IV. RÉSZ
Útmutatók

V. RÉSZ
Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a családközpontú alapelvekre épülő szülészeti és újszülöttellátásról

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 002295
Érvényesség időtartama: megjelenést követő 3 évig érvényes

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok:

1. **Szülészet és nőgyógyászat Tagozat**
   Dr. Nagy Sándor, szülész-nőgyógyász, klinikai genetikus, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika szakorvosa, elnök, társszerző
2. **Neonatológia Tagozat**
   Dr. Gárdos László, neonatológus, csecsemő-gyermekgyógyász, gasztroenterológus, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia szakorvosa, elnök, társszerző (2024. 12. 10-ig)
   Dr. Kiss Judit Klára, csecsemő-gyermekgyógyász, neonatológus, elnök
3. **Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**
   Dr. Kovács Tamás, neonatológus, csecsemő-gyermekgyógyász, csecsemő- és gyermekkardiológus, elnök, társszerző
4. **Ápolási, szakdolgozói és Szülésznői Tagozat**
   Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, egészségfejlesztési szakember, elnök, társszerző
   Fejlesztő munkacsoport tagjai:
   Dr. Ádám Zsolt, szülész-nőgyógyász, kapcsolattartó, társszerző
   Dr. Hagymásy László, szülész-nőgyógyász, társszerző
   Dr. Lampé Rudolf, szülész-nőgyógyász, társszerző
   Prof. Dr. Pajor Attila, szülész-nőgyógyász, társszerző
   Eredics Anita, szülésznő, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok:

1. **Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat**
   Dr. Bereczki Csaba, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia. nephrológia; klinikai farmakológia szakorvosa, elnök, véleményező
2. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, foglalkozás-orvostan szakorvosa, elnök, véleményező
3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter, pszichoterapeuta, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, elnök, véleményező
4. **Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat**
   Lőrinczi Orsolya Éva, védőnő, elnök, véleményező
5. **Humán reprodukciós Tagozat**
   Dr. Sipos Miklós, szülész-nőgyógyász, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika szakorvosa, elnök, véleményező
6. **Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat**
   Dr. Hock Márta, gyógytornász, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői
Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Másállapotot a Születésben Mozgalom
Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság
Független szakértő(k):
Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

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

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	Családközpontú alapelvekre épülő várandósgondozás, szülészeti és újszülött ellátás.
Ellátási folyamat szakasza(i):	primer prevenció preconcepcionális gondozás várandósgondozás szülés gyermekágy szűrés, diagnosztika, terápia ápolás tanácsadás követés
Érintett ellátottak köre:	gyermekvállalást tervezők várandósok gyermekágyasok újszülöttek édesapák, segítő személyek
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	0404 intézeten kívüli szülészeti és újszülöttellátás 0405 szülészet 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat 0501 neonatológia 1501 aneszteziológia 5700 fizioterápia-gyógytorna 5711 gyógytorna 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

	7303 csecsemő- és gyermekszakápolás 7305 szakápolás (egészségügyi diplomával és/vagy szakápolói szakképesítéssel külön jogszabályban meghatározottak alapján) 7309 intézeten kívüli szülésznői ellátás 7900 védőnői ellátás
Ellátási forma:	A1 alapellátás, alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás E6 egyéb szolgáltatás, az előzőekbe be nem sorolható ellátások
Progresszivitási szint:	I–II–III.
Egyéb specifikáció:	nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Alacsony kockázatú szülés

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

Apgar-érték

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

Aranyórák

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

Családközpontú szülészeti ellátás

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

Családközpontú szülés

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

Családközpontú újszülöttellátás

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

Családi szülőszoba

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

Dúla

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

Igény szerinti szoptatás

A szoptatások ideje és időtartama a csecsemő szükségleteihez igazodik.

Intermittáló magzati monitorizálás
A magzati szívfrekvencia adott időközönként (a tágulási szakban 15 percenként, legalább 1 percen keresztül, a kitolási szakban minden kontrakciót követően, de legalább 5 percenként) történő mérése, ellentétben a kardiotokográffal történő, úgynevezett folyamatos szívfrekvencia monitorizálással.

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

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

Rooming-in ellátás
Annak biztosítása, hogy az anya és újszülöttje egy kórteremben legyenek elhelyezve, ne legyenek egymástól elszakítva a rutin vizsgálatok és mérések idejére sem.

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

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

2. Rövidítések

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists
Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium

CTG: Cardiotocográfia
Magzati szívfrekvencia és a fájástevékenység egyidejű észlelése

EDA: Epidural Anesthesia
Epidurális érzéstelenítés

HIV: Human Immunodeficiency Virus
Emberi immunhiány-előidéző vírus

ICI: International Childbirth Initiative
Nemzetközi Szülési Kezdeményezés

im.: intramuszkuláris

iv.: intravénás

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

MAPSZIG: Magyar Pszichoszomatikus Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság

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

PIC: Perinatális Intenzív Centrum

RAPP: Respiration, Activity, Perfusion, Position
(Észlelőlap, az úgynevezett RAPP űrlap magyar adaptációja: az egészséges újszülöttek szülőszobai bőrkontaktusának megfigyelésére szolgál [58]

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

TOLAC: Trial of labor after cesarean
Hüvelyi szülés kísérlete császármetszés után

SZTNB: Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság

VBAC: Vaginal birth after cesarean
Hüvelyi szülés császármetszés után

WHO: World Health Organization
Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

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

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

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

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

4. Ajánlások rangsorolása

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

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

Az irányelv szövegében az ajánlások besorolását az ajánlás szövegét követően kerek zárójelben jelöljük [pl. (A)].

