



Tóth János

Bioetika –
Az élet kezdetéhez kapcsolódó etikai kérdése –
Terhes anya autonómiája

Jelen tananyag a Szegedi Tudományegyetemen
készült az Európai Unió támogatásával.

Projekt azonosító: EFOP-3.4.3-16-2016-00014

6.3 Lecke. Terhes anya autonómiája

Vannak speciális helyzetben levő betegcsoportok – Kovács (2005 596) felsorolása szerint – terhes anyák, kísérleti alanyok, rákbetegek, krónikus betegek, elmebetegek, haldoklók. Ebben a leckében a terhes anyák korlátozott autonómiájára koncentrálok. A szülő autonómiáját esetenként a baba érdekeire való hivatkozással korlátozzák, miközben az valójában csak az orvos kényelmét és paternalista eljárását szolgálja. A terhesség és a szülés medikalizációja szintén korlátozza a páciens autonómiáját.

6.3.1 A terhes anya speciális helyzete

Elvileg a várandós anyát is megilletnek mindazok a jogok, amelyek más pácienseket, beleértve az autonómiájuk tiszteletét is. Másrészről a terhes nő autonómiáját – legalábbis a konzervatív és a mérsékelt felfogás szerint – korlátozza a magzat autonómiája. Ez praktikus azt jelenti, hogy a terhes anya autonómiája korlátozottabb jellegű, mint egy átlagos páciens autonómiája. Ez sem igazolhatja azonban a szülészeti osztályokon a paternalizmust, amelyre sokan felhívják a figyelmet.

Vitatott, hogy a várandósság és a szülés egy természetes folyamat vagy pedig egy patológikus állapot, amelyet gyógykezelnünk kell. A modern nyugati gyógyászat a terhességet és a szülést betegségként kezeli. Ezt a szemléletmódot jól jellemzi, hogy a várandós nő gyakran egy olyan tájékoztatást kap, amin az áll, hogy „betegségem: szülés, gyógykezelés: szülés levezetése”



Guggoló pozícióban szülő azték nő.
Forrás:

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/d/d7/Pre-Columbian_collection%2C_Dumbarton_OaksDSCF7954.JPG/800px-Pre-Columbian_collection%2C_Dumbarton_OaksDSCF7954.JPG

A „szülés levezetése” mint gyógykezelés több kérdést is felvett. Ezek közül a legfontosabb az, hogy ha az orvos vezeti a szülést, akkor nyilvánvalóan ő hozza a döntéseket. Ez a paternalista hozzáállás hogyan viszonyul a szülő nő teljes vagy korlátozott autonómiájához? **Az orvosi protokollok uralma mellett a szülészetben mekkora teret ad annak az ideának, hogy minden embernek személyre szabott ellátás jár? Ez a gyakorlat mennyire veszi figyelembe a terhes anyák jogait?**

A szülő nő autonómiáját elvileg csak az ő vagy a baba érdekeire való hivatkozással korlátozhatja az orvos és általában az egészségügy. „*A terhes anyának minden beavatkozás előtt joga van tudni, hogy az elsősorban az ő vagy inkább a magzata érdekében szükséges-e, illetve esetleg egy olyan választható beavatkozásról van szó, amelyet oktatási, kutatási, kényelmi vagy egyéb okból végeznek?*” (Kovács 2006 597) Ez az elv, a gyakorlat azonban gyakran más. Biztos, hogy az orvos minden esetben tájékoztatja az anyát, s ha igen akkor ez a tájékoztatás kiterjed a saját kényelmi szempontjaira is?

A szülő nőnek és a szülést segítő orvosnak is az elsődleges és általános érdeke az anya és a baba egészsége, ugyanakkor az anyának és az orvosnak is vannak speciális érdekei; az utóbbinak például a munkaidőben történő gyors szülés, továbbá a számára kényelmes szülési pozíció. Ha az orvos (szülést levezető csapat) úgy tudja megvalósítani az elsődleges céljait, hogy közben képes realizálni a speciális céljait, akkor törekedni fog erre. Ezt többek között a következő eszközök alkalmazásával érheti el: a szülési pozíció meghatározása, programozott vagy spontán császármetszés, oxitocin adása. Természetesen az orvos (orvosi team) akkor is a baba vagy az anya érdekeire hivatkozik, ha valódi motivációt a saját kényelmi szempontok jelentik; nem vitatva persze, hogy lehetnek olyan szituációk, amikor ezekre a beavatkozásokra az anya vagy a baba érdekében van szükség.

