



NEMZETKÖZI SZÜLÉSZETI KEZDEMÉNYEZÉS (ICI)

12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátásért



**A Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (International Childbirth Initiative, ICI)
konzultációs konszenzusos folyamat eredményeképp született, támogató és jóváhagyó
partnerszervezetek bevonásával.**

Nemzetközi Nőgyógyászati és Szülészeti Szövetség (FIGO)
Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Szervezet (IMBCO)
Fehér Szalag Szövetség a Biztonságos Anyaságért (WRA)
Nemzetközi Bábaszövetség (ICM)
Nemzetközi Gyermekgyógyászati Társaság (IPA)
Lamaze International
Nemzetközi Szülésfelkészítő Egyesület (ICEA)
Minden Anya Számít (Every Mother Counts)
Bumi Sehat Alapítvány
DONA International
Mercy in Action

ICI Ügyvezetői Csoport Elérhetőségek

André Lalonde

FIGO Kapcsolattartó és ICI Ügyvezető
Email: Alalonde1801@gmail.com
Tel: +1 613 804 1801
Skype: andre180143

Debra Pascali Bonaro

IMBCO Összekötő
Email: debrapascalibonaro@gmail.com
Tel: +1 201 851 101
Skype: debrapb

ICI Weboldal

www.internationalchildbirth.com

2018. szeptember



A magyar változatot a *Másállapotot a szülészetben!* mozgalom
önkéntesei készítették.

Fordították:

Dora Canavari
Hajdu Virág
Heckmann Ágnes
Iványi Anna
Dr. Kun Judit
Loboda Éva
Pasztorniczky-Taskovics Katalin
Schimcsig Nóra

Lektorálták:

Dr. Dweik Diána
Heckmann Ágnes
Keszthelyi Viktória
Dr. Kun Judit
Schimcsig Nóra

NEMZETKÖZI SZÜLÉSZETI KEZDEMÉNYEZÉS (ICI)

12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátásért¹

Bevezető

Háttér

2008-ban a Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Szervezet (IMBCO) kibocsátotta a *Nemzetközi AnyaBaba-barát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (IMBCI): 10 lépés az optimális anyaBaba-barát szülészeti szolgáltatásokért* című dokumentumot. Az IMBCI magában foglalta az Egyesült Államokban honos *Anyabarát Szülészeti Kezdeményezés (MFCI) Alapelvek és Lépések* fejezeteit, azokat világszintű alkalmazás céljára adaptálva (1). 2014-ben a Nemzetközi Nőgyógyászati és Szülészeti Szövetség (FIGO) az Egészségügyi Világszervezettel (WHO), a Nemzetközi Bábaszövetséggel (ICM), a Gyermekgyógyászok Nemzetközi Társaságával (IPA) és a Fehér Szalag Szövetséggel (WRA) együttműködésben kiadta az *Anya- és Bababarát Szülészeti Létesítményekre vonatkozó FIGO Irányelvek* című dokumentumot (2), amelyet a WHO/UNICEF Bababarát Kórház Kezdeményezése (BFHI) inspirált, filozófiai és etikai alapját pedig a Fehér Szalag Szövetség (WRA) *Tiszteletteljes szülészeti ellátás: a várandós nők egyetemes jogai* című alapokmánya képezi. 2018-ban az IMBCO és a FIGO egyesítette erőit kezdeményezéseinek összevonása érdekében. Egy elemzés feltárta, hogy jelentős átfedés van az Alapelvek, Feltételek és Lépések fejezeteiben, és azonosította a közös nevezőket, amelyek lefektették a jelenlegi dokumentum Alapelvek és Lépések fejezeteinek alapját. Ezen felül lefuttattak egy gyors keresést annak azonosítása és beépítése céljából, hogy mik a legújabb bizonyítékok és ismeretek az optimális anya- és újszülött egészségügyi ellátás építőköveit illetően. Az alap kezdeményezésekhez képest az ICI Lépések fejezete több pontot tartalmaz, nagyobb hangsúlyt fektet a jogokra és az ellátás minőségére, és reflektál az igényre, hogy az újszülöttet határozottabban vegye számításba.