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

2010-ben a Magyar Kormány alapvető értékek mentén fogalmazta meg a nemzetstratégiát. Az Alaptörvénybe került az emberi élet, a házasság, a család védelme, támogatása. [2]

Magyarország népessége 2017. január 1-jén 9 798 371 fő volt, ez 2010-hez képest 216 000 fővel – 2,2%-kal kevesebb, ami évi körülbelül 30 000 fős csökkenést jelent. A születések száma 2017-ben 91 575 volt, 2023-ra 80 773-ra csökkent. Javuló tendenciát mutat a terhességmegszakítások aránya, míg 2010-ben 40 449, addig 2023-ban 19 367 volt. [3]

A fenti kedvező tendenciák után a koraszülés statisztikái már korántsem örvendetesek. Hazánkban minden 9. gyermek a várandósság 37. heténél hamarabb születik. 1990-ben a várandósság 37. hete előtt és/vagy 2500 gramm alatt 10 986, 2022-ben 6 634 újszülött született. A koraszülések gyakorisága 33 év távlatában 9,3%-ról csupán 7,79%-ra mérséklődött, ami komoly terhet ró a családokra és az egészségügyre egyaránt. Hasonlóképp aggodalomra ad okot a császármetszések egyre növekvő aránya, amely messze felülmúlja a nemzetközi ajánlások értékeit.

A demográfiai adatok igazolják, hogy a Magyar Kormány intézkedései eredményesek, hiszen a szülőképes nők számának csökkenése ellenére emelkedett a születések száma az elmúlt években. Ez az irányelv az eddig elért pozitív változások megerősítése és szakmai támogatása érdekében készült, amely meghatározza az anya-, baba- és

családközpontú szülészeti és újszülöttellátás kereteit. A Kormány kiemelt célként határozza meg a családközpontú értékrend, a család- és gyermekbarát-szemlélet minél szélesebb körben történő megvalósulását, valamint ezek érdekében családközpontú intézkedések és szabályozási környezet létrehozását. Az irányelv ajánlásainak konzekvens megvalósítása a XXI. század színvonalának megfelelő ellátási biztonság mellett, a pozitív szülésélmény elérésével javítja a szülési kedvet, ami fontos népesedéspolitikai eszköz, így a demográfiai eredmények és az egészségügyi ellátás minőségének lényeges javulása is várható.

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

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

1. **táblázat**: Szülészet legfontosabb mutatói [3]

év	élve születések száma	koraszülések aránya (%)	császár-metszés gyakorisága (%)	perinatális magzati mortalitás (‰)	csecsemő-halálozás (‰)	terhesség-megszakítások száma
2010	90335	9,3	33,0	6,9	5,3	40500
2011	88049	8,2	33,8	6,6	4,9	38443
2012	90269	9,2	34,8	7,1	4,9	36118
2013	88689	9,5	35,8	6,7	5,1	34891
2014	91510	9,3	37,3	6,6	4,6	32663
2015	91690	9,3	37,9	6,2	4,1	31176
2016	93063	9,3	38,7	6	4	30439
2017	91575	8,5	40,2	6,2	3,6	28496
2018	87961	8,7	40,69	5,73	3,4	25197
2019	87409	8,7	41,56	5,5	3,8	23851
2020	90033	8,44	40,24	5,65	3,5	22297
2021	89445	7,24	40,54	6,1	3,3	20223
2022	85158	7,79	40,08	6,3	3,6	19988
2023	80773	NA	40,89	NA	NA	19367

A szülés – születés – egy család minden tagjának meghatározó élménye, mely egész életükre, hosszú és rövid távú kapcsolataikra is hatással van. Éppen ezért fontos, hogy az egészségügyi rendszer minden érintett résztvevője megfelelő kommunikációval, támogatással, elhivatottsággal és az anya kívánságainak lehetőség szerinti tiszteletben tartásával azon dolgozzon, hogy a szülés élménye pozitív legyen. Jelen irányelv a szülés, születés feltételeinek átalakításával hozzájárul a pozitív szülésélmény kialakításához, valamint a tudományos bizonyítékokon alapuló, a kor követelményeinek megfelelő színvonalú ellátáshoz, és ez által növeli a szülő nők biztonságérzetét, javíthatja a szülési kedvet. Az egészségügyi szakmai irányelv javaslatainak megvalósulása esetén az egészségügyi ellátás minőségének lényeges javulása várható.

2. Felhasználói célcsoport

Szülészeti szakmai ellátásban részt vevő szakemberek, valamint ilyen ellátást nyújtó intézmények (kórházak, bábapraxisok) vezetői és munkatársai: orvosok, szülésznők, csecsemőgondozók, pszichológusok, gyógytornászok, védőnők, perinatális és laktációs szaktanácsadók. A szakmai irányelv minden olyan szakembernek támogatást kíván

nyújtani, akik a várandósgondozás, a vajúdás és szülés, valamint a gyermekágyas időszak alatt a családközpontú elveknek megfelelően kívánják támogatni a gyermeket vállaló párokat.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel [3].

Azonosító:	002072
Cím:	Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv – A családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról [4]
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, 2019, 69 (20): 2193-2212.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Tudományos szervezet:	NICE
Cím:	Intrapartum care [5]
Megjelenés adatai:	NICE 2023
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/ng235
Tudományos szervezet:	World Health Organization
Cím:	WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience [6]
Megjelenés adatai:	WHO 2018
Elérhetőség:	https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1

A várandósság alatt az ellátóknak törekedniük kell az esetlegesen jelentkező szorongás, illetve stressz csökkentésére. Amennyiben az anya pszichés állapota megkívánja, úgy pszichológus segítségét is érdemes felajánlani számára. (B) [7]

Ajánlás2

A szüléshez szükséges erőnlét fenntartásához rendszeres testmozgás a várandósság alatt is javasolt. Ennek elsajátítása és gyakorlása érdekében a várandósoknak ajánlott gyógytornász segítségét igénybe venniük. (B) [8]

Ajánlás3

A várandósság, majd a vajúdás és szülés időszakában is biztosítani kell azt a lehetőséget, hogy az anya mellett egy, a számára fontos kísérő folyamatosan jelen lehessen. (C) [5, 6, 9]

Ajánlás4

A vajúdó kulturális és vallási meggyőződéséből adódó kívánságait az ellátás során lehetőség szerint figyelembe kell venni és tiszteletben kell tartani és erről tájékoztatást kell adni a várandósnak. (D) [10]

Ajánlás5

A várandósgondozás során a gondozásért felelős személy (az orvos és/vagy a szülésznő), illetve a védőnő részletesen tájékoztassa a várandóst arról, hogy a szülés helyszínét illetően milyen lehetőségek közül választhat, és támogassa a várandóst a választásában. (A) [5, 6, 11, 12]

