

## Gondolatok az együttszüléssel kapcsolatban (25 éve nyílt ki a szülőszoba ajtaja Debrecenben)

SZEVERÉNYI PÉTER DR., TÖRÖK ZSUZSA DR.

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika  
(igazgató: Tóth Zoltán dr., egyetemi tanár)\*<sup>1</sup>

**Összefoglalás:** Debrecenben 1984 óta van lehetőség az együttszülésre. A partner, a közeli hozzátartozó jelenléte a vajúadás és a szülés során szerves részét képezi az ún. családközpontú szülészeti gyakorlatnak. A szerzők rövid történeti áttekintést adnak a vonatkozó nemzetközi és a hazai gyakorlat alakulásáról. A családközpontú ellátás elterjedésében az angol G. Dick-Read és a francia F. Lamaze szerzett történelmi jelentőségű érdemeket. Az együttszüléssel a szerzők kedvező tapasztalatokat gyűjtöttek, a módszert támogatják, bevezetését javasolják. A partner, a közeli hozzátartozó jelenlétével kapcsolatos kedvező szülészeti és pszichológiai hatásokat a bizonyítékokon alapuló kutatási eredmények is megerősítették. A családközpontú szülészeti ellátás iránti lakossági igény további növekedése várható hazánkban is.

**Kulcsszavak:** együttszülés, családközpontú szülészeti gyakorlat, szülészeti pszichoszomatika

SZEVERÉNYI P, TÖRÖK ZS:

## Thoughts about father's presence at labor and birth (Labor room opened 25 years before in Debrecen)

**Summary:** Partner inclusion in the birth process is possible in Debrecen since 1984. Presence of the partner or close relatives during labor and birth are integral part of the so called family centered obstetric practice. The authors provide a short historical review of the constellation of the concerning international and national practice. The English G. Dick-Read and the French F. Lamaze had historical magnitude merit in the spread of family-centered care. The authors collected favorable experiences with the father's presence at labor and birth. They support the method and recommend its introduction. The advantageous obstetrical and psychological effects concerning the presence of the partner or close relatives were also verified by evidence-based investigational results. Further increase of people's claim for family centered obstetric practice is expected in our country as well.

**Keywords:** family centered obstetric practice, partner's presence at labor and birth

<sup>1</sup> Készült a 2009. 12. 04-én a DAB székházban – Prof. Dr. Lampé László 80. és Prof. Dr. Borsos Antal 70. születésnapja tiszteletére rendezett tudományos ülésen – elhangzott előadás alapján.

### Bevezetés

Huszonöt évvel ezelőtt, 1984-ben zajlott – megfelelő előkészítés után – az első „együttszülés” a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján. Ez egyben a családközpontú szülészeti gyakorlat elindulását is jelentette. Talán jobb lenne „újraindulásról” beszélni, hiszen az akkor dolgozó kollégák a 70-es évek elején már foglalkoztak a szülésre történő felkészítéssel. Ez abban az időben a szovjet „pszichoprofilaxis”-nak neve-

zett módszer valamilyen szintű adaptációját jelentette. Az orvosok önként jelentkező várandósok számára tematikus felvilágosító előadásokat tartottak, illetve válaszoltak a felmerülő kérdésekre. A felkészítés nem érte el a várt sikert. Ennek minden valószínűség szerint az volt az oka, hogy a „felkészített” nők a szülőszobában egyedül maradtak a számukra teljesen ismeretlen környezetben. A szülőszobát korábban nem láthatták,

a hozzátartozó nem lehetett jelen a szülésnél, sőt a felkészítést végző szülész orvos sem. Ilyen körülmények között nem csodálkozhatunk azon, hogy a szülés során észlelt fájdalom kifejezett fokú maradt, és a szüléssel kapcsolatban gyakran a csalódottság és a negatív élmény uralkodott.