Nők és csecsemők az emberi jogok középpontjában

Számos meghatározó nemzetközi emberi jogi dokumentum és okirat külön utalást tartalmaz a szülő nők jogaira (3-9). Különösen a Fehér Szalag Szövetség (WRA) *Tiszteletteljes szülészeti ellátás: a várandós nők egyetemes jogai* című alapokmánya mutatja meg, hogy az emberi jogok tágabb összefüggésében helye van az anyai egészséggel kapcsolatos jogoknak. Az alapokmány a szülészeti szolgáltatásokat igénybe vevő nők ellátásának személyközi vonatkozásaira fókuszál, és felhívja a figyelmet arra, hogy egyre több bizonyíték támasztja alá a tisztelet hiányát és a bántalmazó viselkedést a szolgáltatások igénybevétele során (10). Több figyelmet szenteltek továbbá az újszülöttek által elszenvedett tisztelet hiány és bántalmazó viselkedés azonosításának és definiálásának, mivel a bizonyítékok szerint mind a születésük utáni közvetlen, mind a későbbi időszakban előfordul, hogy a kisbabák rossz bánásmódban részesülnek (11).

1: A szülészeti ellátás fogalma magában foglalja az ellátások teljes körét, amit egészségügyi ellátók nyújtanak nőknek és babáknak a várandósság, a szülés-születés és az azt követő időszak során.

Az ICI továbbá elismeri az újszülöttek és csecsemők jogait, ahogyan az az *Állásfoglalás a csecsemők jogairól* című dokumentumban meg van fogalmazva (12), megerősítve a csecsemők különleges jogait, a korábbi ENSZ-egyezményekben valamint az azt követő *Általános megjegyzés a gyermekek emberi jogairól* című ENSZ-dokumentumban foglaltakon túl is (13,14). Ez a nyilatkozat felhívja a figyelmet a gyermek sajátos szükségleteire és jogaira az élet első éveiben, amelyek az élethosszig tartó mentális és fizikai egészség megteremtéséhez szükségesek.

Az ICI jövőképe a szülészeti ellátás minőségéről

Az ICI integrálta az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó jelenlegi gondolkodást harmóniában azzal, hogy megváltozott az ellátás minőségének definíciója, illetve annak meghatározása, hogy az egészségügyi rendszerek hogyan tudják azt a legjobban nyújtani. Az egészségbiztonság és az egyetemes hozzáférés biztosítására irányuló általános egészségbiztosítás (UHC) a Fenntartható Fejlődési Célok (SDG) egyik fontos globális célkitűzése. A három globális intézmény – az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és a Világbank-csoport – a *Minőségi egészségügyi szolgáltatások nyújtása: az egyetemes egészségügyi ellátás globális szükségszerűsége* című dokumentumában kijelenti, hogy a minőségi ellátás adja az egyetemes egészségügyi ellátás alapját, ahhoz nélkülözhetetlen, továbbá a minőségi egészségügyi ellátást hatékony, biztonságos és az ellátott emberek és közösségek preferenciáival és igényeivel összhangban álló szolgáltatásként definiálja (15).

Ugyanez igaz a szülészeti ellátás minőségére is. Bár világszerte növekszik azoknak a szüléseknek a száma, amelyek képzett segítők támogatásával zajlanak (elsősorban az intézményi szülés gyakoribbá válásának következtében), még mindig sok nő, magzat és baba hal meg, vagy szerez életre szóló fogyatékoságot az ellátás rossz minőségének következtében – annak ellenére, hogy eljutott a szülészeti intézménybe. A *Globális stratégia a nők, gyermekek és serdülők egészségéért* szerint a szülészeti szolgáltatásoknak átalakuláson kell keresztülmenniük a minőségi ellátás biztosítása érdekében, gondoskodva a nők, csecsemők és családok szülés utáni megerősödéséről és túléléséről (16).

Az ICI összhangban van három fontos kiadvánnyal, amelyek a szülészeti ellátás minőségének ügyét az egészségügyi rendszert és intézményeket érintő kérdésként kezelik.