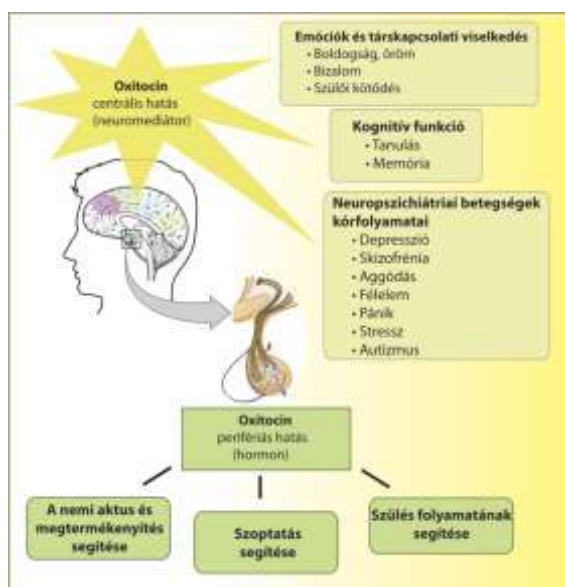
Az **alternatív szülészet** arra az előfeltevésre épül, hogy a terhesség és a szülés nem betegség, továbbá, hogy a gyereket a nő szüli meg, a szülésznek pedig segíteni kell őt figyelembe véve az anya és a baba szempontjait. Paradox módon a tradicionális szülészetben inkább jelen volt a szülő nőt segítő szemlélet, mint a modern szülészetben ahol az orvos vagy a személytelen protokoll átvette az irányítást és a döntést.

6.3.2 Szülészet medikalizációja

Az egészségügyben gyakran beszélnek medikalizációról, illetve túlzott medikalizációról. Mit jelent ez a fogalom? **A medikalizáció azt a folyamatot írja le, amelynek során a nem-medikális problémák medikálissá minősülnek. Ennek leggyakrabban idézett példája a hiperaktivitás (ADHD).** Ezt a betegségkategóriát olyan gyermekekre alkalmazzák, akik az iskolai órán nem

tudnak koncentrálni és kontrollálhatatlanul aktívak. Majdnem hét millió gyermeket diagnosztizáltak manapság e „betegséggel”, miközben a bírálók vitatják, hogy létezik-e ilyen kórkép? Továbbá, éles bírálatok érik a kezelés uralkodó módját is, jelesül a *Ritalin* nevű gyógyszert, amely nyugtató és „fókuszáló” hatással van a gyerekekre. Érdekes, hogy az USA-ban az ADHD gyerekek gyakoriságát 5-7%, addig Angliában csak 1%. Vajon nem arról van-e szó, hogy az agy kémiai zavarának bejelentése mögött a társadalmi intézmények – család, iskola – felelőségének elhárítása áll?

A szülészet medikalizációjának fontos részét jelenti azok az orvosi eljárások (szülési pozíció előírása, gátmetszés, oxitocin adása) amelyek alkalmazása a páciens szempontjából nem minden esetben szükséges.



