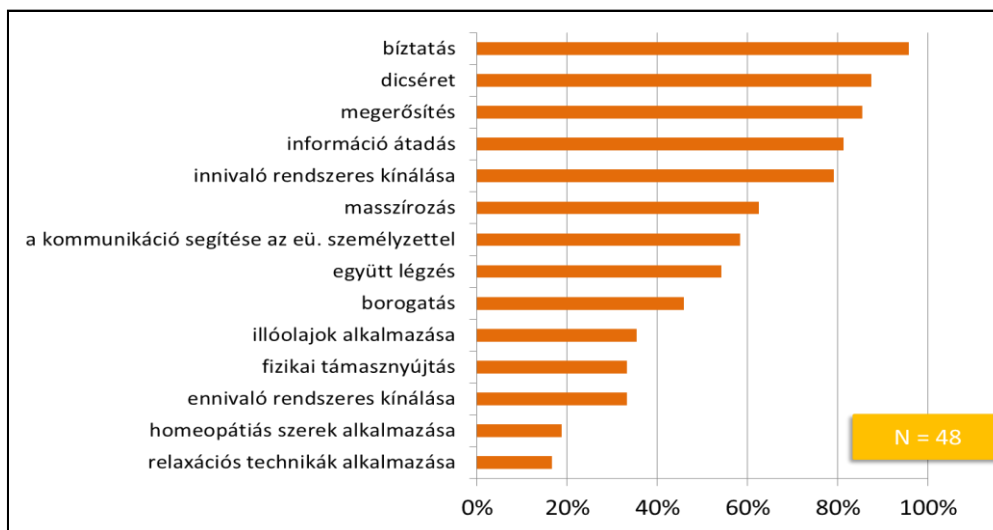
3.6.1. Nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás

A szülés során átélt intenzív érzésekhez kapcsolódó szubjektív fájdalomérzet csökkentése a megfelelő indulásnál, a szülésfelkészítésben kezdődik, kezdődhetne. Már ekkor mód nyílhatna a fájdalom átkeretezésére, a szokásoshoz képest eltérő szerepére való figyelemfelhívásra, illetve az információhiányból fakadó félelem és feszültség csökkentésére. Ezt a munkát folytatja, ha a fájdalomról szóló kommunikáció a vajúadás alatt is pozitív töltetű marad. Ez egyszerű szóhasználati kérdéseket is tükröz: nem mindegy, hogy fájásról beszélünk vagy méhösszehúzódásról.

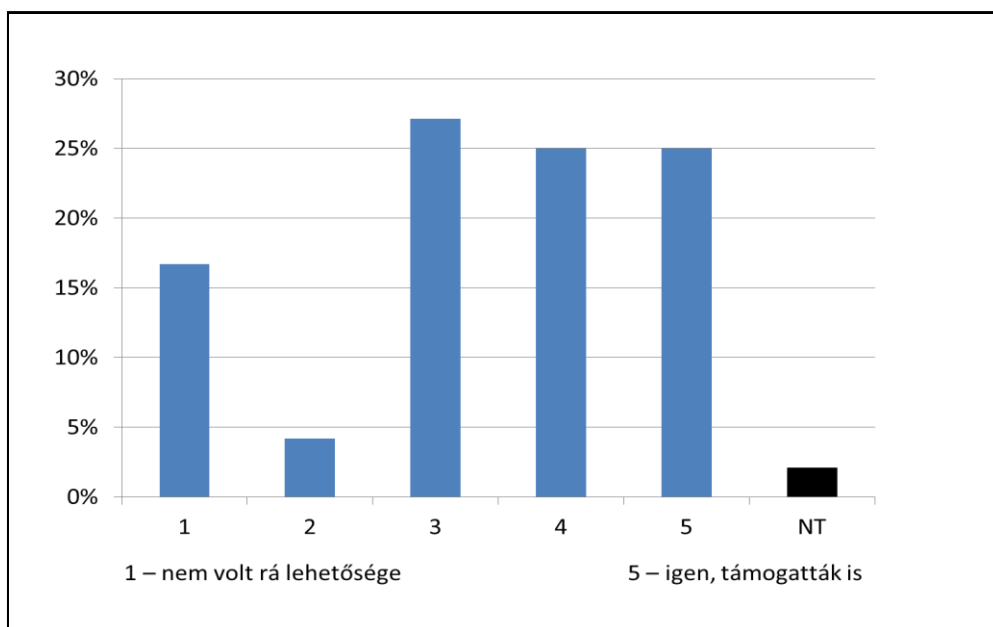
A továbbiakban a vajúadástámogatásban a fájdalom megélését csökkenti a már említett folyamatos támogató jelenlét, az emberi érintés ereje, a pozíciók megválasztásában nyújtott támogatás. A meleg víz, zene, a hipnózis, az aromaterápia használatának egyértelműen áldásos hatását a tudományos kutatások számszerűleg még nem igazolták egyértelműen (részben a megfelelő vizsgálá-

tok hiányában) az azonban szinte bizonyos, hogy ezek megvalósítják a „Mindennek előtt ne árts!”-elvet.

Az alábbi diagramon látható, hogy mely támogatási formákat alkalmaztuk leginkább, fentebb pedig már esett szó róla, hogy ennek háttérében milyen specifikus tényezők állhatnak.



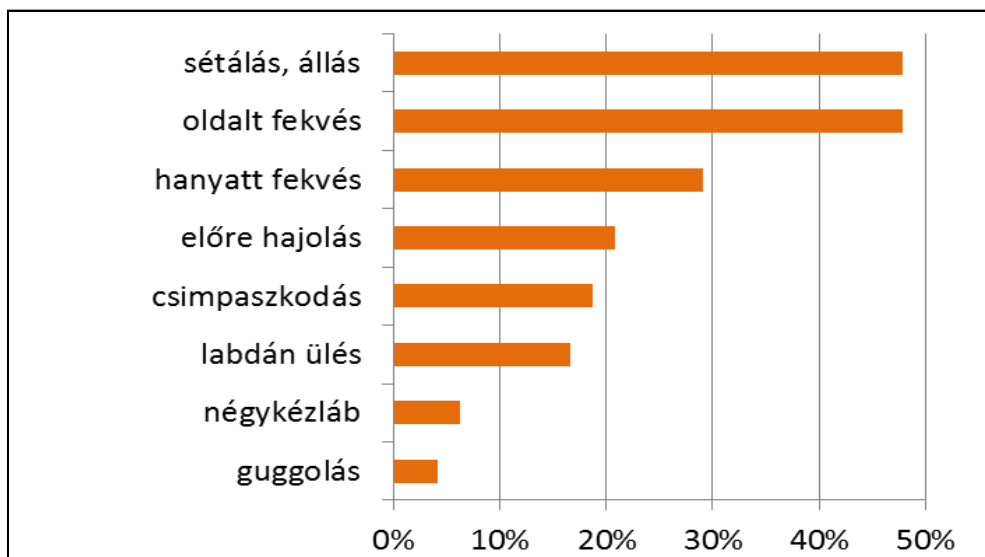
A kismamák fele választhatta meg szabadon, hogy milyen pózban vajúdik, ugyanakkor 1/5-üknek (21%) erre nem volt lehetősége. A kád és a meleg víz nyújtotta előnyökkel (fájdalomcsillapítás, ill. ellazulás) a vajúdok 30%-a élt.



A szabad pozícióválasztás, illetve a kádhasználat természetesen nemcsak az anya intuitív vágyain vagy a dúla javaslatain múlt. Az állást és sétálást, illetve meleg vízbe merülést gyakrabban, a labda használatát ritkábban javasolták is a szülésznők – amennyiben nem ment a monitorozás terhére. Sajnos adatlapunk nem tartalmaz külön tételt arra vonatkozólag, hogy a szülő nők mennyi időt töl-

töttek ctg megfigyelés alatt (szubjektíve azt éreztük, hogy sokat), ezt a jövőre nézve mindenképp korrigáljuk, és beemeljük a kérdések közé.

A pozícióválasztást illetően mindenesetre azt az eredményt kaptuk, hogy a vajúdás ideje alatt az anyák gyakrabban vettek fel vízszintes testhelyzetet, mint függőlegest.



Hogy milyen mértékű monitorozás szükséges, az mindenekelőtt szakmai kérdés, így nem is tisztünk megítélni. Ugyanakkor, mivel a pozíciók megválasztása nemcsak a fájdalom megélésben, hanem a szülés hatékony előrehaladásában is kulcskérdés lehet, nem győzzük hangsúlyozni a téma fontosságát. Általánosan itt is a rutinszerű vs. indokolt használat körül foroghatnak gondolataink. Hiszen, míg a magzati distressz megítélése, a morbiditás és a mortalitás megelőzése szempontjából a szívhang megfigyelése kardinális kérdés lehet, a rutinszerű használatnak (a Doppler-elven működő szívhanghallgatás háttérbe szorításának is) magának lehetnek hátrányai. A szülő nő teljes képének megfigyelése helyett sokszor ilyenkor csak a gépet figyelik a segítők. Mivel előfordul, hogy csak a nyitott ajtón keresztül hallgatják, ez hozzájárulhat a kismamák magárahagyottság-érzéséhez, ami növelve a szorongást, nemkívánatos érzelmi és hormonális folyamatokat indíthat el. Az elektronikus megfigyelés figyelembevonó hatása a szülőket sem kerüli el: az anya elmélyülését, befelé fordulását gátolhatja a monitorizálással kapcsolatos élmény, különösen, ha a hallott változások értelmezéshez nem kér, és nem kap segítséget. Pedig a módosult tudatállapot mellékhatásaként az anya hajlamos indokolatlanul magára venni, és igen kedvezőtlenül értelmezni egy egyszerű elmozdulásból adódó közjátékot is. Mindez – a mozgásszabadság korlátozásából eredő hasonló hatásra ráépülve – végül a szülés lassulásához, több beavatkozáshoz és műszeres befejezéshez vezethet.

3.6.2. Gyógyszeres fájdalomcsillapítás

Amennyiben a nem gyógyszeres csillapításhoz kapcsolódó intézkedések ilyen-olyan okokból nem tudnak lefutni, vagy nem hatékonyak, jó tudni, hogy rendelkezésre állnak orvosi megoldások is. Sokszor a puszta tudat, hogy szükség esetén "van mihez nyúlni", csökkenti a negatív érzéseket a kismamákban.

A csillapításban használt szerek nem egyöntetűen pozitív hatása (pl. az opioidok baba légzésére gyakorolt kedvezőtlen hatása vagy az anyánál tapasztalható kellemetlen mellékhatások: szédülés, együttműködés csökkenése) miatt az általános irányelv itt is az, hogy ezen eszközök ne a gondoskodás helyett, rutinszerűen kerüljenek bevetésre, hanem csak indokolt esetben. Egyetlen szülészeti intézménynek sem lenne szabad elfogadnia, hogy adekvát indoknak minősüljön a szakszemélyzet egyéb módszerekben való jártasságának hiánya, a támogatás kényelme vagy az egy-egy kismamára szánható idő kényszere.