Ajánlás6
Az anya szülészeti ellátásának része a várandósgondozás során történő szülésfelkészítés és részletes tájékoztatás. (B) [9, 13, 14]

Ajánlás7
A szülőnő által készített szülési tervet, illetve a várandós szülésre vonatkozó elképzeléseit, kívánságait a szülésnél segítő szakszemélyzet fogadja megértéssel. (C) [15, 16]

Ajánlás8
A családközpontú szülészeti ellátás egyik alapja a szülés természetes lefolyásának támogatása. A szülészeti ellátás során ezért a lehető legteljesebb mértékben figyelembe kell venni az alábbi, evidenciák alapján összeállított kritériumrendszert, hogy a szülés a lehető legkevesebb beavatkozás mellett menjen végbe. (A) [17, 18]

Ajánlás9
A magzat medencevégű hosszfekvése esetében – ha egyéb ellenjavallata a hüvelyi szülésnek nincs – fel kell ajánlani a várandósnak a külső magzatfordítás lehetőségét. Hazánkban egyre több helyen elérhető az állami ellátásban is a külső fordítás, mely szakavatott kézben biztonságos beavatkozás, és hozzájárulhat a császármetszések gyakoriságának csökkentéséhez. (A) [19, 20]

Ajánlás10
A szülés spontán megindulásának támogatása a betöltött 41. hét előtt javasolt, de alacsony kockázatú várandósság esetén, szoros prenatális ellenőrzés (NST, ultrahang-áramlásvizsgálatok) mellett a terminus túllépése a 41. hét+6 napig megengedhető. (A) [21]

Ajánlás11
Élettani szülési folyamat során a szabad mozgás, testhelyzet választás lehetőségének biztosítása a vajúdás alatt javasolt. (A) [22]

Ajánlás12
Az orvosi szempontból nem szükségszerű, azaz nem az adott eset alapján szükségesnek ítélt beavatkozások (például intravénás infúzió adása, evés és ivás tiltása, a magzati szívműködés folyamatos ellenőrzése, epidurális érzéstelenítés, gyógyszeres fájáserősítés, gátmetszés) kerülése javasolt, ugyanis ezek olyan beavatkozási kaszkádot indíthatnak el, ami emeli a császármetszés előfordulásának valószínűségét). (A) [17, 18]

Ajánlás13
A szülés második fázisában a spontán induló tolófájások megindulásának kivárása, valamint ebben a szakaszban is a szabad testhelyzet megválasztása javasolt, amennyiben az ellátónak megfelelő tudása és gyakorlata van a különböző testhelyzetekben zajló szülés kísérésére, vezetésére. (A) [23 - 26]

Ajánlás14
A vajúdás és szülés idején a folyamatos támogató jelenlét előnyös, de kerüljük a felesleges személyi jelenlétet. Azokban az intézetekben, ahol oktatás zajlik, ezt jelezzük a szülés előtt és a vajúdás alatt is, és törekedjünk elérni, hogy az anya legalább egy oktatás alatt álló személy jelenlétét fogadja el. (D)

Ajánlás15
Ajánlott arra törekedni, hogy a szülőszobában rendelkezésre álljanak a vajúdást megkönnyítő eszközök és módszerek (például bordásfal, labda, kád, zuhanyozó, megnyugtató zene lehetősége, kellemes családias környezet, aroma diffúzor). (D) [27, 28]

Ajánlás16
Az élettanitól eltérő vajúdás esetén meg kell tenni a szükséges lépéseket azok korrigálására. Élettani vajúdás esetén azonban beavatkozásra nincs szükség. (A) [5, 6]

Ajánlás17
Hüvelyi vizsgálatot a vajúdás alatt csak a szükséges gyakorisággal ajánlott végezni a szülés dinamikájának megfelelően. (A) [5, 6, 29]

Ajánlás18
A várandós kórházi felvételére lehetőleg csak megindult szülés esetén kerüljön sor, amennyiben élettanitól való eltérést nem tapasztalunk. (B) [5, 6]

Ajánlás19
Javasolt a személyre szabott ellátás a szülőszobán, melynek része, hogy lehetőleg ugyanaz a szülésznő gondoskodik az anyáról a szülés teljes ideje alatt. Ez a feltétel azonban az egyes ellátóknál a rendelkezésre álló munkaerő függvényében, illetve a munkabeosztás figyelembevétele mellett oldható meg, esetleg teljes mértékben jelenleg nem valósulhat meg, ugyanakkor ajánlott törekedni az egy szülő nő – egy szülésznő ellátási rendszer megvalósítására. (D) [5, 6]

Ajánlás20
A szülőnőnek a vajúdás alatt megfelelő táplálékra és folyadékra van szüksége, ezért a gyors energiát biztosító, de a gyomorból gyorsan kiürülő táplálékok és folyadékok fogyasztása megengedhető. (D) [5, 6, 30]

Ajánlás21
A szülés alatti fájdalomcsillapítás során előnyben kell részesíteni a nem-gyógyszeres, így mellékhatások nélkül alkalmazható fájdalomcsillapítási lehetőségeket, figyelembe véve azt, hogy az az anya számára a lehető leghatékonyabb megoldás legyen. Ugyanakkor elérhetővé és választhatóvá kell tenni a farmakológiai fájdalomcsillapítási módszereket is a vajúdó számára. (B) [31-35]

Ajánlás22
A vajúdási testhelyzetet az anya határozza meg, amelyet a szülést segítő szakemberek javaslatai és a lehetőségek alapján érdemes változtatni. (B) [6, 36]

Ajánlás23
A vajúdás előrehaladása során a magzatburok állapotának, a méhkontrakciók jellemzőinek, a méhszáj állapotának, az elölfekvő magzati rész helyzetének, a magzati szívfrekvenciának, és ezen túl az anya érzelmi és pszichés állapotának változásait kell figyelemmel kísérni. (A) [5, 6, 30, 37]

Ajánlás24
Alacsony kockázatú várandós vajúdása esetén a magzati állapot nyomon követésére folyamatos CTG-ellenőrzés nem feltétlenül szükséges, de választható. A tágulási és a kitolási szakban is azzal egyenértékű az intermittáló szívhanghallgatás, de csak abban az esetben, ha annak protokollját pontosan betartjuk és a személyi feltételek is adottak. (A) [38]
Ha az intermittáló szívhanghallgatás során rendellenességet észlelünk, akkor ajánlott áttérni a folyamatos CTG-észlelésre. Abban az esetben, ha a CTG-n 20 perces időszak alatt eltérést nem tapasztalunk, visszatérhetünk az intermittáló magzati szívhanghallgatásra.