A családközpontú szülészeti gyakorlat fontos elemei jól ismertek: felkészítés a szülésre – lehetőleg a partnerrel együtt, a partner vagy más közeli hozzátartozó jelenléte a szülésnél, individuális szülésvezetés, bőr-á-bőrhöz kontaktus biztosítása a magzat megszületése után; korai emlőrehelyezés, ún. rooming in rendszerű gyermekágyas osztályon történő elhelyezés. Ez a gyakorlat az elmúlt 25 évben hazánkban is elterjedt, az egyes elemek – a személyi és tárgyi feltételektől függő mértékben – mindennapos gyakorlattá váltak.

A korszerű szülészeti gyakorlat nem lehet más, mint „családközpontú”. Csak a család szempontjait – a lehető legnagyobb mértékben – szem előtt tartó ellátás nevezheti magát korszerűnek. A szülés során nem csak egy természeti, biológiai folyamat zajlik le. Ennél sokkal több történik: egy család születik – annak minden lehetséges korai és késői következményével együtt.

## „Természetes szülés”

**Grantly Dick-Read (1890-1959)** brit szülészorvos volt. Őt tekinthetjük a „természetes szülés”-t hirdető mozgalom atyjának [2]. Dick-Read Cambridge-ben tanult, majd a London Hospitalban szerzett klinikai gyakorlatot (1. ábra). Az I. világháború kitörése után önkéntesként rész vett a harcokban Törökországban, majd később Franciaországban. A háborút követően visszatért a London Hospital-ba (ma: Royal London Hospital), ahol egy évet töltött szülész rezidensként, majd Cambridge-ben szerzett orvosdoktori címet 1920-ban. Ezt követően általános orvosként (general practitioner) dolgozott Woking-ban (Surrey megye).

Életének további részében szenvedélyesen, odaadóan foglalkozott a gyermekszülésre történő felkészítéssel, a szülés menedzselésével. Foglalkoztatta a szülészeti anesztézia egyre fokozódó, túlzott mértékű alkalmazása, a kábítószerekkel előidézett bódulat és amnézia (twilight sleep, Dämmerschlaf), a szülészeti invazív beavatkozások fokozódó gyakorisága, és a női lélek semmibevétele a szülés előtt és alatt. Gondolatait és saját szemléletmódját több munkában ismertette. Ezek közül a legismertebb a „Natural Childbirth” (1933) és a „Childbirth Without Fear” (1944) című kiadványok. Az Egyesült Királyságban, 1956-ban alakult meg a Natural Childbirth Trust (NCT), amelynek Dick-Read lett az első elnöke.

A hazánkban elterjedt hivatalos szakkifejezés „az együttműködés”, a Marton István professzor által vezetett munkacsoporttól származik. Meghatározásuk szerint „Együttműködés alatt azt a komplex gondozást értjük, midőn a pár olyan igénnyel jelentkezik, hogy a várandósság örömeit és problémáit közösen vállalják. Ily módon megismerkedve a szülés és születés mechanizmusának laikusok számára könnyen érthető alapfogalmaival, a terheség végén is megerősítik azon közös igényüket, hogy a szülésnél a társ is jelen kíván lenni. Ebben a formában az együttműködést, mint a legmagasabb fokú terhesgondozási és integrált szülészeti ellátási lehetőséget tekinthetjük, amely magába foglalja a pszichoprofilaxis szinte valamennyi elemét is.” Nyugodtan mondhatjuk, hogy a definíció ma is megállja a helyét, jól kifejezi a családközpontú szemléletmód és gyakorlat lényegét [1].

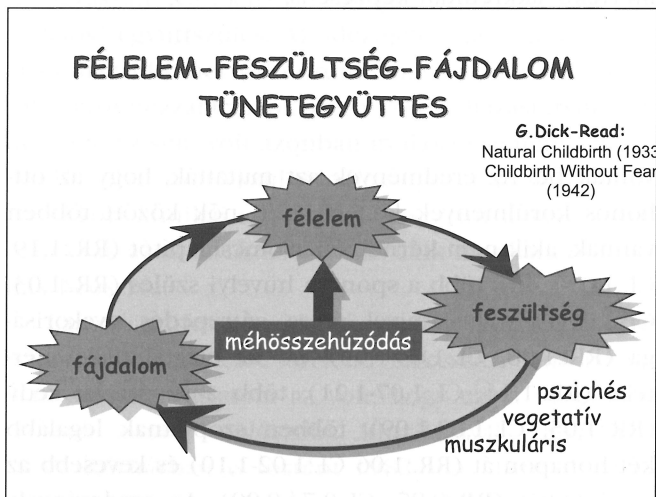
Ennek a gyakorlatnak az első – és alapvető – mozzanata az együttes, közös felkészülés a szülésre. Ehhez csatlakozik a partner, a közeli hozzátartozó jelenléte a szülésnél. A napjainkban világszerte elterjedt felkészítő módszerek kialakításában két szülész-nőgyógyász szerzett elvülhetetlen érdemeket: az angol Grantly Dick-Read és a francia Fernand Lamaze.