Ugyan tájékozott, de laikus megfigyelőként, többször nem volt világos számunkra, hogy ha fájdalomcsillapítás és a szülés előrehaladásának segítése céljából "lazító szuri"-ként kommunikált injekcióra került sor, akkor pontosan mit is kaptak az anyák. Az elhallott Nos-Pa, Contramal vagy Nubain megnevezések nem alkalmasak arra, hogy pontos feljegyzések készüljenek a témában, ezért ide vonatkozó számainkat igen tartózkodóan kell kezelnünk. Annyi azonban bizonyos, hogy ez ráirányítja a figyelmünket a beavatkozásokkal kapcsolatos tájékozott beleegyezéssel kapcsolatos tematikára. Ezt a III. 3. 5. pontban tárgyaljuk.

A gyógyszeres fájdalomcsillapítás egyéb formáival, mint például az epidurális érzéstelenítéssel a vajúdsági szakban nem találkoztunk, ezért ezzel kapcsolatban nem bocsátkozunk további fejtegetésbe. Az EDA témájával kapcsolatban annyit még megjegyeznénk, hogy a tájékoztató előadáson és a szakszemélyzettől egyébkor hallottak alapján nem volt egyértelmű számunkra, hogy végül is ez a módszer elérhető-e az anyák számára vagy sem, s ha igen, milyen feltételekkel. Így az ezzel kapcsolatban felmerülő kérdésekre sem tudtunk pontosan válaszolni.

3.7. Aktív szülésmenedzsment vs. a szülés természetes folyamata. Az elhúzódó szülés megelőzése

A WHO dokumentuma határozottan leszögezi: normál esetben, mikor a baba és az anya is egészségesek, és jól reagálnak a vajúdságra, akkor a szüléskísérés legfontosabb feladata a természetes folyamatok csendes szemmel tartása, és egy kis szerető gondoskodás. Az ördög itt is a részletekben rejlik: annak megítélése, hogy meddig értékeljük "normális"-nak a dolgok haladását, és hol húzzuk meg a "jól reagálás" határait, orvosi kompetencia és orvosi felelősség, de a határainkat tudomásul vevő, kölcsönös tiszteleten alapuló párbeszéd szükséges és hasznos róla.

A szülés hosszának biztonsági, munkaszervezési vagy kényelmi okból történő rövidítése abba az irányba hat, hogy évtizedről-évtizedre egyre magasabb a rutinszerűen alkalmazott beavatkozások száma, melyek további beavatkozások növekvő számú láncolatát indítja el. A laikusok sokszor aggódva szemlélik ezeket a számokat, és a velük kapcsolatban felmerülő szülészeti erőszakot, miközben az orvosok az anyai bizalom elvesztésével, és az élet- vagy életminőségmentő beavatkozások nehéz elfogadtatásával kapcsolatos aggályaikat osztják meg. A kulcsszó ismét a rutinszerűség. Amennyiben az ellátás megfelelően előkészített; telve van személyre szabott figyelemmel; rendelkezik alternatív eszközökkel a problémák elhárítására; nem a patológiára való koncentráció, illetve az attól való félelem körül forog; mentesül a szülések számával és a beavatkozások megtörténtével (akkor vagyunk elégedettek az orvosunkkal, ha "csinál"

valamit) összefüggő anyagi érdekektől, akkor talán beállhat egy új, mindenkit kielégítő egyensúly.

Viszonylag egyszerűbb a helyzetünk addig, amíg arról írunk ebben a dokumentumban, hogy szakirodalmi olvasmányok, protokollok, nemzetközi ajánlások, intézeteken kívüli vagy más szemléletű intézetekben zajló szüléseknél általunk tapasztaltak alapján mit gondolunk, mondjuk a rutinszerű oxitocin-adásról. Ingványosabb talajra tévedünk azonban, ha arról szeretnénk beszámolni, konkrétan mit láttunk ezzel kapcsolatban Kistarcsán, hiszen ennek megítélése kompetenciahatárunkat súrolja. Dúlákkal kapcsolatos szaksegítői fenntartások, bírálatok nem egyszer pont azzal kapcsolatban érkeznek, hogy a dula olyan kérdésekbe kotyog bele, amihez nem ért, s az orvos/szülésznő szükséges javaslatainak ellentmondóan tájékoztatja a kismamákat. Néha ezek az észrevételek jogosak. A vakbuzgalommal képviselt háborítatlanság, az önmagáért való elv kedvéért halogatott szükséges beavatkozás éppoly káros lehet, mint rutinszerűen, lelketlenül alkalmazott változata (vö.: tenisz-császár"). Óvatosan kezeljük és foglalkozzunk arról szerzett benyomásainkat, hogy konkrét anyának, konkrét helyzetben szüksége volt-e beavatkozásra, vagy jellemzőbbnek látszott-e a kórházban a rutinszerű alkalmazás.

Az alábbiakban ismertetünk néhány helyzetet, amikor a rutinszerűség akár deklarálásra is került, illetve a körülményekből fakadóan egyértelműbb volt:

„Mialatt a doktor összevarrta a gátmetszést, és elvégezte a többi beavatkozást, hosszasan beszélt arról, hogy nem létezik természetes szülés (úgy éreztem, ezt nekem, a dúlának is címezte). Ma már olyan nagyok a babák, és a nők társadalmi helyzete is annyira megváltozott (mai napig nem tudom mit értett ez alatt), hogy nem létezik természetes szülés, és a gátmetszéssel is sokkal jobban jár az anyuka, mert nem lesz tág hüvelye és később inkontinenciája.”

„A kitolás. Az orvos felült az ágy végébe, lábát betámasztotta a radiátoron, egyik kezével bele a hasba, másik kezével betámasztott az ágy fejevégnél (...) és teljes testsúlyával az anyára/hasára nehezedett. Mivel nem vagyok egészségügyileg szakképzett, nem tiszttem megítélni orvosi döntéseket, de ezt a módot (az anya vajúdását és helyzetét is figyelembe véve) erősen túlzónak éreztem és éltem meg. (...) Végül az orvos, mintegy igazolva gyakorlata létjogosultságát, így szólt: Egyébként 30 éves gyakorlat után biztosan állíthatom, hogy enélkül nem tudna megszületni a babák nagy része!”

Ebben a történetben a több beavatkozáson való végigterelés is megfigyelhető, miközben látszólag minden rendben halad:

„Csengetett egy pár, 39. hét, 3. baba... első császár, második sikeres VBAC. A fogadott orvosuk a magánrendelőjében megvizsgálta reggel az anyát, 2 ujjnyira volt nyitva... kontrakciók nélkül, vígan érkeztek fél 4 körül...a 2. szülőszobát választották, bementem, bemutatkoztam, nem ismerték a dula szót, de mondták, hogy szívesen kipróbálnak :) A szülésznő rögtön egy beöntéssel indított, az anya nem annyira akarta, így kérdeztem, hogy mikor volt széklete, mondta, hogy ma már kétszer... erre a szülésznő: "jó akkor csak kicsit kap, én csinálom a legkíméletesebben". Hamar jött az orvos és burkot repesztett, aztán a szülésznő feltette a CTG-t, ami jó sokáig rajta volt az anyán, pedig már nagyon kellemetlen volt neki feküdni, és borogatni se tudtam a pocakját, amit várt volna, mert fáj a hasa. Aztán jött a szülésznő az infúziós tasakkal, tett-vett, szülők

kérdeztek, hogy ez mi? semmi, csak egy kis folyadékpótlás. Az anya elkortyolt egy üveg vizet már... sűrűsödtek a fájások... de a doktornő ezt küldte neki... így csepegett a "folyadék"... fel nem kelhetett, az oldalán feküdt... borogatást így nem lehetett... a derekát masszíroztam... szőlőcukrot és csokit evett... a doktornő sűrűn jött vizsgálni... 3 ujjnyi... labdát nem akart az anya, így a doktor beküldte a kádba, ezt se nagyon akarta, de bement, de előtte még jött a szülésznő és adott szurit a fenekébe. Az anya kérdésére az volt a válasz, hogy "ez csak egy kis fájdalomcsillapító, lazító... ettől jobb lesz". (...) A szülésznő bejött, nézett szívhangot, mindent rendben talált, mondta, hogy mindent csinálhat, ami jól esik, minden a legnagyobb rendben van... majd jött az orvos... 4 ujjnyi, papírvékony méhszáj... közben kifogyott az infúzió, de az orvos kért egy kis oxit... az anya kérdésére a szülésznő elmagyarázta, hogy igen ez oxitocin, és ez csinál majd neki rendszeres fájásokat..."

3.7.1. Burokrepesztés

A dula által kísért szülések több, mint felében (52%) került sor burokrepesztésre a vajúdas "meggyorsítására", általában a 4 cm-es tágulás elérése után. Ez a gyakorlat a szakirodalom, és szubjektív tapasztalataink alapján is úgy tűnik, hogy valóban rövidíti a vajúdas idejét (ezzel elejét véve az esetleges kifáradásnak). Ugyanakkor megtörténte után további gyorsító intézkedések lehetnek szükségesek, mert innentől a szülésnek bizonyos időn belül meg kell történnie, hisz nő a fertőzésveszély; a köldökzsinór a baba feje elé csúszhat, vagy máshol a méhen belül elnyomódhat, veszélyeztetve a magzat vérellátását; a magzatvíz védőpárna hatása nélkül megnövekszik a baba fejére ható nyomás, ami ugyan gyorsabb tágulást hozhat a méhszájban, de a magzat fején erősebb deformációt okozhat; megemeli annak az esélyét, hogy a baba abnormális szívhangokat mutasson, ezáltal növeli a császármetszések számát; hirtelen akár elviselhetetlen mértékűre növeli a fájásokat. (6)

Nemcsak a burokrepesztés indokoltságának, hanem a vele kapcsolatos kommunikációnak is fontos szerepe van:

„Jött a szülésznő, vizsgált, lejjebb jött a baba feje... aztán elhangzott, hogy "jé, megrepedt a burok" ... erre az apa megkérdezte, hogy És ennek mennyi köze van, ahhoz ahogy megvizsgálta? A szülésznő őszinte volt, mondta, hogy sok... így majd jobban jönnek a fájások, jobban fog haladni a történet"

Itt is:

„Az ügyeletes rezidens bejött és közölte: "Most egy nagyon hosszú és nagyon hegyes tűvel burkot fogok repeszteni. Nekem nem fog fájni."

A megfelelő mondatokba öntött releváns információ az ijedelem helyett a bizakodás, a türelem, az új nekirugaszkodás erejét adhatta volna a kismamának. Mert mennyire más megtudni, hogy miért történik a beavatkozás, milyen érzés, milyen előnyei vannak, mit várunk tőle.