Ajánlás25
A kitolási szakban is ajánlott nyomon követni az anya általános állapotát, a méhkontrakciók jellemzőit, az elöl fekvő rész helyzetét és a magzat állapotát. (A)

Ajánlás26
Ajánlott bátorítani a vajúdót, hogy a kitolási szakban is keresse meg a számára legmegfelelőbb testhelyzetet. (B) [5, 6, 28, 36]

Ajánlás27

A szülés kitolási szakaszának hossza egyénileg változó időtartama azonban lehetőleg ne haladja meg először szülőknél a 2 órát és ismételten szülőknél az 1 órát ugyanis az elhúzódó kitolási szak növeli a chorioamnionitis és a perineális sérülés, valamint az atonia, a nagyobb postpartum vérvesztés kockázatát. (A)

Mindaddig nem szükséges beavatkozni, amíg az anya és/vagy a magzat állapota ezt szükségessé nem teszi. Ugyanakkor a kitolási szak hosszát először szülőknél 3 órában és ismételten szülőknél 2 órában is lehet definiálni a helyi protokollokban. [5, 6, 39, 40]

Ajánlás28

Amennyiben arra külön orvosi ok nincs, rutinszerűen nem ajánlott irányítani a kitolás menetét, nem ajánlott a hosszan tartó hasprés sem. Ez utóbbi kockázattal járhat, mert magzati hipoxiát okozhat, a medencefenék izmai és a húgyhólyag sérülése nagyobb eséllyel következik be, illetve a nyomás hatékonysága is romlik. Javasolt viszont megengedni, hogy az anya saját ütemében és neki megfelelő módon vajúdjon. A kitolás aktív szakaszában is szükséges biztosítani, hogy az anya válassza meg a neki megfelelő testhelyzetet. (D) [5, 6, 23-26, 36]

Ajánlás29

A kitolási szakban nem ajánlott hüvelytágítást végezni a gátra és a hüvely hátsó falára gyakorolt nyomással. (A) [5, 6]

A gát ellazítását, a magzat megszületését viszont segíthetjük megfelelő illóolajok gát szövetébe történő masszírozásával, annak gátlazító hatását kihasználva.

Ajánlás30

Gátmetszés végzése rutinszerűen nem ajánlott, szükséges lehet azonban abban az esetben, ha műszeres szülésbefejezésre van szükség, ha vállelakadás esete áll fenn, akkor, ha az anya gátja szokatlanul magas és pozícióváltással sem tágul, vagy magzati distressz miatt a kitolási szak lerövidítése szükségessé válik. (A) [5, 6, 41, 42]

Ajánlás31

Vízben vajúdás és vízben szülés a szövődménymentes vajúdók esetében ajánlott. (D)

Hazánkban a vízben történő vajúdás és szülés feltételei egyre több szülészeti intézetben biztosítottak. Azoknak az intézeteknek, amelyek a vízben történő vajúdás és szülés lehetőségét kínálják, saját protokollal és dokumentált gyakorlattal kell rendelkezniük. [43, 44]

Ajánlás32

Az anyának joga van ahhoz, hogy egy általa választott kísérő a műtétes szülésbefejezés esetén is mellette legyen. (C) [9]

Ajánlás33

Császármetszés esetén, még a műtét ideje alatt, az „aranyóra" időszakában, az újszülöttet az anya mellkasára, közvetlen bőr-bőr kontaktussal ajánlott elhelyezni. Ha ez orvosi okból nem lehetséges, úgy az újszülöttet az apa (kísérő) mellkasára, közvetlen bőr-bőr kontaktusban ajánlott elhelyezni, majd az anyának átadni, amint az lehetségessé válik. (B) [45-48]

Ajánlás34

Az előzetes császármetszésen átesett várandósok jelentős része hüvelyi szülésbe bocsátható (TOLAC), és a nemzetközi adatok alapján több, mint kétharmaduk hüvelyi úton meg is tud szülni (VBAC). A várandósokat erről ennek megfelelően ajánlott felvilágosítani. (D) [49-53]

Ajánlás35

A lepényi szak aktív vezetése csökkenti a postpartum vérzés kockázatát és rövidebbé teszi a lepényi szak időtartamát, így alkalmazása a nemzetközi ajánlásokat is figyelembe véve javasolt. (A) [4]

A lepényi szak aktív ellátása úgy történik, hogy a magzati váll, illetve a magzat megszületése után közvetlenül intravénásan vagy im. oxitocint adunk az anyának, korai köldökzsinór-leszorítást és -elvágást (1 perc után, de 5 percen belül) végzünk, és a placenta megszületését pedig annak kontrollált húzásával segítjük elő. [5, 54]

Ajánlás36

Azokban az esetekben, amikor a postpartum vérzés kialakulásának esélye fokozott, a placentáris szakot aktívan kell vezetni, és profilaxisként iv. 1g tranexamsavat javasolt intravénásan beadni. (A) [5,54]

Ha a lepény 1 órán belül nem született meg, magasabb a súlyos postpartum vérzés, az endometritis és a műtétes beavatkozást igénylő kórállapot kockázata, ezért indokolt azonnal felkészülni azok ellátására.