1. ábra G. Dick-Read

Dick-Read nevéhez fűződik a „félelem – feszültség – fájdalom” tünetegyüttes leírása. (2. ábra) Megfigyelései szerint a fájdalom elővételezése miatt meg-

jelenő félelem egy természetes védekezési folyamatot indít el, amelynek a következménye muszkuláris, vegetatív és pszichés feszültség, illetve fájdalom lesz. Ez egyre fokozódó félelmet, feszültséget és további fájdalmat eredményez. Dick-Read véleménye szerint ez az „ördögi kör” felelős a szülési fájdalom létrejöttéért. Ennek megfelelően a kifejezett szülési fájdalom az esetek 90-95 %-ában elkerülhető vagy elviselhető mértékre csökkenthető a félelem és a feszültség minimalizálásával. A várandós nő felvilágosításával, a szülésre történő felkészítésével és a szülés alatti odafigyeléssel elő lehet segíteni, hogy a szülés természetes módon és kontrollálható mértékű fájdalommal folyék le.



2. ábra Félelem – feszültség – fájdalom tünetegyüttes

## „Fájdalom nélküli szülés”

A felkészítés modern történetében a másik megemlítendő szülészorvos a francia **Fernand Lamaze (1891-1957)**.

Az ún. „Lamaze-módszer” oktatást, ismeretközvetítést, relaxációs és légzési technikák megtanulását, valamint a szülés alatti folyamatos érzelmi támasz nyújtását jelenti. A társas támaszt a jelenlévő apa és egy speciálisan képzett segítő biztosítja. Lamaze a módszert 1951-ben vezette be az egyik párizsi kórházban. Előzőleg a Szovjetunióban tanulmányozta a pavlovi tanokra épülő, „pszichoprofilaxisnak” nevezett felkészítő módszert.

Lamaze módszere is először az Egyesült Államokban terjedt el. Marjorie Karmel – egy amerikai színésznő – Lamaze doktorhoz utazott Párizsba, és a pszichoprofilaxis módszerével felkészülve szült meg Lamaze segítségével. A szüléssel kapcsolatos kedvező élményeit 1959-ben megjelent könyvében foglalta össze (Thank You, Dr. Lamaze). Marjorie Karmel megtanulta a mód-

Dick-Read szemléletmódját, állításait a brit hivatalos szakmai vélemény csak nehezen fogadta el. A félelem nélküli szülésről szóló második könyve is inkább Amerikában talált kedvező fogadtatásra. 1947-ben meghívták őt az Egyesült Államokba, ahol a látogatást követően jelentősen megnőtt az érdeklődés – úgy a laikusok, mint a szakemberek körében – a tudatos, kooperatív gyermekszülés elősegítése iránt. A természetes szülést támogató csoportokból alakult meg 1960-ban az International Childbirth Education Association (ICEA).

Read úgy érezte, hogy Angliában nehezen boldogul, és 1948-ban Dél-Afrikába költözött, ott praktizált 5 évig. Útban hazafelé – 6000 mérföldet tett meg Afrikán keresztül – tanulmányozta a primitív törzsek szülési szokásait. A meglátogatott törzsekben a nők 90 %-a „normálisan”, természetesen szült, a lábadozáshoz csak néhány órás pihenésre volt szükségük. Megfigyelte azt is, hogy a szülés közben a vajúdok automatikusan függőleges testtartást vettek fel, és a szülés folyamatát illetően általában jól tájékozottak voltak. A szülést egy idős nő kísérte, akiben a vajúdo teljes mértékben megbízott. A vajúdo nőt soha nem hagyták egyedül. Érdekesnek és fontosnak találta, hogy a méhlepény megszületésének milyen nagy jelentőséget tulajdonítottak, a köldökszinórt csak a lepény távozása után vágták át.