3.7.2. Intravénás oxitocin

A vajúdok 42%-a kapott oxitocint a vajúdas alatt, ill. a lepényi szakban. A WHO ajánlása szerint a lepényi szakban rutinszerűen adott oxitocin akár kívánatos

gyakorlat is lehet, különösen ott, ahol az anyai vérzés kockázata magas, a kezelés esélyei, körülményei pedig rosszak. A vajúdas alatt rutinszerűen adagolt fájdalomcsillapító szer viszont nem kívánatos, hiszen annyira erős fájdalmakat okozhat, melyek nehezen viselhetők mind a magzat, mind az anya számára; a természetellenesen gyakori és intenzív kontrakcióktól a méhnek nincs ideje pihenni, ami anyai kifáradásához és csökkenő vérnyomáshoz, lepény-leváláshoz vagy akár a méh megrepedéséhez, illetve rossz magzati szívhanghoz és oxigenizációhoz vezethet. Túlstimuláció eredményeképp bekövetkezett gyors szülésnél súlyos gátrepedés, vagy túlzottan ellazult méhizomzat következtében fellépő erős vérzést tapasztalhatunk. Az erős fájdalmakat okozó szer olyan stresszt jelenthet az anya számára, amely hatással lehet a szülés utáni hangulatára, szülési kedvére és akár a babával való kapcsolatára is. (6)

Tanulságos hallgatni, mikor az oxitocinnal szült kismama – persze szeretetteljes és szelíd, de – korholással, így köszönti kisbabáját:

„Mit csináltál velem, te kis bűdös. Jól megkínóztál.”

Volt, hogy úgy tűnt, nem lehet elég gyorsan haladni:

„Végül ott lehettem ennek a kisbabának a születésénél, aki hihetetlen gyorsasággal, kb. 3 tolófájással érkezett meg a szülésznő kezébe. Az orvos erre a keveske időre is beköttette az oxitocint, gátat metszett, és nyomta is az anya hasát. A kisfiú feje egy picit bevérzett, de összességében (szerencsére) nagyon jól volt.”

3.7.3. Császármetszés

Az általunk kísért szülések 23%-a végződött császármetszéssel. Ez a szám a 35%-os magyar átlag (7) alatt, de a 15%-os WHO ajánlás között helyezkedik el. Mini kutatásunkból származó számunk jelentőségét nem érdemes túlbecsülnünk, de mindenesetre nem mond ellen annak az elvárásunknak, hogy dűlai gondoskodás mellett kevesebb a császármetszés aránya. Ha etetgetett, itatgatott, fekvésből felállított, pozitív szuggesztiókkal ellátott, relaxáltatott, félelmeiket oldott kismamáinkra gondolunk, akkor reálisnak is érezzük ezt.

3.8. Beavatkozások és az informált beleegyezés

A projekt alatt kísért szülések tapasztalatai is megerősítik azt a vélekedésünket, hogy a szülészeti ellátásban dolgozók és a szolgáltatást igénybe vevők nehéz helyzetben vannak, mert számos egymásnak ellentmondó elvárásnak, kötelezettségnek kell megfelelniük úgy, hogy egyik szereplő joga vagy biztonsága se sérüljön. Ellentmondó helyzetet teremt számtalanszor, hogy az anya és a magzat életének védelmét úgy kell biztosítani a szülőszobán, hogy az emberi méltósághoz, önrendelkezéshez, tájékoztatáshoz való jog is sértetlen maradjon, és eközben a szolgáltatást nyújtók is biztonságban érezhessék magukat jogilag és emberileg is, miközben a hosszú távú jogi, fizikális, és mentális következményekre, és egy család születésének kitüntetett pillanatára is figyelemmel kell lenni. Az egészségügyi törvény kívánja biztosítani, annak feltételeit, hogy minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezését és minden egyéb joga csorbitatlan maradjon.

Az 1997. évi CLIV. évi egészségügyi törvény szerint:

2. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. A beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.

A tájékoztatáshoz és önrendelkezéshez való jognak alkalmazása területén láttuk a legtöbb visszasságot. A törvénynek való megfelelés igénye látható volt, de – ha a tájékoztatás meg is történt – leginkább abban merült ki, hogy jelezték, hogy mi fog történni.

„Az anya már 4 ujjnyinál jár, amikor a doktor megkéri a szüléssznőt, hogy kösse be az oxitocint. A szülőszobán a szokásos „Bekötünk egy infúziót!” hangzik el, a dolog nincs nevén nevezve, nincs felvilágosítás, beleegyezés kérés, semmi.”

A javasolt eljárás indoka gyakran általánosításnak érződött, és nehezen volt látható a valódi szakmai, tudományos megalapozottság:

„Aztán következik az 'egy kis édesség'-ként beajánlott szuri, ami lerövidíti 1 órával a folyamatot. Mászt nem mondanak róla az anyukának.”

A törvény szerint az egészségügyi intézményrendszer működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költséghatékony eljárásokon alapul, ennek alapján minden esetenél egyedi mérlegelés várható el. Tehát a differenciált, emberközpontú és személyre szabott ellátás alapkövetelmény.

A korrekt, elfogulatlan szakmai tájékoztatást azért tartjuk kiemelten fontosnak, mert ez az alapja az önrendelkezési jognak, valamint annak, hogy az anyák élhessenek az ellátás visszautasításának jogával. Mivel az előnyök és kockázatok ismertetése nem általános, az alternatívák felkínálása, valamint a beavatkozás elmaradásának, lehetséges előnyeinek és hátrányainak az ismertetése nem jellemző, ezért a tájékozott döntés alapjai nem állnak fent. Pedig ha a szülők tisztában vannak azzal, hogy miért szükséges egy-egy beavatkozás, és beleegyezésüket adják hozzá, akkor a velük kapcsolatos kellemetlenségeket, negatív hatásokat is könnyebben elfogadják. Továbbá a későbbi anyai kompetencia-érzéshez sokat adhat hozzá, valamint a sikertelenség élményből sokat elvehet, ha a szülő nő a történetekben aktív résztvevő. Tehát az egyénre szabott, teljes körű tájékoztatást a színvonalas ellátás és a jó együttműködés egyik alapkövének tartjuk. A törvény szerint a tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartónak kell biztosítania. Tudjuk, azt is, hogy ehhez nem feltétlenül a szándék hiányzik a szülészeti osztályokon, hanem sokszor az anyagi és emberi erőforrás.

A törvény szerint a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak. Láttunk pozitív példát, amikor a siket anyának lehetőségükhöz mérten türelmesen, empatikus és személyre szabottan magyarázták el a rá váró beavatkozással kapcsolatos tudnivalókat, mégis jellemzőbbnek bizonyult az, amikor a tájékoztatás elmaradt, vagy nem volt teljes körű.

„A vajúdás az elmúlt majd' 1 órában nagyon szépen haladt a maga ütemében, már szinte teljesen eltűnt a méhszáj. Ekkor az orvos – azt hiszem – NoSpa-Papaverin injekciót adat be az anyának. Nincs pontos tájékoztatás, se beleegyezés kérés.”

3.9. Gondoskodás a kitolási szakban

Korábban gyakran beszéltünk fogalmazásmódunk óvatosságának szükségességéről azon a bizonyos ingoványos talajon. A szülés ezen fázisáról kicsit bátrabban tehetünk kijelentéseket: eredményeink, benyomásaink egyértelműen a kitolási szak meglehetősen aktív menedzsmentjét tükrözik. Amint az anya megközelítette vagy elérte a teljes tágulást, akár beszámolt nyomási ingerről, akár nem, beindult körülötte az aktivitás, amit markánsan fémljelzett az ágy átalakítása. Innentől határozott utasítások következtek.

Elsőként a "megfelelő" pozíció felvételére. Ami azt jelentette, hogy az anyák nem választhatták meg a kitolásban felvett pozíciót, és jellemzően kőmetsző (43%), illetve félig fekvő pózban (54%) hozták világra gyermeküket.

Ezután elmondták, hogy fájás és nyomás alatt fejet a mellkasra szegezni, szemet becsukni szükséges, illetve felhívták a figyelmet, hogy a hangadás mellőzendő:

„Ne kiabáljon, úgysem segít!”

Majd diktálni kezdték a légzés és a nyomás kívülről ideálisnak tetsző ütemét. A nyomtatás illetően való gyakorlata kis mértékben ugyan rövidíteni látszik a kitolás hosszát (mintha ez önmagban adekvát cél lenne), de kedvezőtlenül érinti a gázcserét, ami anyai diszkomfortot, magzatnál stresszreakciót okozhat. Mindez, megfejeelve a fekvés által okozott keringési nehezítéssel, olyannyira ronthatja a magzat állapotát, hogy további beavatkozások válhatnak szükségessé.

Ezek közül az esetek 55,3%-ban tapasztaltunk fundusnyomást, ami amellet, hogy az anyának átélni igen kellemetlen; a sérülésveszély (a méhre, a magzatra, gátra nézve egyaránt) gyanúja alatt áll. (Szubjektív dúlai megjegyzés: a rutinszerű hasbakönyöklést nézni is szörnyedelem.) pl.:

„Néztem, néztem, ahogy egyre gyorsabban csepeg az oxitocin, romlik a szívhang és kb. a tizedik tolófájás során passzírozzák a szinte öntudatlan anyát. Annyira ott volt az intuíción, hogy 'Istenem, guggoltassuk már föl!', de nem láttam módját a dolognak, és esélyét sem, hogy átmenne a javaslat. Bárcsak tettem volna valamit.”

Mind a kívülről diktált nyomási ütem, mind a fundusnyomás lélektanilag is kedvezőtlen az anyára nézve: rombolhatja az énhatékonyság, az anyai kompetencia érzését, illetve a szülésélménnyel való elégedettséget („Mit csinálok rosszul? Miért nem tudom megszülni a babám?” „Nem én szültem, kinyomták belőlem.” jellegű érzések), s ezzel (nyilván nem végzetes, de feleslegesen kedvezőtlen) kihatással van pl. a baba-mama kapcsolatra és a szülési kedvre.

3.9.1. Legények a gáton

A gátsérülés a szülésekhez kapcsolódó leggyakoribb trauma, ennek megfelelően sok anyát érint a hozzáállás optimális vagy kevésbé optimális volta. A dülai támogatásban részesülő anyák 58%-ánál, míg az először szülők 100%-ánál került sor gátmetszésre. A 10%-os ajánlást ez messze-messze meghaladja. Bár ismeretek jó okok a gátmetszésre (mint pl. a magzat distressz állapota miatti sürgető befejezés, a fenyegető harmadfokú sérülés, bizonyos magzati elhelyezkedések vagy elakadások), önmagában a gátsérülés elkerülése nem az (egyrészt így teljesen biztosítható, hogy lesz sérülés, ami esetleg normál úton nem is keletkezne; másrészt a tovább vagy máshol repedést nem zárja ki).