A *Tervezet a magas színvonalú szülészeti ellátás elősegítésére az élettani várandósságon és szülésen keresztül* azokra a bizonyítékokra épül, amelyek alátámasztják a hormonálisan vezérelt, élettani perinatális folyamatok támogatásának az anyára és az újszülöttre gyakorolt rövid- és hosszútávú jótékony hatásait (17). Ez a *Tervezet* hatékony utat jelöl ki az egészséges élettani folyamatok lehetőség szerinti elősegítésének irányába, ami megelőző megközelítésként szolgál a várandós/ szülő nők, illetve újszülöttjeik egészsége és biztonsága érdekében. Ezzel a *Tervezet* arra fókuszál, hogy az egészségügyi rendszerek magas minőségű ellátás nyújtására álljanak át, illetve hogy bőlcsebb ráfordítások árán javítsák az egészségügyi kimenetelt és az élményeket (18). A WHO *Standardok az anyai és újszülött ellátás minőségének javítására az egészségügyi intézményekben* című dokumentuma elismeri, hogy egy ilyen javulás fontos pont a megelőzhető anyai és újszülött halálozások és megbetegedések megszüntetésében. Ezek a *Standardok* két, egymással összekapcsolódó dimenzióban definiálják a minőségi ellátást, – mégpedig az ellátás tartalma és a nyújtott ellátással kapcsolatos tapasztalat – olyan keretben, amely az anyák és az újszülöttek szülés-születés körüli ellátásának minőségi javítására irányul (19). Ennek a keretnek egy módosított változata, a *Standardok a gyermek- és fiatal serdülő-ellátás minőségének javításáért az egészségügyi intézményekben* című WHO-dokumentum, a gyermekgyógyászati ellátás minőségével foglalkozik, elismerve, hogy a gyermekek egészséget érintő, fizikai, pszichoszociális, fejlődési, kommunikációs és kulturális szükségletei eltérnek a felnőttekétől (20).

Számos fontos közzétett irányelv magáévá teszi ezt a tágabb koncepciót arról, mit is jelent a jó minőségű szülészeti ellátás. Az ICI igazodik a WHO *Pozitív várandóssági élményt célzó várandósgondozás* (21) és *Pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátás* (22) című dokumentumaiban megfogalmazott ajánlásaihoz, amelyek mindegyike hangsúlyozza az anyák, a babák és a családok szükségleteinek kielégítését (23). A koragyermekkori fejlődésről alkotott képünk megváltozása nyilvánvalóvá tette az anya és az újszülött egészsége közötti összefüggést. A várandós nőekkel, fiatal gyermekekkel és családjaikkal meglévő kiterjedt kapcsolatuk révén a szülészeti szolgáltatók minden környezetben képesek támogatni a koragyermekkori fejlődést, lehetővé téve azoknak az intézkedéseknek a bevezetését, amelyek erősítik a családi kötődést, továbbá a fizikai és kognitív fejlődést a fogantatás előtti időszakról a gyermek életének első ezer napján át (24-26). A *Gondoskodó ellátás a koragyermekkori fejlődésért* kerete felvázol egy cselekvési ütemtervet, amely a szülészeti ellátást nyújtó szolgáltatók szerepére vonatkozik a várandósságot megelőző időktől a szülés utáni időszakig (27).

Az ICI a kulturálisan érzékeny és kulturális szempontból biztonságos szülészeti szolgáltatások elképzeléseire támaszkodik, magában foglalva a WHO ajánlását, amely támogatja a kulturálisan megfelelő szülészeti ellátást nyújtó szolgáltatásokat az anyák és az újszülöttek egészségének javítása céljából (28). A *Kezdeményezés* ezen felül azzal a négy kulcsfontosságú témával is foglalkozik, amelyek a kulturális szempontból megfelelő szülészeti szolgáltatások megvalósításának későbbi kutatásából emelkedtek ki: hozzáférhetőség; közösségi részvétel; személyközpontú, tiszteletteljes ellátás és a szülészeti szolgáltatások kohéziója végig az ellátás kontinuumán (29). Ezenkívül az ICI beépítette a *kulturális biztonság* fogalmát, amelyben az a legfontosabb szemléletváltás az, hogy a különbségeket figyelmen kívül hagyó ellátást felváltja a személyek egyedi szükségleteit szem előtt tartó gondozás. Ehhez az egészségi ellátást nyújtóknak folyamatos önreflexióra és kulturális öntudatosságra kell törekedniük, és fel kell ismerniük, hogy személyes kultúrájuk milyen hatással van arra, ahogyan az ellátást nyújtják (30).