Megemlékezésében Dunn [2] azt írja, hogy bár Dick-Read nem részesült hivatalos elismerésben az orvosi szakma részéről, a világon számtalan nő érez mélységes hálát iránta, hozzájárulása a szüléset fejlődéséhez történelmi jelentőségű.



3. ábra F. Lamaze

szert, és másokat is igyekezett felkészíteni a szülésre. Ezekben az években egy német származású, Amerikába kivándorolt gyógytornász (Elisabeth Bing) Dick-Read módszerével készített fel terheseket a szülésre. A két nő találkozását követően, rövid előkészítő és szervezőmunka után, 1960-ban megalakult az American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics/ASPO (ma: Lamaze International). A két nemzetközi társaság egyébként 2010 őszén tartotta jubileumi, „mega” konferenciáját.

Dick-Read - de főleg Lamaze - tanai az USA-ban gyorsan terjedtek. 2000-ben az először terhes nők 70%-a részt vett felkészítő tanfolyamon. A mozgalom a terhesség, a szülés és a szülővé válás korai szakaszának normális, egészséges és biztonságos lefolyását célozta támogatni. Az elmúlt évtizedek során szerzett tapasztalatok

alátámasztották a két szülésorvos hipotéziseit. Megfogalmazódtak a koncepció megvalósítási lehetőségei is. Ezek a következők: 1) Hadd, induljon meg a szülés magától; 2) Sétálj, mozogj, változtasd a testtartást a vajúdás során; 3) Hozz magaddal a szülőszobába egy szeretett személyt, barátot vagy doulát, aki folyamatosan támogat; 4) Kerüld el az olyan beavatkozásokat, amik orvosi szempontból nem szükségesek; 5) Kerüld el a háton fekvő helyzetben történő szülést, a kitolás során hallgass a tested parancsoló jelzéseire; 6) a szülést követően maradjon együtt az anya és az újszülött, mert ez a legjobb az anya, a baba és a szoptatás szempontjából is [3]. A kezdeti éveket követően megindult, és jelenleg is folyik a felkészítő tanárok nemzetközi mértékű, akkreditált képzése is.

## Bizonyítékokon alapuló megfigyelések

Hodnett és munkatársai [4] azt vizsgálták, hogy a szülés alatti folyamatos támasz (egy-az-egyhez segítő) a hagyományos szülészeti ellátással szemben hogyan hat az anyára és a magzatra. Metaanalitikus tanulmányukban választ szerettek volna kapni arra a kérdésre is, hogy a folyamatos támasz hatását módosítja-e: a) a szülőszobai munkamód, szemléletmód (pl. hozzátartozó jelenléte, EDA alkalmazása, folyamatos CTG ellenőrzés); b) az, hogy a támogató személy a kórház alkalmazottja-e vagy nem; c) az, hogy a támasz a szülés korai vagy későbbi szakában kezdődik. A szerzők 11 országból származó 15 tanulmány metaanalitikus vizsgálatát végezték el. Ez 12791 nő adatainak az elemzését jelentette. A szerzők azt állapították meg, hogy a hagyományos ellátással szemben azok a vajúdok, akik folyamatos, egy-az-egyhez támogatást kaptak, kevesebb fájdalomcsillapítót igényeltek (OR.: 0,87, CI.: 0,79-0,96), csoportjukban kevesebb volt a császármetszés gyakorisága (OR.: 0,90, CI.: 0,82-0,99), kevesebb volt a hüvelyi szülésbefejező műtét gyakorisága (OR.: 0,89, CI.: 0,83-0,96), lényegesen kevesebb volt a szüléssel kapcsolatos elégedetlenség és negatív tapasztalat (OR.: 0,73, CI.: 0,65-0,83) és kevesebb volt azok száma, akik saját viselkedésük feletti kontroll képességüket elégtelennek értékelték (OR.: 0,79, CI.: 0,67-0,94). A segítő személy támogató hatása akkor volt a legnagyobb, ha a személy nem volt az intézmény alkalmazottja, ha már a szülés korai szakában jelen volt, és akkor, ha az epidurális érzéstelenítés nem volt rutinszerűen elérhető.