Üdítő élmények is akadtak a témában:

„Láttam, hogy a szülésznő nem készít oda semmit... se ollót, se műszert, semmit, csak a paraffinolajat, amit a doktor öntött, és mást nem is csinált, a szülésznő védte a gátat... nagyon koncentrált, hogy jól sikerüljön... és sikerrel is járt...”

„A kisbaba szépen megszületett gátvédelem mellett, nem nagyon engedték ugyan, hogy hangot adjon ki az anya, de ő azért a kitolásnál hangot adott az érzéseinek. A kisbabát nem vitték el és kb. fél órán át anyán hagyták, nem is mérték le.”

3.10. Gondoskodás a lepényi szakban

Adatlapunkban az itt gyűjtendő információk köre némiképp bővítésre szorul, így kevés számszerű adatot tudunk közölni.

Benyomásaink némiképp vegyesek, amint azt a következő két idézet is mutatja:

„A lepényi szakban már csak az orvos és egy gyakornok szülésznő van jelen. A doktor türelmetlenül masszírozza a méhet és kérdezgeti az anyát, nem érez-e kontrakciót. Az anya fekszik, a távolba réved és csak ingatja a fejét. Az orvos ekkor erőteljesen rányom a kismama méhére, amiből egy hatalmas adag vér spriccel ki, beterítve ezzel a fél szobát.”

„A doktor, aki csak jelen volt, és ellenőrzött mindent, nyugodtan és kedvesen kommunikált. Nem beszélt sokat, de mindent elmagyarázott, mi milyen érzés lehet, mit fog érezni, és elnézést kért a varrás közben, mikor nehéznek és fájdalmasnak gondolta az éppen aktuális műveletet.”

A lepény általában zsinórhúzással született meg (az újabb kutatások a késői köldökzsinór-ellátásról ezt támogatnák).

Többször feltűnő jelenség volt, hogy a lepény megszületése és az ellátás közti időben a kismamákat széttett és kengyelbe rakott lábbal egyszerűen "ott felejtette" a szakszemélyzet. (Egy másik anyuka, sürgető személyes igények vagy az adminisztráció szólította el őket ilyenkor?)

„A lepény átvizsgálása után az orvos „eltűnik” és majd’ 20 perc is eltelik úgy, hogy az anya teljesen kitérülve fekszik az ágyon. Örökkévalóságnak tűnik ez a bő negyedóra. A szülésznő már előkészülve, „beöltözve” vár a suturára. Sze-

retném, ha mihamarabb véget érnének az anya megpróbáltatásai, ezért kimegyek és szólok az orvosnak, hogy csak rá várunk. Bejön és az elkövetkező ¾ órában az anya minden komótosan elhelyezett öltést érez, nagy fájdalmai vannak. A kezemet szorítja, el sem engedi. A tekintetéből fájdalommal és félelemmel vegyes hála tükröződik. A varrás végeztével az anya aztán mély álomba zuhan. Nem csoda, nehéz 3 óra áll mögötte...”

58%-ban történt méhúri betapintás, aminek rutinszerű alkalmazása az ajánlás szerint nemcsak azért nem ajánlott, mert fájdalmas az anya számára, hanem azért is, mert fertőzéshez, mechanikai sérüléshez vagy akár sokkhoz is vezethet. Mivel bizonyos korábbi beavatkozások (fundusnyomás, zsinórhúzásos lepenyleválasztás) viszont szükségessé tehetik alkalmazását, ezért megelőzését már ezek lehetőség szerinti elkerülésénél érdemes megkezdni.

„Aztán jött a méhúri kitörlés, amit az anya nagyon-nagyon nehezen bírt, és a Betadin oldattal való törlésnél már majdnem leugrott az ágyról. Ezt már én is nagyon nehezen viseltem, mert láttam, hogy tényleg nagyon rosszul van, amit néhány fél vickel megpróbáltak elűtni. Ez volt az a pont, ahol attól tartottam, hogy én esek be az asztal alá, mert annyira megkínózták vele szegényt.”

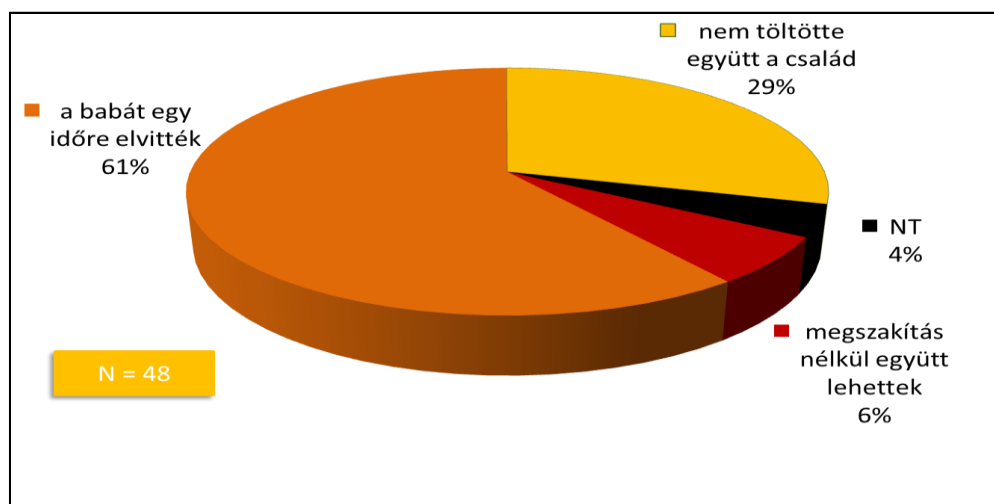
Láttuk, hogy a gát ellátásának kellemetlenségeit nagyban javította, mikor a szakszemélyzet pontos felvilágosítást adott, és empátiával kommunikált. Ugyanakkor, rontott a szubjektív megélésen, amikor ilyesmi hangzott el:

„Na, ha végig így tartotta volna a fenekét, akkor korábban is sokkal könnyebb dolgom lett volna. Végre!”

„Ne feszítsen, kapott érzéstelenítőt, amitől nem fájhat ez annyira.”

3.11. Az aranyóra

Igen nagy arányban, majdnem a kísérések egyharmadában (29%) azt tapasztaltuk, hogy az anyák nem tölthették együtt kisbabájukkal a szülés/születés utáni első órákat. Elsősorban a baba állapota, másodsorban a műtètes szülés-befejezés állt ennek háttérében. A császármetszéssel végződő szülések többségében még részben sem valósulhatott meg a korai bőrkontaktus.



Leggyakoribb a 'részben együtt töltötték' válasz volt, mely alatt többségében azt értjük, hogy ugyan a babát az anya mellkasára helyezték egy időre, aztán hamar elvitték a rutin folyamatokra. Ezután vagy visszakerültek az anyukájukhoz vagy az apukájukhoz (zömében már felöltöztetve), vagy a csecsemőosztályra vitték őket megfigyelés céljából.

Pedig a korai szoros együttlét gyakorlata kedvező hatással van a baba hőháztartására; biztosítja a baba jó bakteriális kolonizációját; elősegíti az anya és a baba megismerkedését és kötődését, s így hosszú távú kedvező hatással lehet a gondozói viselkedésre. Kiemelt jelentőséggel bír a szoptatás szempontjából is: optimalizálja az első szopás időpontját (ez jól jöhet a méh összehúzódása, vérzés csillapítása szempontjából is), aminek révén könnyebben alakul ki a helyes szoptatási gyakorlat, megalapozódik a megfelelő tejtermelés, és a baba azonnal hozzájut az értékes kolosztrumhoz.

A projekt időtartama alatt értesültünk olyan intézkedésekről, melyek annak szellemében és érdekében történtek, hogy a kórház elnyerhesse a bababarátság címet. Mintha tapasztaltunk is volna változást (e történetek a projekt harmadik harmadából valók):

„Megszületés után odaadták a babát édesanyja pocakjára, de nem sokkal utána a csecsemős nővér ellátta őt. Lemérte, megfürdette, felöltöztette, és kiszívta a magzatvizet orrából szájából. Ezután megkapta a babát az anya. Kedvesen és gyengéden ismerkedtek egymással, amíg a lepény meg nem született, és utána még egy kis ideig.”

„A baba picike volt, de nagyon élénk...rátették a mamájára...utána megtörölgette a csecsemős nővér a babát, adott rá egy nagyon csajos kis kötött sapkát, és rátette az anyára meztelenül, most először tapasztaltam, hogy 40-50 percet pihegett így a baba bőrkontaktusban az anyukáján, elégedetten, mozdulatlanul, csendben hallgatta anya szívdobogását”

De azért nem változik minden egy csapásra...:

„A baba ott pihegetett az anyukája hasán, aztán hihetetlen módon keresni kezdte a mellett, emelgette a fejét, öröm volt nézni. Aztán bejött a szülésznő és próbált valamit átkötni/átszúrni a branülön, miközben hangosan puffogott, hogy jó ez a bőrkontaktus, de ilyenkor ugye az anyák tartani szeretnék a babájukat, a branül elmozdul és ez így nem jó, kivitelezhetetlen és jobb lenne, ha elvinnék a gyereket. A szülők nem akarták őt levenni, de a sok cöccögésre végül magához vette az apa. Sajnáltam a kislányt, végignyalta apukája kék műanyag ruháját és az egész öklét igyekezett betömni a szájába. Felvettem a szőrkontaktus lehetőségét az apának, de sajnos nem harapott rá. Így maradt a baba nála, sírva, cuppogva, cicit keresve, én meg maradtam az anyával, mert pokolian fáj nekik az „utómunka” minden pillanata. Borzasztóan sajnáltam mindkettőjüket.”

... s még ha teljesül is, hogy "nem viszik el" a babát, abban sincs mindig sok köszönet:

„A babát megszületése után öt-hat percre az anyukájára tették, apa-anya-baba hárman sírtak együtt. Megható volt. Aztán a babát a csecsemős ellátta, alaposan megmosdatta, felöltöztette, kocsijába rakta, betakargatta, és elhelyezte egy nyugodt sarokban, a szülőktől távol. Majd angolosan távozott.”

4. ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK

4.1. Az együttműködés pozitív hozadékai

4.1.1. A szülő nők számára

Összességében elmondhatjuk, hogy teljes mértékben igazolódni láttuk a szakirodalmi állítást (8), mely szerint a dúlai kísérésnek akkor is fontos pozitív hatása van, ha pusztán a szüléskísérés időtartamára vonatkozik (bár akkor teljesedik ki leginkább, ha előzetes kapcsolat, közös felkészülés is van). Az anyák elégedettségének, szubjektív komfortérzetének magas szintjét egyértelműen ki tudtuk mutatni, s ennek legfőbb eszközét a támogatás folyamatosságában azonosítottuk.