Az ICI elismeri az *öngondozásban* rejlő lehetőséget is az anyák, újszülöttek és gyermekek egészségének javítása szempontjából, az *Öngondozás: költséghatékony megoldás mindenki számára az anyák, újszülöttek és gyermekek egészségéért* című dokumentumban leírtak szerint, és támogatja az öngondozás beépítését a szülészeti szolgáltatásokba (31). Ez a megközelítés összhangban van azon ICI lépésekkel, amelyek elősegítik, hogy a nők ne passzív befogadói, hanem aktív résztvevői legyenek az ellátásnak, felvértezve tudással, készségekkel és önbizalommal ahhoz, hogy egészségesen hordják ki várandósságukat, megelőzzék a szövődményeket, felismerjék a vészhelyzeteket, valamint megvédjék saját és gyermekeik jogait.

Az AnyaBaba-Család² Szülészeti Ellátás modellje

Az ICI elismeri és örömmel fogadja az ellátási modellek jelenleg zajló fejlődését, melynek során a hagyományos orvosi ellátási modellt olyan értékalapú modell váltja fel, amely a szolgáltató és a felhasználó közötti partneri viszonyon alapul, és amelyben az ellátás igénybevevőjének egészséggel kapcsolatos szükségletei és elvárásai, továbbá a kívánt egészség-kimenetel határozzák meg a döntéshozatalt és a minőségi méréseket (32-34). Ez különösen érvényes az anyák és újszülöttek ellátására a nőközpontú ellátás vonatkozásában, ahol természetes kapcsolódás van az ellátások teljes palettájához, melyet bábák/szülésznők és más anyát és újszülöttet ellátó egészségügyi dolgozók nyújtanak (35-37).

2: Az AnyaBaba-Család egy olyan szerves egységre utal, a fogantatás előttől, a várandósságon, szülésen és csecsemőkori át, melynek tagjai befolyásolják egymás egészségét. E triádon belül az AnyaBaba diád központi jelentőségű, mivel egyikük ellátása alapvető hatással van a másikra.

Ezek a modellek átfedésben vannak az alapelveiket és a céljaikat illetően, és elsősorban abban térnek el a hangsúlyok, hogy ki az ellátás igénybevevője (nő, újszülött, gyermek, személy, kliens, páciens, család stb.). Az *igénybevevő-központú* ellátás fogalmát nagyszámú szülészeti-egészségügyi ellátást nyújtó szakembert képviselő nemzetközi szervezet központi állásfoglalása tartalmazza, köztük a bábaké/szülésznőké (38), a szülészeké (39), a gyermekorvosoké (40) és a családorvosoké (41).

Az ICI úgy döntött, hogy az AnyaBaba-Család egységet² helyezi alanyként az ellátás nyújtásának középpontjába. Ezt a modellt a kanadai *Családközpontú szülészeti és újszülöttellátás: nemzeti irányelvek* című dokumentum inspirálta, illetve annak adaptációjaként jött létre. A kanadai irányelv kimondja, hogy ez az ellátási modell egy összetett, többdimenziós és dinamikus folyamat a biztonságos, szakértő és egyénre szabott ellátás biztosítására, amely válaszkész a nő, az újszülött és a család fizikai, érzelmi, pszichoszociális és spirituális szükségleteire (42).