Hodnett és munkatársai [5] egy másik metaanalitikus tanulmányukban azt elemezték, hogy milyen hatással van a hagyományos szülőszobai környezettel szemben az otthonosan kialakított szülési környezet a szülés folyamatára. A vizsgálatba hat tanulmány 8677 szülését

vonták be. Az eredmények azt mutatták, hogy az otthonos körülmények között szülő nők között többen vannak, akik nem kérnek fájdalomcsillapítót (RR.:1,19, CI.:1,01-1,40), több a spontán hüvelyi szülés (RR.:1,03, CI.:1,01-1,06), valamivel nő a gátrepedés gyakorisága (RR.:1,08, CI.:1,03-1,13), nő az elégedettség mértéke (RR.:1,14, CI.:1,07-1,21), több a szoptatási kedv (RR.:1,05, CI.:1,02-1,09), többen szoptatnak legalább két hónapon át (RR.:1,06 CI.:1,02-1,10) és kevesebb az episiotomia (RR.:0,85, CI.:0,74-0,99). Az eredményekből arra lehet következtetni, hogy az otthonos szülőszobai körülmények kedvező hatása szerény, de mégis egyértelműen kimutatható, bizonyítható.

Hosszú ideje vita tárgya az is, hogy a kitolási szakban a magzat világra jöttéhez a függőleges vagy a fekvő pozíció a kedvezőbb. Gupta és munkatársai a különböző testtartások előnyeit és kockázatait vizsgáló 20 tanulmányt (6135 páciens) vették újabb elemzés alá [6]. Az eredmények újra elemzése azt igazolta, hogy a hanyattfekvő vagy kőmetsző helyzettel szemben függőleges vagy laterális testtartás esetén a kitolási szak átlagosan 4,28 perccel rövidebb (CI.:2,93-5,63), kevesebb az asszisztált szülés (RR.:0,80, CI.:0,69-0,92), csökken a gátmetszések száma (RR.:0,83, CI.:0,75-0,92), emelkedik a másodfokú gátrepedések gyakorisága (RR.:1,23, CI.:1,09-1,39), nő az 500 ml-t meghaladó vérvesztés kockázata (RR.:1,63, CI.:1,29-2,05), a vajúdok kevesebb fájdalomról számolnak be (RR.:0,73, CI.:0,60-0,90) és kevesebb lesz a kóros magzati szív működés (RR.:0,31, CI.:0,08-0,98). A függőleges testtartásnak tehát számos lehetséges előnye van, de számolni kell a nagyobb vérvesztés kockázatával. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a vajúdotkat bátorítani kell, hogy a lehető legkényelmesebb testtartást vegyék fel a kitolási szakban.

Anderson és munkatársai [7] azt vizsgálták, hogy a korai bőr-a-bőrhöz kontaktus hogyan befolyásolja a szoptatást, az anya és az újszülött viselkedését. Tizenhét randomizált tanulmányban szereplő 806 személy (újszülött és anya) adatai kerültek elemzésre. A szerzők szoros pozitív kapcsolatot találtak a bőrkontaktus és a szoptatás tartama között. Az 1 - 3 hónapig szoptatók

aránya bőrkontaktust követően jelentősen emelkedett (OR.: 2,15, CI.:1,10-4,22), és a szoptatás átlagos tartama 44,99 nappal hosszabb lett. Tendencia jellegű kedvező hatás észlelhető az első napokban a megfigyelhető „anyai gyengédség/érintés a szoptatás alatt” viselkedésmintában. Valószínűleg a bőrkontaktus hatására alakul kedvezőbbben az anyai kötődés (attachment).