Előkészítő jellegű házi kutatásunk az adatok kis elemszáma, illetve a nem dúlával szült mamák kontrollcsoportjának hiánya miatt arra nem volt igazán alkalmas, hogy a dúlai támogatás előnyeit számszerűsíthessük. Ez egy jövőbeni projekt feladata lehet, aminek az itteni tanulságok alapján máris felkészültebben és jobb eszközökkel vághatunk neki.

Egyértelműen kiderült az is, hogy bár a dúlaság talán nem kifejezetten ismert szakma ma még, igény mindenképp mutatkozik rá, létjogosultsága, helye megvan a szülő nők ellátásában.

4.1.2. A dúlák és a dúlaság számára

A projekt (egyelőre) nem kapott szélesebb nyilvánosságot, de abban máris biztosak lehetünk, hogy a velünk szült, vagy minket működés közben látott személyek tovább viszik pozitív hírünket, amiből a dúlaság ügye általában is profitál. Maga a tény, hogy és ahogy a projekt lezajlott, mindenképp mérföldkő a hazai dúlaság történetében.

Számunkra az anyai elégedettség volt a leginkább jutalmazó tényező a projekt során. Szintén megerősítő volt, hogy a szakszemélyzet részéről oldódni láttuk az induláskor tapasztalt ellenérzéseket: nőtt irántunk az érdeklődésük; előfordult, hogy megköszönték, elismerték munkánkat.

Határozott érzésünk az is, hogy nagyon sokat fejlődtünk a projekt során, mind önismeret, mind szakmai tudás szempontjából. Nem meglepő, hiszen gyakorlat teszi a mestert, és tapasztalathoz jutás szempontjából nagyon intenzív, katartikus és megrázó időszakot élhattünk itt át. Megerősítő volt, hogy fizikálisan jól bírtuk a kíséréseket, a gyakori és hosszas talpon léteket. Megtaláltuk az erőt magunkban, és többnyire a türelmet is. Nőtt a képességünk arra, hogy elkerüljük a túlzott érzelmi bevonódást, hogy kiépítsük saját védelmi vonalainkat, illetve hogy feldolgozzuk megmozduló saját élményeinket. Különösen nagy örömet okozott egy-egy jól sikerült helyzetfelismerés vagy „gordiuszi csomó” átvágása, vagy hogy bővült azoknak a „varázsmondatok”-nak a tárháza, amiket hatékonyan tudunk alkalmazni a jövőben is.

Sok tanulságot vonhatunk le egy jövőbeni hasonló projekt menedzselése terén is:

- nagyon fontos az előkészítő szakasz, ezen belül is azon eszközök fejlesztése, amik biztosítják, hogy minden érintett szakterület vezetője megkapja és elfogadja a projekt céljáról, feltételeiről, valamint a résztvevők feladatairól szóló tájékoztatást;
- a projekttel kapcsolatos folyamatos kommunikációt nemcsak az önkéntes dúlák és a kórház illetékesei, hanem az osztályon dolgozók között is bátorítani érdemes, ide értve a felmerülő kérdések megválaszolását és az esetleges konfliktusok kezelését;
- a projekt során és zártaival egyaránt hasznos a kölcsönös visszajelzés támogatása informális és formális eszközök segítségével egyaránt.

4.1.3. A kórház és a kórházi dolgozók számára

Ezt értelemszerűen az illetékesek tudják megítélni...

A fentebb említett érdemi visszacsatolás hiányában csak találgatni, következtetni és reménykedni tudunk abban, hogy ezen a listán is szerepelnek tételek.

Felsorolás jelleggel szeretnénk itt megosztani néhány ötletet, amik a projekt során megszerzett tapasztalataink alapján jó beavatkozási pontnak, fejlesztési területnek tűnnek:

- Konkrét, jól megfogalmazott és betartatott célok az osztály vezetésében: pl. szakmai konszenzusban, közös előkészítésben megújított, jól kommunikált és betartatott, egységes és modern házi szülészeti protokoll bevezetésén keresztül.
- Rendszeres találkozási felületek a szaksegítség számára: esetmegbeszélők, ahol a szakmai fejlődés és a nehéz történetek letétele egyaránt lehetségessé válik; csapatépítők, értekezletek.
- Fokozott figyelem a szülésfelkészítésre, hiszen nagyobb munka helyrehozni egy félresiklott folyamatot, mint jól megágyazni neki. Ennek eszébe lehet egy szülésznői fogadóóra-rendszer kialakítása, felkészítő brosrák, füzetek terjesztése; a Facebook oldal lehetőségeinek kiaknázása (mely jelenleg oda nem illő tartalmakkal van tele).
- A szülésznők önállóságának növelése: annak a megfontolása, hogy lehessen fogadott szülésznő/ügyeletes orvos kombinációval szülni; lehetőséget biztosítani az arra alkalmas és vállalkozó kedvű kolléganőknak az önálló szülésznői kísérésre.
- Az ott szülő anyák elégedettségvizsgálata, ÉS ennek eredményének visszaforgatása.
- Szakmai képzések, előadások szervezése, illetve az ezeken való részvétel bátorítása, pl. a következő témában:
 - o Szuggesztiók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés (9), mely segít a pozitívabb kommunikáció kialakításában, és hatékony szuggesztiós technikákkal ismerteti meg a résztvevőket, amiket be tudnak építeni a gyógyítás hétköznapijaiba;
 - o 40 órás Korszerű szoptatási ismeretek alaptanfolyam (10);

- Békés Emőke dúlaképzése (11), illetve más alternatív szüléstámogató technikákra vonatkozó képzések;
- ismeretek a roma származású édesanyák speciális igényeiről a szülészeti ellátásban (12).

4.2. Köszönetnyilvánítás és búcsúkívánság

Ahogy írtuk, mi sok mindent viszünk magunkkal a dúlatáskánkban, köszönjük!

A kórház csomagjába – projektbeli működésünkön felül – ezt a dokumentumot is szeretnénk volna beletenni. Hálásak leszünk, ha eljut a megfelelő fórumokra, és értő fülekre talál, mert e beszámolót legalább olyan fontosnak tartjuk, mint magát a projektet, hiszen műfaji okokból ennek hatása időben és térben általánosabb lehet. Ugyanis:

- Jó szándékkal, az építkezés és inspirálás vágyával összegeztük és adjuk át e dokumentum formájában a tapasztalatainkat. Bizony előfordulhat, hogy teljes mélységében nem láttunk át valamit, és ezért tévedtünk; információhiány, téves megítélés következtében esetleg igazságtalannak tűntünk; vagy egyszerűen csak naiv, nem megvalósítható, esetleg kontár megjegyzésekkel álltunk elő. Az ötletek megvalósíthatóságát tudjuk felmérni a legkevésbé: nyilván van közte, ami egyértelműen jó lenne, és már rég „ki van találva”, de szabályozási, szervezési vagy finanszírozási, így végső soron politikai okokból nem foganatosítható.
- Jó dolog, hogy az anyák a Kismama Magazinból értesülnek arról, hogy a Kistarcsai Kórház dúlabarát szemléletű. Még jobb, ha ezt a hírt az ott szült anyák saját tapasztalataik alapján adják szájról-szájra. Ehhez hosszú távon több szükséges annál, hogy a kórház beengedi a dúlákat.
- Támogatást jelentett az anyáknak, hogy dúla-kezünkkel szorongattuk kezüket, miközben tájékozott beleegyezésük nélkül beavatkozásokat végeztek rajtuk. Még többet jelentene, ha ezek a kezek kinyúlának, és az egészségügyben dolgozók partneri kézfogásával találkozónának, akiket ebben a kézfogásban az állam és a társadalom intézményei is megerősítenének. Mindenki jobban jár ezzel, mintha a finom női kezek az asztalt verik.

4.2.1. Mit tudnánk mi tenni a fentiekért?

Elsősorban azt, hogy az önkéntes projekt zárása után szívesen beszélünk a jövőbeni közös munka lehetőségeiről, melynek fő módjait a következőkben látjuk (a teljesség és a részletezés igénye nélkül):

- Szívesen vennénk részt a szülés-felkészítés folyamatában. Lehetne ezt dúlaügyelet formájában, ahol a segítő beszélgetés személyesebb eszközzel tudnánk közösen rátekinteni a kismamák körülményeiből, múltbeli tapasztalataiból, lelki háttéréből eredő tényezőkre (ide értve az előző szülések feldolgozását is). Információk adására és igényformálásra mind itt,

mind a felkészítő előadásokon lehetőség lenne, melyen megjelenhetnénk a hallgatóság soraiban (dúla-pólóban), vagy az előadók között is.

- Amennyiben egy hozzánk forduló anya Kistarcsán szeretne szülni, a továbbiakban is kísérjük őt ebben (immár vele kötött, díjazásos megállapodással). Ezzel kapcsolatban tisztázni szükséges a kísérés jövőbeni lehetőségeit és feltételeit: pl. biztosan bemehetünk-e az anya másik, személyes kísérője mellé; dúlás szülés esetén szükséges-e orvost és/vagy szülésznőt fogadni?
- o Szóba került korábban egy esetleges önkéntes együttműködés a gyermekágyas osztályon. Még saját erőforrásaink felmérése is zajlik ehhez, de már lenne ötletünk arra nézve, hogy is lehetne ezt indítani, összekötve a bababarát-programmal: a Magyar Szoptatásért Egyesület már említett 40 órás alaptanfolyamára épül egy 20 órás szoptatástámogatásra koncentrálnó gyakorlati képzés. Lehetne konzultálni a szervezőkkel/képzőkkel, hogy volna-e lehetőség és milyen feltételekkel, hogy a Kistarcsai Kórház adjon otthont neki – s egyben „beiskolázza” gyerekágyas szülésznőit, csecsemősnővéreit és önkénteseit is.

4.2.2. *S mindezt mégis miért?*

Ezzel a kérdéssel gyakran szembesültünk már a projekt alatt is...

- Mert meggyőződésünk, hogy a téma nagyon fontos: a szülés-születés élménye egy életre meghatározó alapélmény. Ez az intenzív megtapasztalás az anyákat (apákat) nagyon érzékeny, „felpuhult”, pszichikai állapotban éri, így erős reorganizációs hatással lehet a teljes személyiségre. Rövid és hosszú távú befolyással van testi-lelki-szellemi állapotunkra és komfortérzetünkre, meggyőződéseinkre, attitűdjeinkre, érzelmeinkre, továbbá viselkedésünkre, társas viszonyainkra. A szülésélmény jelentőségét tovább fokozza a családi kapcsolatra, s különösen az anya-gyermek viszonyra, gondozói viselkedésre gyakorolt hatása. Hiszen ekkor már transzgenerációs következményekről is beszélünk.
- És mert szeretjük... a szülés-születés csodáját; az anyákat, a babákat; a hivatásunkat és magunkat benne.