Ajánlás37

Élettani szülés esetén késleltetett köldökzsinór-ellátás ajánlott. Az újszülöttet a lehető leghamarabb tegyük az anya hasára/mellkasára és közvetlen bőr-bőr kontaktusban takarjuk be, mert már a placentáris szakban ajánlott elősegíteni a kötődés kialakulását és a szoptatás megkezdését. Ezen idő alatt is ajánlott ellenőrizni az anya és újszülött általános állapotát. (A) [5, 6, 55-57]

Ajánlás38

A lepény megszületése után ajánlott a bőr-bőr kontaktus folyamatos, megszakítás nélküli fenntartása, így minden – az életjelenségek figyelésén túli – vizsgálatot az „aranyóra" utáni időszakra ajánlott halasztani. (A) [5, 6]

Ajánlás39

Minden stabil állapotú újszülött számára, aki képes a szopásra (beleértve az alacsony súllyal születetteket is), biztosítani ajánlott az azonnali bőr-bőr kontaktust és a szopás lehetőségét. (A) [5, 6]

Ajánlás40

Az előző ajánlások teljesülésének érdekében minden szolgáltatónak feladata, hogy biztosítsa a szülészeti dolgozók továbbképzését. (B) [6]

Az SZTNB „Családközpontú és Bababarát Ellátás" képzési programja minden szempontból megfelel annak a képzési és minőségfejlesztési célnak, amely a szakdolgozók tudását és kompetenciáját növeli, és a támogató kommunikációt szolgálja.

Ajánlás41

A születést követő első órában nem ajánlott rutinvizsgálatok és -beavatkozások végzése. (D) [6]

Az újszülött mérése, vizsgálata, esetleg fürdetése legkorábban a második órában végzendők el. Ettől csupán akkor térünk el, ha az anya másként kívánja, illetve, ha az anya, vagy az újszülött állapota miatt szükséges valamilyen beavatkozást, vagy korábbi státuszvizsgálatot végezni. Az egészséges újszülött vizsgálata akár 24 óráig is halasztható [69], az első fürdetés pedig 24 óra utánra is halasztható. [6, 56]

Ajánlás42

Az aranyórák időszaka alatt történő biztonságos újszülött észleléshez – az intézet szülésszámától függően – humán erőforrás (szülésznő, gyermekápolónő) hozzárendelése indokolt a ritkán előforduló, hirtelen, váratlan posztnatális kollapszus (SUPC: sudden unexpected postnatal collapse) lehetősége miatt. (D) [57]

Megszületést követően az anya és gyermek bőrkontaktusa során csecsemőápolói/szülésznői felügyelet kötelező. A csecsemőápolói/szülésznői felügyelethez javasolt az észlelőlap (RAPP) és pulzoximéteres monitorizálás. [10, 57]

Ajánlás43

A várandósság, szülés és szülés utáni ellátásnak törekednie kell arra, hogy minél inkább megfeleljen a WHO Szoptatáshoz vezető 10 lépéses kritériumrendszerének. (D) [58]

Ajánlás44

A szülés-születés után az intézetben töltött első napok során ajánlott, hogy az anya és gyermeke 24 órás rooming-in elhelyezést kapjon és az orvosi vizsgálatok idejében is együtt legyenek. (A) [5, 6, 58, 59]

Ajánlás45

A megfelelő képesítéssel rendelkező szülésznők önálló tevékenységét, az egyéb vonatkozó jogszabályok figyelembevétele mellett, intézményi protokollokban ajánlott támogatni. (A) [5, 6]

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

Ajánlás46

Ajánlott, hogy az intézet – körülményei és személyi állományától függően – törekedjen biztosítani az egy szülőnő – egy szülésznő munkamenet (kísérés) megvalósítását. (A) [5, 6, 60]

Ez az ajánlás csak akkor teljesíthető maradéktalanul, ha a szülésznők létszáma illeszkedik az intézet szülésszámához.

Ajánlás47

Amennyiben otthonszülésből történik intézetbe szállítás, ajánlott, hogy a kórházi személyzet lehetőség szerint biztosítsa a szülést addig kísérő szülésznőnek, hogy továbbra is az anya és apa mellett maradhassanak, ha a pár ezt szeretné. (B) [5, 60]

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

Általános ajánlások

Ajánlás48

A várandósság és a szülés alatti, valamint a szülés utáni egészségügyi ellátást nyújtók tartsák szem előtt az anya és családja emberi méltóságát. (B) [9, 61]

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák):

Nem készült.

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

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

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

Szülésfelkészítést csak megfelelő képzettséggel rendelkező személy (szülésznő, orvos, védőnő, gyógytornász) tarthat. Ajánlott a SZTNB által, az anyatejes szoptatás érdekében szervezett képzés elvégzése, illetve licensze megszerzése minden olyan intézetben, ahol családközpontú ellátás folyik.

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

Magyarországon a Családközpontú szülészeti és újszülöttellátás minőségbiztosítási rendszerét az SZTNB koncepciója alapján ajánlott meghatározni, mely lehetőséget biztosít a hazai protokollok és eljárásrendek kidolgozására és alkalmazására. [62]

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

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

1.4. Egyéb feltételek
Nincsenek.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok
Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok
Nem készültek.

2.3. Táblázatok
1. táblázat: Szülészet legfontosabb mutatói [3]

2.4. Algoritmusok
Nem készültek.

2.5. Egyéb dokumentum
A WHO 10 lépés az eredményes szoptatásért (2018-ban revideált változat) [58]
Az ICI 12 pontja az anya és családja emberi méltóságát szem előtt tartó, biztonságos egészségügyi ellátásról [59]

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Ajánlás34

Az előzetes császármetszésen átesett várandósok jelentős része hüvelyi szülésbe bocsátható (TOLAC), és a nemzetközi adatok alapján több, mint kétharmaduk hüvelyi úton meg is tud szülni (VBAC). A várandósokat erről ennek megfelelően ajánlott felvilágosítani. (D) [49-53]

Audit kritérium elsődleges mérőpontjának az előzetes császármetszésen már átesett vajúdók hüvelyi szülésbe bocsátásának arányát (TOLAC), másodlagos mérőpontjának a sikeres hüvelyi szülést (VBAC) javasoljuk.

Gyakorlati alkalmazás indikátora:

Az intézetbe felvett előzetes császármetszésen átesett várandósok hány százaléka kísérelhette meg a hüvelyi szülést (TOLAC)? A hüvelyi szülésbe bocsátottak hány százaléka szült meg hüvelyi úton (VBAC)?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

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

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

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

Soron kívüli felülvizsgálat: Ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be, az irányelvben meghatározott időpontnál korábban végzünk el bizonyos mértékű felülvizsgálatot. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg. Ha a soron kívüli felülvizsgálat csak bizonyos ajánlásokat érintett, és az egész egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata nem történt meg, akkor a tervezett időpontban annak teljes körű felülvizsgálatát végezzük el. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata során azonosítani kell, hogy új bizonyíték, vagy a hazai ellátó környezet változása miatt szükséges-e módosítani az egészségügyi szakmai irányelv valamely ajánlását.