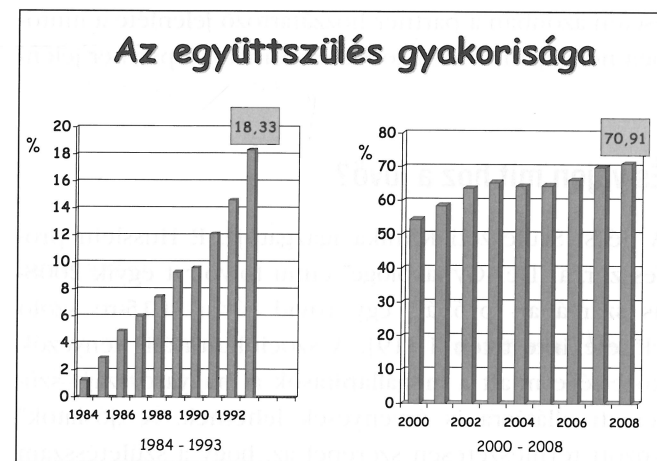
## Hogyan volt ez nálunk?

A jelenlegi helyzet jobb megértéséhez kívánczik egy rövid történeti áttekintés. Az akkori Debreceni Orvostudományi Egyetem (DOTE) Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1984-ben zajlott az első „hivatalos” együttműködés. Az időzjeles megjelölést azért alkalmazzuk, mert előfordult már korábban is, hogy pl. orvos-hozzátartozók jelen voltak házasársuk szülésénél. Ez sem volt azonban gyakori esemény, mert a szülőszoba vezető szülésznője szigorúan ragaszkodott az akkori klinikai szokáshoz, miszerint a szülőszobában csak azok tartózkodhattak, akik munkára oda voltak beosztva.

Lampé professzor úrtól kaptam a megbízást, hogy szervezzünk szülésre történő felkészítő tanfolyamokat. Az én javaslatom az volt, hogy ezt a programot kössük össze a szülőszoba „kinyitásával”, ahogy az a MÁV Kórházban is történt 1982-ben. „Laikus” párok együttműködésére természetesen megfelelő előkészítést követően kerülhetett sor. Erre annál inkább szükség volt, mert a hivatalos szakmai állásfoglalás még 1986-ban sem volt támogató. A felkészítés kezdetben páronként történt, majd később csoportos formában. A jelentkező párok száma rohamosan emelkedett (1. táblázat). 2000-ben már a szülések több mint felénél jelen volt a közeli hozzátartozó, 2008-ban, pedig a gyakoriság már meghaladta a 70%-ot. Közben kialakítottunk egy egyágas szülőszobát, egyszerű szülőszéket szereztünk be, az egyik vajúdo helyiségbe fürdőkádat építettünk be, amit a vajúdas alatt lehet igénybe venni. Ezzel párhuzamosan megindult a neonatológusok által irányított „baba-barát kórház” elveinek klinikai meghonosítása is.

## Mi legyen császármetszés esetén?

Még ma is felmerül a kérdés, hogy a hozzátartozó beengedhető-e a császármetszéshez. A hazai szülészeti intézmények legnagyobb részében erre nincs lehetőség. Az elutasításban sajnos nem csak a „szűkös” helyi viszonyok és az aneszteziológusok esetleges ellenállása játszik szerepet. A kérdésre a válasz: igen. A jogi lehető-



1. táblázat Az együttműködés gyakorisága

Az általunk alkalmazott felkészítésről és az együttműködéssel kapcsolatban gyűjtött megfigyeléseinkről több formában beszámoltunk [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. Összességében nyugodtan lehet azt mondani, hogy az együttműködés mind a pár, mind a szülőszobai személyzet számára kedvező. A hosszú távú hatásokról azonban még kétségtelenül keveset tudunk.