Ezenkívül az itt bemutatott AnyaBaba-Család ellátási modell tükrözi számos más releváns ellátási modell definícióit és elveit, többek között:

- ◆ *Családközpontú ellátás*: Az Intézet a Páciens- és Családközpontú Ellátásért az egészségügyi ellátás tervezésének, megvalósításának és értékelésének olyan megközelítését támogatja, amely a szolgáltatást nyújtók, páciensek és családok közötti kölcsönösen előnyös partneri viszonyon alapul; célja az egyének és családok egészségének és jóllétének javítása; továbbá, hogy felhatalmazza őket arra, hogy kézbe vegyék a saját egészségügyi ellátásukkal kapcsolatos döntéshozatalt. Ezenfelül ez a megközelítés elismeri, hogy a páciensek és családok alapvetően fontos szövetségesek a közvetlen ellátási interakciók minőségének és biztonságának tekintetében, valamint a minőség javításában, az egészségügyi szakemberek oktatásában, a létesítmények tervezésében és az irányelvek fejlesztésében (43). A szülészeket és gyermekorvosokat képviselő nemzetközi szervezetek azonosulnak ezzel az ellátási modellel.
- ◆ *Személyközpontú ellátási keretrendszer az egyenlőségért a reprodukív egészség terén*: Ezt a keretrendszert azokra a globális egyenlőtlenségekre válaszul fejlesztették ki, amelyek az anyai, újszülött és reprodukív egészség terén mutatkoznak, felismerve, hogy az emberek egyenlő, biztonságos és tiszteletteljes ellátás iránti jogainak és igényeinek globális egészségügyi prioritásnak kell lenniük, középpontban az anyák és újszülöttek egészségügyi ellátásának minőségfejlesztésével. Ez a modell olyan reprodukív egészségügyi ellátásért száll síkra, amely tisztelettel és érzékenységgel fordul az egyes nők és családjuk preferenciái, igényei és értékei felé, valamint biztosítja, hogy az ő értékrendjük vezérli az összes klinikai döntést (44).
- ◆ *A bábai/szülésznői gondozás filozófiája és modellje*: Ez a Nemzetközi Bábaszövetség (ICM) által kifejlesztett filozófia és modell a nőekkel való partneri viszonyon alapul, elismerve az önrendelkezéshez és a tiszteletteljes, személyre szabott ellátáshoz való jogukat. Az ellátás holisztikus és a nők szociális, érzelmi, kulturális, spirituális, pszichológiai és fizikai tapasztalatainak megértésén alapul. Az ICM modell a várandósságra és a szülésre úgy tekint, mint általában normális élettani folyamatokra, amelyek meghatározó jelentőséget hordoznak a nő, a családja és a közössége számára (45).

- ◆ *A baba/szülésznő tevékenységi köre és a minőségi anya és újszülött egészség keretrendszerre:* A Lancet bábáságról megjelent sorozata kidolgozott egy keretrendszert a minőségi anya és újszülött ellátás számára, amelyet később felhasználtak a bizonyítékok elemzésének rendszerzésére, és a bábai, illetve szülésznői tevékenység hatáskörének meghatározására. Az eredmények azt mutatták, hogy a bábai/szülésznői tevékenységek körébe tartozó eljárásokkal javítható a kimenetel, beleértve a nők és a csecsemők túlélését, egészségi állapotát és jóllétét. Ez a tanulmány továbbá megmutatta a bábai, illetve szülésznői tevékenységi kör jelentőségét a reprodukció és a korai életkezdet normális élettani folyamatainak optimalizálásában, valamint a nők azon képességeinek erősítésében, melyek segítik, hogy gondoskodni tudjanak magukról és családjukról (46).

Egyre több bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy az AnyaBaba-Család ellátási modell és a bábai/szülésznői tevékenységi kör integrálása az az erős alap, amelyen a biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátás nyugszik. A bábai/szülésznői tevékenységi kör a bábai/szülésznői szülészeti ellátást nyújtó szakemberektől ered, és elismeri, hogy az okleveles, elméleti és gyakorlati oktatásban is részesült, engedéllyel rendelkező, szabályozottan, és az egészségügyi ellátó rendszerbe ágyazottan működő bábai/szülésznői munkaerő a legjobb lehetőség a legtöbb nő számára a gyermekvállalás egész folyamata alatt. Még ha a bábák/szülésznők hiányoznak is, ezt a gyakorlatot részben vagy egészben más szülészeti egészségügyi szakemberek is nyújthatják. Szülészek, gyermekorvosok és ápolónők biztosíthatják a megszakítás nélküli, minőségi ellátást akár mint meghatározott kompetenciájú, anyát-újszülöttet ellátó egészségügyi szakemberek, akár olyan csapat részeként, amelynek tagjai együttesen rendelkeznek ugyanezen kompetenciákkal (47). Az AnyaBaba-Család szülészeti ellátási modell bármely környezetben alkalmazható – otthon, születésközponban, rendelőintézetben és kórházban –, valamint a szülészeti ellátás egész folyamatában, beleértve a szülészeti vagy újszülöttkori vészhelyzeteket is.