Az oxitocin perifériás és centrális hatásainak összefoglaló ábrája. Forrás: https://hu.wikipedia.org/wiki/Oxitocin#/media/F%C3%A1jl:Oxitocin_1.png

A fentiekre jó példa a **szülési pozíció** megválasztásának a kérdése. A józan ész és az **autonómia elve** alapján azt várnánk, hogy a lehetséges szülési pozíciók között a szülő anya **szabadon választhat**. „A terhes anyának joga van arra, hogy az orvossal való megbeszélés alapján olyan vajúdási, illetve szülési testhelyzetet válasszon, amelyik a legkevésbé megterhelő maga vagy a magzata számára.” (Kovács 2006 597). Ezzel szemben a legtöbb kórházi protokoll előírja, hogy a nő csak és kizárólag a hátán fekvő, vagy 45 fokos szögben, feltett, kiszíjazott lábakkal szülhet. Ez egyszerű és szemléletes példája annak, hogy a szülészetet a mai napig áthatja a paternalizmus és tekintélyelvűség. Ráadásul ennek a szülési pozíciónak a kikényszerítése azon túl, hogy sérti a szülő nő autonómiáját és szabad választását, amúgy általában előnytelen is a szülés szempontjából. Az orvos számára viszont ez a szülési helyzet a legkényelmesebb.

Magyarországon elképesztően magas **gátmetszések** aránya, 78%. **A WHO adatai szerint ez a fajta beavatkozás csak**

az esetek 10% -ban elkerülhetetlenül szükséges. Ettől függetlenül a gátmetszés is számos szülészetben rutinszerű, kötelező, és az sem biztos, hogy a nőt a vágás előtt tájékoztatják annak elvégzéséről. Számos olyan visszajelzés, bejelentés, panasz érkezik a kórházakhoz, egyesületekhez, amiben a borzalmas és tragikus szülésélményeiket írják le az emberek: nem tájékoztatták őket a beavatkozások körülményeiről, azok mellékhatásairól, *nem kérték a beleegyezésüket azok elvégzéséhez.*

Általában a problémamentes szüléshez nem szükséges az oxitocin alkalmazása, mert a folyamat enélkül is lezajlik. **A vajúadás meggyorsítása érdekében gyakran adnak a páciensnek oxitocint pl. infúzióban, anélkül, hogy a szülőt tájékoztatták volna erről.** A hormon alkalmazása erősebbé és gyakoribbá teszi a méhizomzat intenzív összehúzódásait. Ezek optimális esetben 1,5–2 percenként jelentkeznek. Nagyobb farmakológiai dózis alkalmazásakor úgynevezett tónusos összehúzódás váltható ki, amelyet nem követ elernyedés.

Mint minden orvosi beavatkozásnak, így az oxitocin adásának is vannak kockázatai. A szülésnek megvan a maga természetes ritmusa, amit az oxitocin megzavar. Oxitocin adása leállítja az oxitocin termelését az agyban, amelynek pedig számos jótékony hatása van. A külsőleg adott oxitocin viszont nem tud bejutni az agyba a bér-agy gát miatt. Ezért ebben az esetben a szülő nőnek nagyobb fájdalmat él át. A feleslegesen beadott oxitocin megzavarhatja a baba-mama kötést és más lelki zavarokat is eredményezhet.

Olyan beavatkozások is gyakran előfordulnak, amelyeket az aktuális protokollok már kimondottan tiltanak. Ilyennek tekinthető a **Kristeller-műfogás/préselés**, amikor azaz tenyérrel, könyökkel nyomják az anya hasát. Ez a technika Spanyolországban és Angliában tilos, mert a szakértők szerint komoly károkat okozhat: a méhlepény leválása, a szülő nő máj- és lépsérülése, neurológiai károsodások a magzatnál, akár a magzat elhalálása. Ezért gyakran az eljárást nem is rögzítik a klinikai kartotékokban, és még gyakrabban mulasztják el a szülő nő hozzájárulását kérni, ami pedig kötelező lenne.

6.3.3 Császármetszés

Magyarországon rutinszerűen alkalmazzák a **császármetszést**, **vagyis azt hasi műtétet, amelynek során a szülész a méh megnyitásával segíti világra a születendő babát.** Természetesen vannak olyan esetek, amikor a császármetszés életmentő jellegű: *köldökszínór előreesés, elől tapadó méhlepény, placenta leválás, homloktartás, haránt vagy vállfekvés, szív megállás*, vannak azonban olyan helyzetek is, amikor a császármetszés alkalmazása vitatható. Tény, hogy a jól időzíthető és gyors császármetszés az egészségügy számára előnyösebb, mint a kiszámíthatatlan és lassú hüvelyi szülés.