Wöckel és mtsai [17] irodalmi áttekintésükben a partner jelenlétével kapcsolatos irodalmi megfigyeléseket elemezték. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy az együttműködés növeli a pár elégedettségét és a pozitív szülési élmény valószínűségét. Ez a sajátos, „kísérőtámogató” hatás különösen akkor tud érvényre jutni, ha a pár és a szülőszobai személyzet is megfelelően fel van készítve, a szerepek, a feladatok és elvárások minden résztvevő számára egyértelműen definiálva vannak. Ezzel az állítással teljes mértékben egyet lehet érteni.

séget az 1997-es egészségügyi törvény biztosítja, amely szerint „A szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdas és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, a szülést követően pedig arra, hogy - amennyiben ezt az ő vagy újszülöttje egészségi állapota nem zárja ki - újszülöttjével egy helyiség-

ben helyezték el” [18]. A műtöt természetesen a szülőszoba részének tekintjük.

A hozzátartozó jelenléte akkor lehet a legkedvezőbb, ha a császármetszésre elektív módon kerül sor. Ilyen esetben a műtéti jelenlét tervezhető, mindenki kellő módon felkészíthető. A felkészülés, a felkészítés során mérlegelni kell a férfi teherbíró képességét is. A császármetszés emelkedő gyakorisága miatt indokolt, hogy az esetleges műtétes szülés kérdéseivel már a várandósság során, a felkészítés alkalmával foglalkozzunk. Minden eset egyéni mérlegelést kíván! Sürgős császármetszés esetén azonban a partner/hozzátartozó jelenléte a műtőben nem ajánlható. Akkor sem kívánatos a partner jelen-

léte, ha a műtét narkózisban történik. Ebben az esetben a jelenlét célja – a családi kapcsolatrendszer segítése – egyébként is csak korlátozott módon tud érvényesülni. Az apa viszont megkaphatja az újszülöttet, és ő lehet az anya helyett a „fogadó” szülőfél. Erre az esetek nagyobb részében lehetőséget lehet és kell adni!

Kívánatosnak tartjuk viszont a családi együttlétet, a partner jelenlétét a műtétet követő időszakban. Ezt nem szabad korlátozni, még akkor sem, ha az anya további segítséget, akár intenzív kezelést igényel. Arra is mindig törekedni kell, hogy a műtét indikációját, annak szükségességét a hozzátartozónak is részletesen, érthető módon magyarázzuk el.

## És vajon mit hoz a jövő?

A bécsi Szülészeti Klinika igazgatója, P. Husslein professzor, a „Der Gynäkologe” című folyóirat egyik 2008-as számában próbált egy rövid távú, 2015-re szóló előretekintést tenni [19]. A szociokulturális tényezők közelsége miatt a megállapítások a magyarországi szülészeti ellátásra is érvényesek lehetnek. A „jóslatok” között természetesen szerepel az, hogy a születésszám tovább csökken, és ez által a szülés az érintett nők, és családjuk számára egyre fontosabbá válik. Egyre erőteljesebb tényezővé válik a lakosság öntudata, a nők autonómiája. A fokozódó igények mellett az egészségügyi ellátás viszont egyre kevésbé képes hiánytalanul, mindenki számára magas színvonalú ellátást biztosítani.

A szülészeti gyakorlattal kapcsolatban a szerző azt írja, hogy új ellátási koncepciók megjelenése nem valószínű, de a meglévő módszerek tökéletesedni fognak. A kockázati tényezőkre irányuló gondozás miatt az eredmények jobbak lesznek. A magas rizikójú ter-

hesek perinatális centrumokban szülnek, míg az alacsony kockázatú várandósok szülészeti intézményekhez csatolt hotel jellegű részlegekben hozzák világra gyermeküket. Míg az elektív császármetszések gyakorisága várhatóan emelkedni fog, a szövődménymentes hüvelyi születeket egyre inkább szülésznők látják el. A regionális anesztézia aránya emelkedik, ugyanakkor az episiotomia gyakorisága jelentősen csökken. A szülészeti ellátás minőségét a medicinális mutatók mellett egyre jelentősebb mértékben a szülő nők és partnereik elégedettsége határozza meg. Az együttműködések száma minden valószínűség szerint tovább fog emelkedni.