Az AnyaBaba-Család szülészeti ellátás modellje a következő ismérveken alapul:

- ◆ A fogantatástól két éves korig tartó időszak egyedülálló lehetőséget kínál a szülők és az ellátók számára, hogy lefektessék az életre szóló testi-lelki egészség és jóllét alapjait, pozitívan befolyásolva a jövő generációk életét.
- ◆ A várandósság, a vajúdás és a szülés egészséges, fiziológiás folyamat, és meghatározó életeseemény a legtöbb nő és családja számára – melynek hasznára válik a bábai/szülésznői tevékenységi kör és filozófia.
- ◆ A multidiszciplináris képzés és a csapatmunka – amely kommunikációt, együttműködést, konzultációt és továbbírányítást foglal magában – elengedhetetlen a nők és a babák optimális ellátásához, különösen azokban az esetekben, ahol szülészeti-újszülött kockázat áll fenn, ill. ahol ilyen szövődmény lép fel.
- ◆ A szülészeti ellátásnak támogatónak, személyre szabottnak és értékalapúnak kell lennie, melyben a szülészeti egészségügyi szakemberei és az AnyaBaba-Család partnerként tekintenek egymásra.
- ◆ Minden egészségügyi ellátást nyújtó személynek, akivel a nő találkozik a gyermekvárás, a szülés és a gyermekágyas időszak során, figyelembe kell vennie a nő és családja elképzeléseit, valamint az egészséggel kapcsolatos tudást és ismereteket kulturálisan biztonságos és érzékeny módon kell feléjük kommunikálnia, számukra érthető nyelvezettel.
- ◆ A döntéshozatal folyamata a várandós nő, a család és az egészségügyi ellátást nyújtók együttműködésén kell, hogy alapuljon; a legtöbb esetben a nő kell legyen a legvégső döntéshozó.

- ◆ Az irányelvek, az oktatás és a gyakorlat modern, bizonyítékokon alapuló tudást kell, hogy tükrözzenek.
- ◆ Az anyák és a babák maradjanak együtt szülés után, amikor csak lehetséges.

Az *ICI Alapelvek és a Biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátás 12 lépése* teljes mértékben magukban foglalják a fenti AnyaBaba-Család szülészeti ellátási modellt.

ICI – A jövő

Az alapító szervezetek és a támogató partner-szervezetek meggyőződése szerint ez a kezdeményezés világos Lépéseket kínál, melyek együttesen mintát nyújtanak a biztonságos és tiszteletteljes anyai egészség gondozás megvalósításához, bármilyen működési környezetben. A Lépések egyúttal más szervezeteket és kezdeményezéseket is ösztönöznek a csatlakozásra, széleskörű és világméretű együttműködést hozva létre az AnyaBaba-Család egység hasznára való szülészeti ellátás megteremtésében. Az *ICI: 12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátásért* világszerte inspirálni fogja az anyát érintő egészségügyi ellátó rendszereket, a döntéshozókat, a vezetőket és az ellátást nyújtókat, hogy felülvizsgálják, átdolgozzák, és kiértékeljék a nők, anyák, babák és családok számára nyújtott szülészeti ellátást.

Az ICI Alapelvei

A következő Alapelvek képezik a *Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés (ICI): 12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátásért* kiindulópontját. Ezek az Elvek tükrözik az alapító kezdeményezések egységesített elképzeléseit és alapelveit, összefoglalva az AnyaBaba-Család ellátási modell jellegzetességeit, továbbá összhangban vannak a releváns nemzetközi ajánlásokkal és a legújabb kutatási eredményekkel.