IX. IRODALOM

[1.] Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium: Szakmai irányelv a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez. Egészségügyi Közlöny, 2004. január22. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Hungarian.pdf

[2.] Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv- A családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról. Egészségügyi Közlöny, 2019, 69 (20): 2193-2212.

[3.] Intrapartum care (NICE) 2023. https://www.nice.org.uk/guidance/ng235

[4.] WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

[5.] Tanner Stapleton L.R; Schetter C.D; Westling E. Et al.: Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. Journal of Family Psychology, 26(3), Jun 2012, 453-463. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992993/pdf/nihms566240.pdf

[6.] ACOG Committee Opinion Number 804, April 2020: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period

[7.] 1997. évi CLIV törvény Az egészségügyről https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV

[8.] WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf

[9.] Hutton, E.K, Reitsma, A, Simioni, J, et al.: Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. The Lancet EClinicalMedicine Published: July 25, 2019

[10.] Snowden J.M, Tilden E.L, Snyder L et al.: Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes, December 31, 2015. N Engl J Med 2015, 373:2642-2653.

[11.] ACOG Committee Opinion No. 731: Group Prenatal Care. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e104 https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/03000/acog_committee_opinion_no__731__group_prenatal.47.aspx

[12.] Mother-Friendly Childbirth Initiative, https://motherbabysupport.net/pdf/07-Mother-Friendly Initiative.pdf

[13.] Mirghafourvand M[1], Mohammad Alizadeh Charandabi S[1], Ghanbari-Homayi S et al: Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. Int J Nurs Pract. 2019 Aug;25(4):e12722. doi: 10.1111/ijn.12722. Epub 2019 Jan 24.

[14.] Salvesen K. Counselling is difficult when outcomes are associated with mode of delivery and not with the plan for mode of delivery. BJOG. 2015 Nov;122(12):1663. doi: 10.1111/1471-0528.13596. Epub 2015 Aug 20 https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13596 https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13597

[15.] Lothina J.A., Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 2014 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235054/pdf/JPE_Vol023-004_A8_198-206.pdf

[16.] Rossignol, M., Chaillet, N. Boughrassa F. Et al.: Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: A systematic review and modeling of the cascade of interventions. Birth,, 2014. 41(1), 70-78. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12088

[17.] Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev 2015; :CD000083.

[18.] RCOG Green Top Guideline No.20a - External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation

[19.] Amis D., Healthy Birth Practice #1: Let Labor Begin on Its Own, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 2014 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235056/pdf/JPE_Vol023-004_A5_178187.pdf

[20.] Ondeck M., Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 2014 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235058/pdf/JPE_Vol023-004_A6_188-193.pdf

[21.] DiFranco J.T., Curl M., Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push, The Journal of Perinatal Education, 23(4), 2014 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235063/pdf/JPE_Vol023-004_A9_207-210.pdf

[22.] Chalk, A. Spontaneous versus directed pushing. British Journal of Midwifery 2004. 12(10). https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2004.12.10.16100

[23.] DiFranco, J. T., Romano, A. M., Keen, R. Care Practice #5: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions. Journal of Perinatal Education 2007. 160(3). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948091/pdf/JPE160035.pdf
[24.] Cooke, A. When will we change practice and stop directed pushing in labour? British Journal of Midwifery 2010. 18(2) https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.2.46403
[25.] Varney, H.: Varney's Midwifery (7th ed. 2023). London, UK: Jones and Bartlett Publisher ISBN 1284250563
[26.] Sinclair, C. A Midwife's Handbook. St. Louis, 2004, MO: Saundres ISBN-13: 978-0721681689
[27.] Dixon L. et al: The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? New Zealand College of Midwives Journal, 42 May 2010, 21-26 https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf
[28.] Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J. et al. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, (3rd ed. 2006.). New York: Oxford University Press. ISBN 9780192631732
[29.] Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, et al.: Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. Birth. 2014 Jun; 41(2):122-37. doi: 10.1111/birt.12103. Epub 2014 Apr 25. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12103
[30.] Wiklund I, Norman M. Uvnas-Moberg, K. Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors, Midwifery, 2009. 25, 31-38 https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613807000915?via%3Dihub
[31.] Kukulu, K., Demirok H. Effects of Epidural Anesthesia on Labor Progress, Pain Management Nursing, 9, 10-16. 2008. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904207001439
[32.] Arendt, K. W., & Segal, B. S. The association between epidural labor analgesia and maternal fever. Clinics in perinatology, 2013. 40(3), 385-398. https://www.perinatology.theclinics.com/article/S00955108(13)00073-0/fulltext
[33.] Hawkins, J. L. Epidural analgesia for labor and delivery. N Engl J Med, 2010. 362(16), 1503-1510. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMct0909254
[34.] Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, et al: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia, Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/epdf/abstract
[35.] Tharpe, N. L., Farley, C., L. Clinical Practice Guidelines for Midwifery and Women's Health. (6th ed. 2022.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. ISBN: 9781284194036
[36.] Alfirevic Z. et al: Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour, Cochrane database, 3 February 2017 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/epdf/abstract
[37.] Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. Obstet Gynecol. 2014; 124:57-67.
[38.] Cheng YW, Caughey AB. Defining and managing normal and abnormal second stage of labor. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017; 44:547-566.
[39.] Steen, M. Care and Consequences of perineal trauma. British Journal of Midwifery 2010. 18(11):710-715. https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.11.79563
[40.] Živković K, Živković N, Župić T, et al.: Effect of Delivery and Episiotomy on the Emergence of Urinary Incontinence in Women: Review of Literature, Acta Clin Croat. 2016 Dec; 55(4):615-624.
[41.] Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 5:CD000111. Epub 2018 May 16.
[42.] Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. ACOG Committee on Obstetric Practice. Obstet Gynecol. 2016; 128(5):e231.
[43.] Philips, R: The Sacred Hour Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth NAINR. 2013;13(2):67-72.
[44.] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al.: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane database Syst Rev. Nov.25. 2016. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4
[45.] Chi Luong K, Long Nguyen T, Huynh Thi DH, et al.: Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. Acta Paediatr. 2016; 105:381–90 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/apa.13164
[46.] Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al, Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study, Scientific World Journal. 2017; 2017: 1940756. Published online 2017 Sep 7. doi: 10.1155/2017/1940756 https://www.hindawi.com/journals/tswj/2017/1940756/
[47.] ACOG Practice bulletin 2019. no. 205: Vaginal birth after previous cesarean delivery