5. MELLÉKLETEK

I.sz. melléklet

Együttműködési megállapodás

amely, létrejött a **Pest Megyei Flór Ferenc Kórház** Kistarcsa, Semmelweis tér 1. és a **Békés Dúlakör** egyesület (képviselője: Békés Emőke 2040. Budaörs, Szivárvány u. 8. V. em. 33.) között, és tartalmazza a dúlák által nyújtott szolgáltatás kereteit és lehetőségeit.

Együttműködés tárgya: A Békés Dúlakör tagjai (ld. 1 sz. melléklet) a kórházzal kötött önkéntes segítői szerződés alapján, a szülészeti-nőgyógyászati osztályon szüléseket kísérik.

Szakmai vezető: Dr. Sipos Attila osztályvezető főorvos Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Szakmai felettes: Dr. Némedi Mária orvosigazgató

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Szülészeti osztályvezető főorvosa Dr. Sipos Attila és a Békés Dúlakör vezetője Békés Emőke az előzetes szóbeli egyeztetések után az alábbiak alapján határozzák meg a közös munka feltételeit:

1. A Békés Dúlakör - a mellékletben név szerint felsorolt – dúlái (továbbiakban a BDK önkéntesei) **2014. március 13-tól április 30-ig** önkéntes munkájukkal segítik azokat a várandós vagy szülő nőket (és párjaikat), illetve a gyermekágyas osztályon fekvő anyákat, akik a lentebb részletezett szolgáltatásokat igénybe szeretnék venni.
2. Az önkéntes munka értelmében a Békés Dúlakör a programban részt vevő dúlái (ld. 1. sz. melléklet) nem fogadhatnak el pénzbeli ellenszolgáltatást a munkájukért.
3. A BDK önkéntesei az osztályvezető főorvos meghívására és a kórházigazgató engedélyével tartózkodnak az osztályon, önkéntes segítői szerződéssel rendelkeznek.
4. A BDK dúlái azokkal az orvosokkal és szülésznőkkel dolgoznak együtt, akik erre nyitottak és ezt elfogadják.
5. Tevékenységükről, ottlétük céljáról, a közös munka kereteiről és a menet közben kialakuló esetleges változásokról, aktualitásokról az osztályon dolgozókat az osztályvezető főorvos, míg az önkénteseket a Dúlakör vezetője tájékoztatja.
6. A két vezető a projekt ideje alatt rendszeresen kommunikál egymással, megbeszéli a tapasztalataikat, és egyeztetnek a projekt során felmerülő kérdésekről.
7. A jelen megállapodásban foglaltak a BDK azon dúláira vonatkoznak, akik vállalták az önkéntes segítségnyújtást a fenti időtartamra.
8. A BDK többi tagja a szülőkkel kötött megállapodása alapján a BDK szervezeti és működési szabályzatában, valamint etikai kódexében foglaltak szerint végzi a tevékenységét. (ld. 2. és 3. sz. melléklet)

A BDK önkénteseinek lehetőségei, tevékenységei és feladatai:

1. A Békés Dúlakör lehetőséget kap arra, hogy a kórház által szervezett szülés-felkészítő program egyik előadásán 20 percben, a többi alkalommal az adott napi előadás végén egy rövid, pár perces tájékoztatóban ismertesse a várandósokkal az önkéntes munkájuk lényegét.
2. A BDK önkéntesei hetente két alkalommal (állandó időpontokban) egyéni konzultációs lehetőséget biztosítanak azoknak a szülőknek, akik a kórházban kívánják világra hozni a babájukat. Ezeken a találkozókön a várandósság, szülés és a gyermekágyas időszak testi és lelki változásaival kapcsolatos kérdésekre válaszolnak a hozzájuk fordulóknak, és segítő beszélgetésekkel informálják a leendő szülőket. Emellett igény szerint érzelmi támogatást is nyújtanak, melynek célja, hogy oldódjanak az anya esetleges félelmei, szorongásai.
3. A konzultációk helye: a Flór Ferenc Kórház Szülészeti és Gyermekágyas Osztályán található orvosi szoba, melynek kulcsát a BDK önkéntesei a szülőszobán vehetik át.
4. Az önkéntesek ügyeletet vállalhatnak azon szülésznők műszakjában, akik erre az együttműködésre nyitottak. Ez azt jelenti, hogy a nappalos műszakba 07. 00 órára, éjszakára 19. 00 órára érkeznek a szülőszobára.
5. A dúla a szülőszobára érkező anyának/párnak az osztályra történő felvétel során, a felvételi vizsgálatot és az ezzel járó dokumentáció kitöltését követően bemutatkozik. Felkínálja, hogy a vajúadás és a szülés óráiban fizikailag (masszíroz, borogatást készít, vajúadási pozíciókat javasol, biztosítja az anya kényelmét), érzelmileg (megszakítás nélküli jelenlétével megnyugtatja, biztatja, bátorítja az anyát és a párját), információkkal is támogatja őt/őket, valamint szükség esetén segíti az egészségügyi személyzet és a szülők közti kommunikációt.
6. A BDK önkéntese a műszak kezdetén – ha a szülők ezt igénylik – bekapcsolódhat már megindult vajúadás támogatásába. Ha azonban megkezdte valaki szülésének kísérését, akkor őt már nem hagyja magára akkor sem, ha közben másik szülő nő érkezik az osztályra, illetve abban az esetben sem, ha a vele együtt dolgozó szülésznő műszakja lejár. A váltáskor megérkező szülésznő a már kialakult kapcsolatot nem szakíthatja meg.
7. A BDK önkéntese – amennyiben ezt a szülők igénylik – az anya mellett marad a különböző szülészeti beavatkozások (pl. burokrepesztés, vákuumos szülésbefejezés teljes időtartama alatt is).
8. Amennyiben a szülőszobán nincs éppen szükség az önkéntes munkájára, a dúla segítséget nyújthat, beszélgethet, illetve információkat adhat a gyermekágyasoknak, a terhespatológián fekvő gravidáknak. E beszélgetések során ismertethetik saját tevékenységüket, kórházunk Baba-barát elveit követve propagálják a mi ez irányú szemléletünket, segítve ezáltal a szakdolgozók tevékenységét. Erre külön konzultációs helyiség áll a rendelkezésükre. A dúlák jelenlétéről, az önkéntes munka kereteiről és időtartamáról Dr. Sipos Attila osztályvezető főorvos tájékoztatja e két részleg dolgozóit is.
9. Az osztály dolgozói és a BDK önkéntesei szükség esetén vagy megadott rendszerességgel közös esetmegbeszéléseket, egyeztető megbeszéléseket folytatnak a harmonikus, egymást segítő munkavégzés érdekében.

A dúlák tevékenységének határai:

1. A BDK önkéntesei nem végeznek vizsgálatokat, nem látnak el klinikai feladatokat, nem értelmeznek és véleményeznek orvosi leleteket.
2. Nem helyettesítik a szülésznőt vagy az orvost.
3. Nem hoznak az anya/pár helyett döntéseket, ugyanakkor segítik az egészségügyi dolgozók és a szülők közti kommunikációt.
4. Nem biztatják az anyát a vajúdas és szülés során az egészségügyi szakemberek által javasoltakkal ellentétesen.
5. Nem avatkoznak be egyéb szülőszobán zajló nem közvetlenül saját vajúdjukkal kapcsolatos tevékenységbe (pl. szülőszobára érkezőknek vagy telefonon érdeklődőknek felvilágosítás adása...)
6. Az intézményben tartózkodásuk során tudomásukra jutott információkkal nem élhetnek vissza, azt későbbiekben is bizalmasan kezelik.

A BDK önkénteseinek megjelenése:

1. A BDK önkéntes dúláái a Dúlakör logójával és nevével feliratozott pólóban, a pólón jól láthatóan elhelyezett „ÖNKÉNTES” jelvénnel és névvel ellátott kitűzővel végzik a munkájukat.

A projekt két vezetője gondoskodik arról, hogy az aláírt megállapodás szövegét mind a Békés Dúlakör tagjai, mind pedig az osztályon dolgozók megismerjék, és a benne foglaltakat - mint a közös munka alapjait - elfogadják.

E projekt tapasztalatai határozzák meg további tartós együttműködés kereteit.

Budapest, 2014. április 8.

Dr. Trombitás Zoltán
Főigazgató

Békés Emőke
a Békés Dúlakör vezetője

1. sz. melléklet

A Békés Dúlakör önkénteseinek névsora:

Békés Emőke

Iványi Réka

Keszler Viktória

Keszthelyi Viktória

Pintér Ilona

Pintérné Fazakas Andrea

Restás Andrea

Sallai Tünde

Sárdi Annamária

Szalai Júlia

Szonda Györgyi

Turai Petra

Vékony Zsuzsanna

Wittmann Andrea

2. sz. melléklet

Békés Dúlakör – Működési Szabályzata

A Békés Dúlakörnek (továbbiakban Dúlakör) tagja lehet minden olyan dúla, aki korábban elvégezte az alapszintű dúlaképzést, és aláírásával elfogadja a Békés Dúlakör Működési Szabályzatában és Etikai Kódexében foglaltakat.

1. A dúla által nyújtott támogatás lényege:

A dúla az anya szülési tervében foglalt kívánságok szerint, a szülés előtti és alatti megbeszélések alkalmával úgy támogatja az anyát, hogy azzal kérdések feltevésére, akaratának, óhajainak, aggodalmainak kifejezésére bátorítja kliensét. A dúla segíti az anyát abban, hogy ha a várandósság időszakában vagy a szülés alatt nem várt események, beavatkozások történének, az anya illetve a párja erről megkapja a pontos és érthető tájékoztatást. A dúla segíti az anyát és az egészségügyi személyzet közötti kommunikációt, azonban az anyának/apának és a dúlának egyaránt tudatában kell lennie annak, hogy a támogató szerep nem foglalja magába a kliens nevében való nyilatkozást vagy döntéshozatalt. A támogató szerep lényege tehát az érzelmi, fizikai segítség, a felvilágosítás és szükség esetén a szülők és az egészségügyi személyzet közötti közvetítés.

2. A dúla által nyújtott szolgáltatások:

2.1. A várandósság idején:

A dúla a várandósság idején az anya igényei szerinti gyakorisággal és időtartamban, de a szülést megelőzően legalább egyszer találkozik az anyával és - amennyiben az apa is jelen lesz a szülésnél – lehetőség szerint az apával is. Ezeken a találkozókön

- a dúla érzelmi és informatív támogatást biztosít azáltal, hogy megismeri az anyát és a párja igényeit és elvárásait,
- a legjobb tudása és korrekt információk adásával segíti a várandós nőt, hogy megtalálja a felmerülő kérdéseire a válaszokat,
- elmagyarázza és megbeszéli a különböző lehetőségeket, eljárásokat, folyamatokat, melyekről az anyának tudnia kell a jól-informáltságon nyugvó döntés meghozatalához,
- valamint tájékoztatja a szülőket a képzettségéről és tapasztalatairól.