A jogok és az ellátáshoz való hozzáférés védelme

- ◆ A nők jogai és a gyermekjogok emberi jogok, melyeket minden környezetben és minden körülmények között biztosítani kell, beleértve a humanitárius krízissel vagy háborús konfliktussal terhelt helyzeteket is. Minden nőnek és újszülöttnak, háttértől, társadalmi helyzettől, iskolázottságtól, állampolgárságtól, kortól és egészségi állapottól függetlenül, joga van a személyzettel és felszereléssel megfelelően ellátott, ingyenes vagy méltányos árú anyát és újszülöttet érintő egészségügyi szolgáltatásokhoz, amelyekben képzett szaksegítők nyújtanak minőségi ellátást. Az alapvető ellátási szolgáltatásokhoz való elégtelen hozzáféréstől vagy alacsony színvonalú ellátásból adódó magasabb arányú anyai és újszülötthalálozás, illetve betegségek elfogadhatatlanok.

A tiszteletteljes szülészeti ellátás biztosítása

- ◆ A tisztelet, a figyelmesség és az együttérzés legyen a szülészeti ellátás alapja minden anya és újszülött számára; minden esetben, még komplikációk esetén is.
- ◆ Minden AnyaBabát védeni kell a tiszteletet nélkülöző vagy erőszakos gyakorlat minden formájától; csakúgy, mint a magánszférához való jog megsértésétől.

Az AnyaBaba-Család hármasságának védelme

- ◆ Az *AnyaBaba-Család* elnevezés egy szerves egységre utal a fogantatást megelőző időszakban, a várandósság és a szülés alatt, illetve csecsemőkorban, melynek szereplői kölcsönösen befolyásolják egymás egészségét. Ezen a hármason belül az AnyaBaba kettőse egy egységként kezelendő, mivel egyikőjük ellátása jelentős hatással van a másikra. A *Család* bevonása ebbe az egységbe a férj, a partner, a szociális háló és/vagy közösség fontosságát fejezi ki, amelyben a gyermek fogam, születik és nevelkedik; továbbá azt hivatott hangsúlyozni, hogy az anya ellátásához kapcsolódó tevékenységeknek és rendszereknek az AnyaBaba-Család hármasság igényeit kell kielégítenie ahhoz, hogy teljes mértékben kimerítse a biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátás fogalmát.
- ◆ Az AnyaBaba-Családot a szülészeti ellátás teljes időszaka alatt a folyamat aktív részeseként kell kezelni, közös döntéshozatalra törekedve, melyben a végleges döntéshozó az anya.

A jóllét támogatása, a betegségek és szövődmények megelőzése, valamint a sürgősségi továbbirányítás és ellátás időben történő biztosítása

- ◆ A várandósság, vajúdas, szülés és szoptatás a legtöbb esetben normális és egészséges, fiziológias folyamatok, amelyek támogató ellátást és szakképzett figyelmet igényelnek.
- ◆ Számos, a várandóssággal kapcsolatos és az újszülöttnél jelentkező szövődmény előfordulása megelőzhető vagy csökkenthető a szülészeti alapellátás során és olyan közegészségügyi intézkedések megtételével, melyek a betegségmegelőzést és a jóllétet segítik elő.
- ◆ A hozzáférhető, megfelelő és hatékony anyai és újszülött sürgősségi ellátás elengedhetetlen az anyai és újszülöttkori megbetegedési és halálozási arány csökkentéséhez.

A nők önrendelkezésének és döntéseinek támogatása a pozitív szülésélmény elősegítésére