[48.] SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. Int J Gynaecol Obstet 89, 319-331.
[49.] RCOG Green-top Guideline 2015. No.45. Birth after previous cesarean birth.
[50.] Reif, P., Brezinka, C., Fischer, T. et al.: Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section: Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG). Geburtshilfe Frauenheilkd 2016. 76, 1279-1286.
[51.] Sentilhes, L., Vayssiere, C., Beucher, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013. 170, 25-32.
[52.] Shakur H, Roberts I, Fawole B et al. (WOMAN Trial Collaborators) Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial – The Lancet VOLUME 389, ISSUE 10084, P2105-2116, MAY 27, 2017
[53.] WHO recommendation on newborn health. Guidelines approved by the WHO review committee, Updated May 2017 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07eng.pdf;jsessionid=DF496582B9D96C15EF666E75BBFF499F?sequence=1
[54.] Singh G, Archana G, Unraveling the mystery of Vernix Caseosa Indian J Dermatol. 2008; 53(2): 54–60.
[55.] Ludington-Hoe, S. M., Morgan, K. Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. Newborn and Infant Nursing Reviews, 2014: 14(1), 28-33. http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2013.12.009
[56.] WHO Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/
[57.] International Childbirth Initiative 12 Steps to Safe and Respectful Mother Baby-Family Maternity Care provides https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2021/05/ICI_12StepSummary2021.pdf
[58.] McLachlan HL, Forster DA, Davey M, et al.: Comparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2008, 8:35 doi:10.1186/1471-2393-8-35
[59.] Szeverényi P.: Családközpontú szülészeti gyakorlat lehetőségei a lelki egészség megőrzésében. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 2008. XII. 15/29.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

A 2019-ben megjelent irányelv fejlesztésére alakult meg a fejlesztőcsoport a Kormány 1098/2018. (III. 19.) Korm. rendelet (2. pont) felhívása alapján, a családközpontú szülészeti elvek megfogalmazásának céljából. A jelenlegi egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének megkezdésekor a Szülészet és nőgyógyászat Tagozat elnöke és egyben irányelvfejlesztő felelőse jelölte ki a fejlesztőcsoport tagjait és határozta meg a tagok feladatait.

Az elkészült egészségügyi szakmai irányelvtervezetek első verzióját előzetesen megkapták az Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészet és nőgyógyászat Tagozatának tagjai, akik részletesen áttekintették és elektronikus levelezés útján észrevételezték az anyagokat. Az észrevételezés során tett szakmai pontosításokat, mondattani, fogalmazásbeli módosításokat átvezették a dokumentumba, így a személyes megbeszélésen már csak a vitatott, vagy stratégiai döntést igénylő kérdésekkel foglalkoztunk. A személyes egyeztetésen az észrevételekkel korrektúrázott szakmai anyagok kerültek kivetítésre, amelyek vitatott részeit sorra átbeszéltük. A felmerülő kérdések eldöntésében az interaktív csoporttechnika módszerét alkalmaztuk, és törekedtünk a konszenzusos döntéshozatalra. Amikor ez nem vezetett eredményre, szavazással többségi döntést hoztunk.

Az így összeállított anyagot e-mailen körbe küldtük, több alkalommal felülvizsgáltuk, korrigáltuk. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

A fejlesztőcsoport valamennyi tagja jóváhagyta a szakmai irányelv végleges verzióját.

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

2. Irodalomkeresés, szelekció

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

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

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

A bizonyítékok szintjének és az ajánlások erősségének meghatározása követi a nemzetközi gyakorlatot. Új eredmények változtathatnak a bizonyítékok és ajánlások szintjein, ezért az új tanulmányok és ajánlások tükrében időszakos módosítások szükségesek, melyekre általában az irányelvek megújításakor kerül sor, indokolt esetben korábban. Az ajánlások változása a klinikai gyakorlat változását eredményezi, a jó gyakorlatok elterjedését elősegítve. A fejlesztőcsoport ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti adaptálhatóságát. Amennyiben a bizonyíték nem magyarországi viszonyoknak megfelelő adatokra támaszkodott, akkor a fejlesztőcsoport konszenzusa volt a mérvadó.

4. Ajánlások kialakításának módszere

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

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

Az irányelv szövegében az ajánlások besorolását zárójelben jelöljük, például **(A**).

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, megküldésre került az egészségügyi ellátási folyamatban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak véleményezésre. A Másállapotot a Szülészetben Mozgalom és a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság tanácskozási joggal vett részt az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésében. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértői véleményezés nem történt.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Szülészet legfontosabb mutatói [3]

év	élve születések száma	koraszülések aránya (%)	császár-metszés gyakorisága (%)	perinatális magzati mortalitás (‰)	csecsemő-halálozás (‰)	terhesség-megszakítások száma
2010	90335	9,3	33,0	6,9	5,3	40500
2011	88049	8,2	33,8	6,6	4,9	38443
2012	90269	9,2	34,8	7,1	4,9	36118
2013	88689	9,5	35,8	6,7	5,1	34891
2014	91510	9,3	37,3	6,6	4,6	32663
2015	91690	9,3	37,9	6,2	4,1	31176
2016	93063	9,3	38,7	6	4	30439
2017	91575	8,5	40,2	6,2	3,6	28496
2018	87961	8,7	40,69	5,73	3,4	25197
2019	87409	8,7	41,56	5,5	3,8	23851
2020	90033	8,44	40,24	5,65	3,5	22297
2021	89445	7,24	40,54	6,1	3,3	20223
2022	85158	7,79	40,08	6,3	3,6	19988
2023	80773	NA	40,89	NA	NA	19367

1.4. Algoritmusok

Nem készültek.