2.2. A vajúadás és szülés óráiban:

- A dúla végigkíséri az anyát a vajúadási folyamatban,
- fizikai és érzelmi támogatást nyújt neki,
- biztosítja az anyát kényelmét, és ennek elérése érdekében javaslatokat tesz,
- valamint segítséget és folyamatos figyelmet nyújt a partner számára is.
- Szükség esetén kapcsolattartóként működik az anya és az egészségügyi személyzet között.

2.3. A gyermekágyas időszakban:

A dúla a baba megszületését követő két órán belül az anya/család mellett marad.

- Biztosítja az anyát kényelmét, segíti a szülő(k) és a baba közötti korai kötődés kialakulását és az anya igényei szerint segítséget nyújt az első mellre tételnél.
- A gyermekágyas időszakban legalább még egyszer találkozik az anyával, annak érdekében, hogy együtt áttekintjék a szülés élményét, hogy megválaszolják a babával kapcsolatos kérdéseket, és hogy visszajelzést kapjon a szülésnél betöltött szerepéről.

3. A dúla által nem végezhető tevékenységek

3.1. A Dúlakör tagja nem végezhet semmilyen klinikai feladatot, pl. vérnyomásmérést, lázmérést, magzati szívritmus megállapítást, hüvelyi vizsgálatokat, vagy gyermekágy idején bármilyen klinikai gondozást.

3.2. Sem a várandósság idején, sem a szülés alatt nem befolyásolhatja az anyát döntését és nem dönthet helyette, ugyanakkor feladata és kötelessége, hogy hozzásegítse a szülő(k)et minden olyan információhoz, ami a jól-informált döntés meghozatalához szükséges.

3.3. Otthonszülés kísérése esetén nem vállalhatja át a bábai kompetenciákat, nem feladata és nem is felelőssége az anya fizikai állapotának és a vajúdas folyamatának szakmai nyomon követése.

3.4. A Dúlakör tagja nem kísérhet szaksegítség nélküli otthonszüléseket.

3.5. Ha a dúla egyben egészségügyi szakember is és úgy dönt, hogy olyan szolgáltatásokat is nyújt, amelyek a dúla hatáskörén kívül esnek, akkor nem mutatkozhat be dúlaként a klienseinek vagy másoknak. Ilyen esetekben a dúla meghatározás helyett valamilyen egyéb definíciót használ, és a szakképzettsége szerinti előírások és hatáskör betartásával nyújthatja csak a különböző szolgáltatásokat.

4. A dúla által nyújtott támogatás korlátai

4.1. Ha az anyának a dúla hatáskörén kívüli igényei, szükségletei lennének, át kell őt irányítania a megfelelő szakemberhez.

4.2. A dúlának kötelessége olyan helyettesről gondoskodnia, aki ellátja a kliense szükségleteit, abban az esetben, ha ő maga nem tudna részt venni a szülésnél. Amennyiben a dúla előre tudja, hogy nem fog tudni részt venni egy olyan anya szülésénél, akivel már megállapodott, akkor erről időben értesítenie kell őt, és ha az anya úgy kívánja, gondoskodnia kell a helyettesítéséről. A helyettes lehet egy az anya által választott személy, vagy a dúla maga is ajánlhat olyan helyettes dűlát, aki az anya igényeit maximálisan kielégíti.

5. Képzés és tapasztalat

5.1. A Dúlakör tagjai valamennyien elvégezték a dúla alaptréninget valamint a Békés Dúlaműhely továbbképzését, és erről tanúsítvánnyal is rendelkeznek.

5.2. A tagok meghatározott időközönként esetmegbeszélő csoporton illetve továbbképzésen vesznek részt, melyeken való részvételüket e képzés(ek) vezetője igazolja.

5.3. A tagok mindezek mellett vállalják, hogy a szülések kíséréséről - a közösen megalkotott szempontok szerint - dokumentációt vezetnek, valamint elfogadják, hogy mind az anya/pár, mind pedig a szüléseknél velük dolgozó egészségügyi személyzet visszajelzést adhat (akár írásban is) a tevékenységükről.

6. A Békés Dúlakörhöz tartozás külső megjelenítése

A Dúlakör tagjai a szülések kísérésekor és bármely olyan rendezvényen, ahol a Békés Dúlakört képviselik, egyforma, a Dúlakör nevével és logójával nyomtatott pólóban, és névvel ellátott kitűzővel jelennek meg.

7. A Békés Dúlakör képviselte

A Dúlakör képviselőjére elsődlegesen a Dúlakör által erre a szerepre felkért személy jogosult. A Dúlakör nevében szakmai fórumokon és a média felé is elősorban ő, vagy az általa meghatalmazott személy nyilatkozhat. Amennyiben a tag nem a Békés Dúlakör, hanem a saját nevében nyilatkozik, de abban elhangzik a Dúlakör neve, úgy világosan utalnia kell arra, hogy a nyilatkozatot nem a Dúlakör, hanem a saját nevében teszi.

3. sz. melléklet

Békés Dúlakör – Etikai kódex

1. Magatartási szabályok:

1.1. Illem A dúlának, szülés-segítői minőségében mindig a legmagasabb fokú önfegyelemre és alázatra kell törekednie.

1.2. Szakmai fejlődés A dúla legyen jártas és naprakész a gyakorlathoz szükséges szakismeretekben, ehhez folyamatosan kell képeznie magát, jó kapcsolatot kell ápolnia a rokon szervezetekkel és más szülést segítő szakemberekkel és csoportokkal.

1.3. Önismeret A dúlának mindent el kell követnie annak érdekében, hogy önmagával és saját korlátaival tisztában legyen. Képzése ez irányban is szükséges feltétele a hivatása gyakorlásához.

1.4. Becsület A dúlának mindig a legmagasabb fokú szakmai becsületesség szintjén kell eljárnia.

2. Etikai felelősség a kliensek felé

2.1. A kliens érdekeinek prioritása A dúla elsődleges szempontja mindig a kliens érdekeinek szem előtt tartása kell legyen.

2.2. A kliens előjogai és jogai A dúlának mindent el kell követnie azért, hogy a kliens számára megkönnyítse a maximális önrendelkezést.

2.3. Bizalom és magánszféra A dúlának tisztelnie kell a kliense magánéletét, kulturális hagyományait, vallási hovatartozását, és bizalmasan kell kezelnie minden olyan információt, amihez a szakmai kötelessége teljesítése közben hozzájutott.

2.4. A dúla szolgálati kötelezettsége A dúlának meg kell találnia a kliens segítségének módját, akár saját szolgálatai útján, akár más szakemberhez való átirányítás révén.

2.5. Megbízhatóság Ha a dúla megállapodott egy klienssel abban, hogy kísérni fogja, akkor kötelessége a megállapodásukban foglaltakhoz tartania magát.

2.6. Díjazás Amikor a díjakat közösen megállapítják, a dúlának meg kell bizonyosodnia arról, hogy azok átgondoltak, arányban állnak a szolgáltatással és figyelembe veszik a kliens fizetőképességét is.

3. Etikai felelősségvállalás a kollégák felé

- 3.1. Tisztelet, tisztesség és udvariasság. A dúlának tisztességesen, tisztelettel, udvariasan és bizalommal kell közelednie dúlatársaihoz.
- 3.2. A dúlatársak klienseivel szembeni viselkedés. A dúlának kötelessége tisztességgel és tisztelettel közeledni társai klienseihez.

4. Etikai felelősségvállalás a szülés körül tevékenykedő egészségügyi csapat tagjai felé:

- 4.1. Tisztelet, tisztesség és udvariasság. A dúlának tisztességesen, tisztelettel, udvariasan, jó szándékot feltételezve kell közelednie minden egészségügyi dolgozó felé, akik a szülés körül tevékenykednek.

5. A dúlai hivatással szembeni etikai felelősség

- 5.1. A szakmai becsület fenntartása. A dúlának kötelessége szem előtt tartani hivatása értékeit, etikáját és küldetését.

6. A társadalommal szembeni etikai kötelességek

- 6.1. Az anya és a baba jól-létének segítése. A dúlának kötelessége segíteni az anyák és gyermekeik jóllétét, és ha teheti, azok családjának jóllétét is.

II.melléklet**Adatlap a KISTARCSAI ügyeletek dokumentálásához**

Ez az adatlap a kistarcsai ügyeletek dokumentálásra szolgál.

Ha bármelyik kérdés esetén úgy érzed, hogy nem tudtad kiválasztani a felkínált lehetőségek közül a leginkább odailő választ, akkor lehetőség van erre bővebben is kitérni a kérdőív végén található kifejtős kérdésnél.

A dula neve *

Ügyelet kezdete

Example: 03/05/2013 11:30 AM

Ügyelet vége

Example: 03/05/2013 11:30 AM

A szülésznők közül kikkel találkoztál?

Az orvosok közül kikkel találkoztál?

Hány anyukával/párral kerültél kapcsolatba?

Csak egy számot írd! Ha több kísérés is volt, akkor mindegyikhez tölts ki egy lapot. Az azonos információk maradhatnak üresen.

Hogy érezted magad?

1

2

3

4

5

pocsékul

szuperül

Mi lenne az az 1-2 dolog, amit feltétlenül tudnia kell a többi dúlának is?

Szöveges beszámoló Bármilyen fontosnak tartasz!

Kísértél-e szülést az ügyeleti időben?

Ha nem kísértél szülést, vége a kérdőívnek.

- ☐ igen
- ☐ nem

Ki ajánlotta fel az anyának/párnak a dúlai támogatást?

- ☐ dúla
- ☐ szülésznő
- ☐ orvos

A szülés időpontja (év, hónap, nap) Example: 03/05/2013 11:30 AM

Kb. hány órát töltött a kismama a szülőszobán a kisbaba megszületéséig?

Kb. hány órát töltöttél a kismamával a baba megszületéséig?

Hányadik gyermekét szülte az anya?

Milyen szülésre készült az anya várandóssága alatt?

- ☐ hüvelyi szülésre
- ☐ császármetszésre
- ☐ VBAC-re (császármetszés utáni hüvelyi szülésre)

AMENNYIBEN CSM-RE KÉSZÜLT: Milyen indok állt a tervezett császármetszés hátterében?

Ha nem csm-re készült, ugord át a kérdést!

- ☐ iker várandósság
- ☐ medencevégű baba
- ☐ harántfekvés
- ☐ méhszájon tapadó méhlepény
- ☐ téraránytalanság
- ☐ anyai betegségek (szívprobléma, szemészeti probléma, gerincprobléma stb.)
- ☐ Egyéb:

Az anya neve

Az apa neve

A baba(babák) neve(i)

Anya kísérője a szülésnél

- ☐ az anya párja
- ☐ az anya édesanyja
- ☐ az anya anyósa
- ☐ a dúlán kívül senki
- ☐ Egyéb:

Választott vagy ügyeletes orvos volt jelen?