Lampé László és Borsos Antal professzorok lehetővé tették, támogatták a családközpontú szülészeti gyakorlatnak a hazai megalapozását és elterjedését. Előremutató szemléletük valamennyi szülésorvos számára példaértékű lehet.

## Irodalom

- [1] *Marton I, és mtsai*: Együttműködés – férj a szülőszobában. *Orv Hetil.* 1985; 126: 1419.
- [2] *Dunn PM*. Dr Grantly Dick-Read (1890-1959) of Norfolk and natural childbirth. *Arch Dis Childh* 1994; 71: F145-F146.
- [3] *www.lamaze.org*: Healthy Birth Practices
- [4] *Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C*. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003.
- [5] *Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D*. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005.
- [6] *Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R*. Position in the second stage of labor for women without epidural anaesthesia (Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- [7] *Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N*. Early skin-to-skin contact for mother and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006.
- [8] *Szeverényi P, Kőrösi T, Lampé L*. Nyitott szülőszoba - férj jelenléte a szülőszobában. *Orv Hetil.* 1987; 128: 1677-1682.
- [9] *Szeverényi P*. Vater erlebt die Geburt: ändert sich das Sexualleben? *Sexualmed.* 1988; 17: 176-179.
- [10] *Szeverényi P, Hetey A-né*. A nemi kapcsolat változása együttműködés után. *Orv Hetil.* 1988; 129: 1975-1977.

- [11] *Szeverényi P, Forgács A, Hagymásy L.* Personality traits and the motivation to the partner's attendance at delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 10, Suppl.1 (1989) 170.
- [12] *Szeverényi P, Hetey A-né, Münnich Á, Kovácsné Török Zs, Forgács A.* Az együttszülés és a szorongás. *Orv Hetil.* 130 (1989) 783-788.
- [13] *Szeverényi P, Hetey A-né, Forgács A, Kovácsné Török Zs, Csiszár P, Bodnár B.* Felkészítés az együttszülésre. *Magy Nőorv L.* 53 (1990) 343-346.
- [14] *Szeverényi P.* Az együttszülés - különös tekintettel a motiváció személyiséglélektani összefüggéseire. Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1990.
- [15] *Szeverényi P, Forgács A.* A társas támasz szülészeti jelentősége. *Magy Nőorv L.* 1994; 57: 357-358.
- [16] *Szeverényi P, Póka R, Hetey M, Török Zs.* Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1998; 19: 38-43.
- [17] *Wöckel A, Abou-Dakn M, Kenntenich H, David M.* Väter im Kreißsaal - ein kritischer Überblick zum Stand der Forschung. *Geburtsh Frauenheilk* 2008; 68: 1154-1159.
- [18] *1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről.* (11§. A kapcsolattartás joga).
- [19] *Husslein P.* Der Kreißsaal im Jahr 2015. *Gynäkologe* 2008; 41: 694-700.

**Levelezés:**

Szeverényi Péter dr.

Debreceni Egyetem OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika  
4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.e-mail: [szepe@dote.hu](mailto:szepe@dote.hu)**HELYREIGAZÍTÁS**

1. A nyomdaváltás következtében előző számunk utószerkesztésekor sajnálatos módon szedési hiba keletkezett, amelyet jelen számunkban helyreigazítunk.  
A köszöntőben Dr. Ács Nándor pénztárnoknak fejeztük ki hálánkat az új formátumú megjelenés miatt. Dr. Langmár Zoltán neve téves sorrendben, később került a köszönetnyilvánításba.  
A mondat helyesen: „A véleményünk szerinti jobb megjelenés Dr. Langmár Zoltán és Dr. Ács Nándor pénztárnok kezdeményezését és aktivitását dicséri.”
2. 73. évfolyam 281-285. 2010. Prof. Dr. Bak Mihály : „Isthmus vagina cytologia a fertilitást megtartó abdominális radikális trachelectomia (ART) után” c. dolgozatánál a 3-as és 4-es ábra képe felcserélődött.  
A 3. ábra Lower uterin segment (LUS) képe valójában a 4. ábra  
A 4. ábra funkcionális endometrium pedig a 3. ábra.

**Az érintettektől elnézést kérünk.***a Szerkesztőség*