Mint minden műtétnek így a császármetszésnek a kockázatait is a páciens viseli. A szokásos műtéti kockázatokon túl a császármetszés után maradt heg meggyöngíti a méh izomzatát, ami sohasem lesz olyan erős mint a természetes méh fal. A következő terhességek esetében ez hegsvétválást eredményezhet, amely egyaránt veszélyeztetheti a szülő nő és a magzat

életét. Minden egyes császármetszés emeli a komoly komplikációk arányát a szülés során.

Az amerikai szakorvosi szövetség szerint az alacsony kockázatú terhesség esetében a császármetszés nagyobb kockázattal jár, mint a hüvelyi szülés. A fejlett egészségüggyel rendelkező országokban a császármetszések esetén 100 ezer esetre 13 haláleset jut, míg vaginális szülésnél csak 3,5. Sürgősségi császármetszés esetén a szövődmények kockázata növekedik. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása szerint a műtétek aránya ne haladja meg a 10-15 százalékot.



Hét hetes császármetszéses heg (vízszintes vonal) egy 31 éves anyán. Forrás: https://en.wikipedia.org/wiki/Caesarean_section#/media/File:Cesarean_section_scar_and_line_a_nigra.JPG

Az utóbbi években hazánkban is megnőtt a császármetszések aránya. Az Eurostat 2017-es adatai szerint Magyarországon minden harmadik gyermeket császármetszéssel segítnek a világra. Az európai tagállamok közül Magyarországon az ötödik legmagasabb a császármetszések aránya: 37,3%. Nálunk rosszabb arány jellemzi Ciprust, ahol a szülések több mint fele zajlik műtéti úton, utána Románia (44,1 százalék), Bulgária (43,1 százalék) és Lengyelország (39,3 százalék) következik. A lista másik végén Finnország (16,5 százalék), Svédország (16,6 százalék), Észtország (19,4 százalék), Litvánia (19,4 százalék) és Franciaország (19,7 százalék) következik.

Miért ilyen magas Magyarországon a császármetszést alkalmazó szülések aránya? Nehezen elképzelhető, hogy

ennek csak egészségügyi indokai lennének. Ezek az adatok úgy is értelmezhetők, hogy azokban a balkáni és közép-európai országokban magas a császármetszések aránya, ahol nagy hagyománya van a paternalista gyógyításnak és szülészetnek és azokban az észak- és nyugat-európai országokban alacsony a császármetszések aránya, ahol nagyobb hagyománya van a páciens autonómiájának.

Természetesen az is előfordul, hogy az anya kéri a császármetszést. Ebben bizonyára szerepet játszik az is, hogy a szülő nő autonómiája eleve jelentős mértékben korlátozott. S ha a nő amúgy sem hozhat döntéseket a szülés során, akkor rövidtávon számára is jobb megoldásnak tűnhet a császármetszés. Ez azonban a fentebb említett kockázatokon túl azzal is jár, hogy a következő szülés esetében is császármetszésre kerül sor, ugyanis sok szülésorvos a korábbi császármetszésre hivatkozva ragaszkodik az újabb császármetszéshez, akár a szülő nő akarata ellenére.

(Tóth János, SZTE)

Kérdések

1. Minden beteg és páciens autonómiáját tisztelni kell. A szülő nő esetében hogyan érvényesül ez az autonómia?
2. Mit jelent medikalizáció?
3. Milyen indokolt és indokolatlan okai lehetnek a császármetszésnek?

Szakirodalom

Dr. Bánfalvi Attila: A szülés medikalizációja. *ElitMed.hu*. 2011. Augusztus 15.

Dr. Kovács József (2005): *A modern orvosi etikai alapjai*. Medicina. Budapest.

Quibit: Töretlenül nő a császármetszések aránya Magyarországon, már ötödikek vagyunk az EU-ban. *Quibit.hu*. 2019 02.18