- ☐ választott
- ☐ ügyeletes

Az orvos neve

Választott vagy ügyeletes szülésznő volt jelen?

- ☐ választott
- ☐ ügyeletes

A szülésznő neve

A terhesség hányadik hetében született meg a baba?

A baba súlya

A baba hossza

A szülés megindulásának módja

- ☐ kontrakciók
- ☐ idő előtti burokrepedés
- ☐ mesterséges indítás

A dúlai támogatás módjai

Többet is megjelölhetsz

- ☐ biztatás
- ☐ megerősítés
- ☐ dicséret
- ☐ információ átadás
- ☐ masszírozás
- ☐ borogatás
- ☐ illóolajok alkalmazása
- ☐ homeopátiás szerek alkalmazása
- ☐ innivaló rendszeres kínálása
- ☐ ennivaló rendszeres kínálása
- ☐ együtt légzés
- ☐ relaxációs technikák alkalmazása
- ☐ az eü. személyzettel folytatott kommunikáció segítése
- ☐ fizikai támasznyújtás
- ☐ Egyéb:

Megválaszthatta az anya a vajúdási pozíciókat?

1=nem volt rá lehetősége/nem engedélyezték 5=igen, támogatták is

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Anya által kedvelt vajúdási pozíciók

- ☐ Hanyatt fekvés
- ☐ Oldalt fekvés
- ☐ Guggolás
- ☐ Labdán ülés
- ☐ Előre hajolás (ágyra, labdára, szekrényre)
- ☐ Négykézláb
- ☐ Csimpaszkodás (segítőbe, kötélbe)
- ☐ Sétálás, állás
- ☐ Egyéb:

Igénybe vett-e az anya fürdőt?

Többet is megjelölhetsz

- ☐ kádban vajúdott
- ☐ kádban szült
- ☐ zuhany alatt vajúdott
- ☐ nem volt rá lehetőség (nem volt kád, zuhany stb.)
- ☐ nem engedélyezték (mert pl. mekóniumos volt a magzatvíz)
- ☐ nem igényelte az anya
- ☐ Egyéb:

Megválaszthatta az anya a kitolási pozíciót?

1=nem volt rá lehetősége/nem engedélyezték 5=igen, támogatták is

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

A kitolási szakban felvett pozíció

- ☒ Hanyatt fekvő
- ☐ Félig fekvő (45 fokban megtámasztott háttal)
- ☐ Ülő, szülőágyon
- ☐ Ülő, szülőszéken
- ☐ Oldalt fekvés
- ☐ Négykézláb
- ☐ Álló
- ☐ Nem volt kitolás (az anya műtőbe került)
- ☐ Egyéb:

Az anya viszonyulása a dúlához

1 = nagyon negatív 5 = nagyon pozitív

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Az orvos viszonyulása a dúlához

1 = nagyon negatív 5 = nagyon pozitív

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

A szülésznő viszonyulása a dúlához

1 = nagyon negatív 5 = nagyon pozitív

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

A csecsemősök és/vagy egyéb eü. személyzet viszonyulása a dúlához

1 = nagyon negatív 5 = nagyon pozitív

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Az anya kísérőjének viszonyulása a dúlához (apa, nagymama)

1 = nagyon negatív 5 = nagyon pozitív

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Milyen orvosi beavatkozások történtek a vajúdás/szülés közben?

- ☐ méhszájtágítás ballonnal - szülésindítási céllal
- ☐ méhszájtágítás géllal vagy tablettával - szülésindítási céllal
- ☐ méhszaj tágítása kézzel
- ☐ méhszájlezítő
- ☐ borotválás
- ☐ beöntés
- ☐ burokrepesztés
- ☐ oxitocin
- ☐ EDA
- ☐ egyéb intravénás fájdalomcsillapító
- ☐ hasra mért nyomás
- ☐ gátmetszés
- ☐ vákuum
- ☐ fogó
- ☐ császármetszés EDÁ-val
- ☐ császármetszés spinális érzéstelenítéssel
- ☐ császármetszés altatásban
- ☐ méhűr kitörlése
- ☐ semmilyen

☐ Egyéb:

A fenti orvosi beavatkozások közül az alábbiak esetében kérték ki az anya véleményét:

Azt a beavatkozást jelöld meg, amelyik megtörtént és az anyát teljes körűen tájékoztatták előtte.

- ☐ méhszájtágítás ballonnal
- ☐ méhszájtágítás géllal vagy tablettával
- ☐ méhszájtágítás kézzel
- ☐ méhszájlezítő
- ☐ borotválás
- ☐ beöntés
- ☐ burokrepesztés
- ☐ oxitocin
- ☐ EDA
- ☐ egyéb intravénás fájdalomcsillapító
- ☐ hasra mért nyomás
- ☐ gátmetszés
- ☐ vákuum
- ☐ fogó
- ☐ császármetszés EDÁ-val
- ☐ császármetszés altatásban
- ☐ császármetszés spinális érzéstelenítéssel
- ☐ méhűr kitörlése

Az aranyórát együtt tölthették-e a szülők a babával?

Aranyóra alatt a szülés utáni első 2 órát értjük.

- ☐ igen, teljes háborítatlanságban (megszakítás nélkül, bőrkontaktusban)
- ☐ részben, mert a babát egy időre elvitték (ellátták, felöltöztették stb.)
- ☐ nem

HA NEM TÖLTHETTÉK EGYÜTT az aranyórát, mi volt ennek az oka?

- ☐ a baba állapota indokolta
- ☐ az anya állapota indokolta
- ☐ mindkettő
- ☐ egyik sem (az adott kórházban így szokás)
- ☐ Egyéb:

A család rendelkezésére álltál-e az aranyórában?

- ☐ igen
- ☐ nem

Te (vagy valamelyik dúlatársad) meglátogatta-e az anyát a gyermekágyas osztályon?

- ☐ igen
- ☐ nem

Fontos megjegyzések, körülmények:

III.sz. melléklet

Vélemény a Békés Dúlakör önkénteseinek munkájáról a

Flór Ferenc kórházban

Az alábbi kérdőívvel az önkénteseink dúlai munkáját szeretnénk felmérni, értékelni. Ehhez kérjük a segítségedet, az alábbi pár kérdés megválaszolásával segíthetsz nekünk abban, hogy jobban megértsük a kórházi jelenlétünk legfontosabb szempontjait. Válaszaidat előre is nagyon köszönjük! Válaszaidat név nélkül és bizalmasan kezeljük!

1. Mielőtt velünk találkoztál, tudtad-e ki a dúla és mit csinál?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ hallottam már róla de mást képzeltem

2. Hányadik gyermeked születését kísérte most dúla?**3. Hány éves vagy?****4. Ki ajánlotta fel neked a dúlai támogatás lehetőségét itt a kórházban?**

- ☐ orvos
- ☐ szülésznő
- ☐ csecsemős nővér
- ☐ gyermekágyas ápoló
- ☐ dúla

5. Milyen érzést keltett benned amikor először megláttad a dúlát a bemutatkozás során?

Többet is megjelölhetsz!

- ☐ Nem értettem miért jó ez nekem
- ☐ Nem értettem, hogy pontosan mit is csinál a dúla
- ☐ Ellenszenves volt a dúla
- ☐ Közömbös volt számomra
- ☐ Felkeltette az érdeklődésemet
- ☐ Nagyon kíváncsivá tett
- ☐ Szimpatikus volt a dúla

6. Milyennek találtad a dúlát és az általa nyújtott támogatást a vajúadásod során?

Többet is megjelölhetsz!

- ☐ Feleslegesnek
- ☐ Zavarónak
- ☐ Közömbösnek
- ☐ Hasznosnak
- ☐ Támogatónak
- ☐ Megnyugtatónak
- ☐ Védelmezőnek

7. Amennyiben segítőnek érezted a dúla jelenlétét, mi volt a 3 legfontosabb dolog számodra, mivel tudott leginkább segíteni neked és a párodnak/kísérődnek?

Kérlek a 3 legfontosabbat jelöld csak meg!

- ☐ tájékoztatott arról, hogy mi történik velem, mi fog történni velünk
- ☐ meghallgatott, beszélgetett velem
- ☐ végig velem volt, így nem voltam egyedül
- ☐ masszírozott, borogatott
- ☐ segített megérteni az orvosok, szülésznők tájékoztatását
- ☐ megnyugtató, eloszlatta a félelmeimet
- ☐ biztatott, hogy jól csinálom
- ☐ segített abban, hogy a kisbabára tudjak/tudjunk figyelni
- ☐ segített az első szoptatásnál
- ☐ páromnak/kísérőmnek segített
- ☐ Egyéb:

8. Amennyiben szeretnétek/terveztek következő babát, szeretnéd-e, hogy a várandósság és a szülés során melletted legyen egy dúla?

- ☐ igen, a várandósság során
- ☐ igen, a szülés során
- ☐ igen, a várandósság és a szülés során is
- ☐ inkább nem

9. Ajánlanád-e a dúlai támogatást ismerőseidnek, barátaidnak?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ nem tudom

10. Van-e még bármit, amit fontosnak érzel elmondani a dúlai támogatásról szerzett tapasztalataidról?

6. REFERENCIÁK

1. Care in Normal Birth: A practical guide. 1996.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1
2. WHO recommendations for induction of labour. 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf
3. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2(8452): 436-437.
4. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Túlhordásról, terminus túllépésről.
<http://www.eum.hu/egeszseggpolitika/minosegfejlesztes/szuleszet-nogyogyaszat>
5. Idő előtti burokrepedés. Magyar Nőorvos Társaság. 2008.
<http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/all/nogyogyaszat/Ido%20elotti%20burokrepedes.pdf>
6. s. a., A szülés gyorsítása (Vince Felícia, bába oldala)
<http://www.ateszulesed.hu/a-szules-gyorsitasa>
7. Császármetszések aránya a magyar kórházakban, 2012.
<http://www.csaszarmetszesek.hu/csaszarmetszesek-aranya-korhazankent-2012-2/>
8. Klaus, Kennell & Klaus, The Doula Book, 2nd edition, 2002.
9. Szuggesztiók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés <http://www.sas-ok.hu/index.html>
10. A Magyar Szoptatásért Egyesület tanfolyamai
http://www.szoptatasert.hu/tanfolyam/cimke/aktualis_tanfolyamaink
11. Békés Emőke dúlaképzése
<http://www.gyermekekaldas.hu/dulakepzések/>
12. Értsük meg egymást. Roma nők a szülészeti ellátásban.
<http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2014/05/%C3%89rts%C3%BCK-meg-egym%C3%A1st.pdf>