1.5. Egyéb dokumentumok

A WHO 10 lépés az eredményes szoptatásért (2018-ban revideált változat) [58]

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

1.
   a) Teljes mértékben tartsa be az anyatej-helyettesítők nemzetközi forgalmazási kódexét és az Egészségügyi Világszervezet vonatkozó határozatait.
   b) Legyen írásos csecsemőetetési protokoll, amelyről rendszeres tájékoztatást kapnak a személyzet tagjai és a szülők.
   c) A csecsemők táplálását folyamatosan megfigyelő ellenőrző rendszert állít fel.
2. Biztosítani kell, hogy a személyzet megfelelő ismeretekkel, kompetenciával és készségekkel segítse a szoptatást.
3. A várandósoknak és családtagjaiknak adjon tájékoztatást a szoptatás fontosságáról és mikéntjéről.
4. Támogassa az azonnali és folyamatos bőr-bőr kontaktust, valamint a szülés után a lehető leghamarabb megkezdett szoptatást.
5. Támogassa az anyákat a szoptatás elkezdésére és fenntartására, valamint nyújtson támogatást a szoptatási nehézségek kezelésére.
6. Ne adjon a szoptatott újszülötteknek semmilyen más táplálékot vagy folyadékot, mint anyatej, kivéve, ha annak kifejezett orvosi oka van.
7. Lehetővé teszi, hogy anya és újszülött gyermeke a nap 24 órájában együtt maradjanak.
8. Adjon segítséget az anyák számára, hogy felismerjék és megfelelően tudjanak reagálni a csecsemő éhségjeleire.
9. Az anyáknak adjon megfelelő felvilágosítást a cumisüvegek és cumik használatának kockázatairól.
10. Tegye lehetővé, hogy a szülők és az újszülöttek megfelelő időben férhessenek hozzá a szükséges és folyamatos támogatáshoz, segítséghez**.**

Az ICI 12 pontja [59] **az anya és családja emberi méltóságát szem előtt tartó, biztonságos egészségügyi ellátásról**

A FIGO, IMBCO, IPA, ICM, ICN, Lamaze International és több nemzeti és nemzetközi szervezet alapításával jött létre az International Childbirth Initiative (ICI – www.internationalchildbirth.com), amely 2018 novemberében

evidenciákon alapuló útmutatást állított össze az anyák biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátásához, melynek fő célja a testben és lélekben egészséges anya és újszülött. Ezen 12 pont minden magyarországi szülészeti ellátásban érvényre kell, hogy jusson, ezért ajánlott ezek figyelembevétele.

– Minden nőt és újszülöttet együttérzéssel, tisztelettel kell kezelni, méltóságukat megőrizve, fizikai, verbális vagy érzelmi visszaélések nélkül. Biztosítani kell az egyéni és kulturális szokásaiknak megfelelő környezetet, mely során lehetőségük van az önkifejezésre, a tájékozott választásra és az intimszféra megőrzésére.
– Tiszteletben kell tartani minden nő jogát, hogy megkapja a megkülönböztetéstől mentes és ingyenes vagy legalább megfizethető ellátást a szülési folyamat során. A nő és az újszülött ellátása semmilyen körülmények között nem utasítható el, illetve nem érheti hátrányos megkülönböztetés abban az esetben, ha az ellátásért nem képes fizet.
– Minden szülészeti ellátást nyújtó intézetben, minden ellátási, intézményi és személyi szinten biztosítani kell az anya-baba-család (családközpontú) ellátást, melynek alapja a bábai ellátási modell.
– Az anyával ismertetni kell, hogy a vajúdása és szülése során joga és lehetősége van a folyamatos támogatásra, amit az általa választott személyektől kaphat. Tájékoztatni kell ennek előnyeiről és biztosítani kell, hogy a számára megfelelő támogatást kaphassa.
– A szülés során előnyben kell részesíteni és fel kell ajánlani a biztonságos nem-gyógyszeres fájdalomcsillapítás lehetőségét. Amennyiben lehetőség van gyógyszeres fájdalomcsillapításra és az anya azt kér, úgy ismertetni kell azok előnyeit és hátrányait egyaránt.
– Minden szolgáltató az ellátás során, olyan bizonyítékokon alapuló gyakorlatot folytasson, amely a legmegfelelőbb az anya-baba-család egység számára az ellátás egésze alatt.
– Minden szolgáltató a várandósság, vajúdás, szülés, szülés utáni időszak és az újszülött ellátásban kerülje azokat a potenciálisan káros eljárásokat és gyakorlatokat, amelyek hasznosságára elegendő bizonyíték nincs és rutin, vagy gyakori használatuk nagyobb rizikót jelenthet.
– Be kell vezetni olyan intézkedéseket, amelyek javítják az anya-baba-család jóllétét és segítenek a betegségek megakadályozásában, beleértve a megfelelő táplálkozást, a tiszta víz elérhetőségét, a megfelelő higiéniás körülményeket, valamint a családtervezési ismeretek, betegségek és szövődmények megelőzésére és a szülés előtti és utáni nevelésről szóló ismeretek átadását.
– Az ellátó szükség esetén adjon megfelelő szülészeti, újszülött és sürgősségi ellátást. Biztosítani kell, hogy a személyzet képzett legyen a (potenciálisan) veszélyes körülmények és komplikációk felismerésében, valamint a hatékony kezelés vagy a páciens stabilizálásának biztosításában. Ezenfelül konzultációs kapcsolat és szükség szerinti tovább szállítás lehetőséget is biztosítani kell.
– A humánerőforrás-politika legyen támogató az elkötelezett személyzet felvétele és megtartása érdekében. Fontos, hogy a személyzet biztonságban érezze magát, megkapja a megfelelő tiszteletet, így jó munkakörülmények között képes legyen a megfelelő minőségű, együttműködő és személyre szabott ellátásra mind a nők, mind az újszülöttek tekintetében.
– Biztosítson folyamatos együttműködést az összes érintett egészségügyi szolgáltatóval, intézménnyel és szervezettel minden ellátási szinten és készítsenek közös terveket, alakítsanak ki kommunikációs csatornákat a megfelelő konzultáció és áthelyezési folyamat érdekében.
– Vezesse be a Bababarát ellátás 2018-ban felülvizsgált 10 pontját – a szoptatás védelme, előmozdítása és támogatása érdekében.