- ◆ A támogató ellátás folyamatossága és az anya kulturális, vallási, valamint egyéni meggyőződéseinek és értékrendjének figyelembevétele csökkenti a pszichológiai trauma kockázatát, valamint erősíti a nők ellátóikba és a várandóssággal-szüléssel kapcsolatos tapasztalataikba vetett bizalmát, illetve növeli a hajlandóságukat arra, hogy az ellátást elfogadják, és a jövőben is keressék.
- ◆ Minden nőnek, beleértve azokat is, akiknél komplikációk lépnek fel, teljes körű, pontos és elfogulatlan tájékoztatást kell kapnia. A tájékoztatásnak a legjobb bizonyítékokon kell alapulnia a szülészeti és újszülöttet érintő beavatkozások és azok alternatíváinak lehetséges ártalmairól és előnyös hatásairól, hogy ennek birtokában a nők tájékozott döntést hozhassanak saját maguk és babájuk ellátásával kapcsolatban. A döntés tájékozott meghozatalához nagymértékben hozzájárul a bizonyítékokon alapuló, szülés előtti oktatás elérhetősége, amely a nőket és kísérőiket felkészíti erre.
- ◆ A nőknek a választási lehetőségek teljes körét biztosítani kell a szülészeti ellátás minden tekintetében, beleértve a születés helyének a kockázatok szempontjából megfelelő kiválasztását.
- ◆ Normál, alacsony kockázatú várandósság esetén a nők biztonságosan szülhetnek orvosi létesítményeken kívül, tehát rendelőintézetekben, szülésközpontokban vagy otthon, amennyiben szaksegítség és hatékony továbbirányítási-rendszer áll rendelkezésre.

Egészséges és pozitív környezet biztosítása a szüléshez: Az ellátást nyújtók és az egészségügyi rendszerek kötelezettségei

- ◆ A várandósság, a szülés és a gyermekágyi időszak folyamán alkalmazott eljárások fiziológiai és pszichológiai hatással vannak az AnyaBaba-Családra. A nő önbizalmát és képességét az egészséges várandósságra, szülésre, valamint a szoptatásra és az újszülött ellátására jelentősen befolyásolják a szülés körülményei, melyet minden ellátásában részt vevő személlyel való találkozása erősíthet vagy gyengíthet.

- ◆ A gondoskodó és támogató légkör kialakítása, az anya meghallgatása, az önkifejezésre való biztatása, és az egyenrangú kommunikáció biztosítása olyan nyelven, melyet az anya ért, az egyénre szabott ellátás elérése érdekében, mind létfontosságú szempontjai a kulturálisan biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátásnak.
- ◆ Az ellátást nyújtók egyénileg és kollektíven felelősek az ellátás nyújtásának minőségéért az anya, baba, család, közösség és az egészségügyi ellátórendszer irányába. Az AnyaBaba-Család szükségletei előnyt kell, hogy élvezzenek az ellátást nyújtók és az intézmények igényeivel szemben.
- ◆ Az egészségügyi rendszerek egyformán felelősek olyan biztonságos környezet kialakításáért, mely a szolgáltatást nyújtók igényeit is számításba veszi. A képzett ellátókat az elégséges infrastruktúra biztosításával támogatni kell abban, hogy optimális ellátást nyújthassanak. Ennek részei a megfelelő készletek, berendezések és személyzet, a felettesektől elszenvedett rossz bánásmód vagy bántalmazás hiánya, illetve a tőlük jövő biztatás és támogatás megléte.

Bizonyítékokon alapuló megközelítés használata az anyai egészséghez kapcsolódó szolgáltatások terén az AnyaBaba-Család ellátási modell alapján

- ◆ Az anya és az újszülött egészsége szempontjából előnyös az ellátás bizonyítékokon alapuló megközelítése. Minden AnyaBabát meg kell védeni a szükségtelen és potenciálisan káros beavatkozásokról, gyakorlatokról és eljárásokról, valamint az orvosi technológia túlzott, vagy elégtelen mértékű használatától.
- ◆ A biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátás alapja az érték-alapú ellátási modellek kombinációja, melyek az egészséggel kapcsolatos szükségletek és elvárások által vezéreltek, a nőekkel való partneri viszonyon alapulnak, és hozzájárulnak a szülés-születés normál bio-pszicho-szociális folyamatainak és az egészséggel kapcsolatos kimenetelnek az optimalizálásához.
- ◆ Az AnyaBaba-Család ellátási modellt minden az anyát és újszülöttet ellátó szakember gyakorolhatja bármely helyszínen, az ellátás nyújtásának bármely szintjén, valamint szülészeti és újszülött komplikációk és vészhelyzetek esetén is.

Az ICI 12 lépés a Biztonságos és Tiszteletteljes AnyaBaba-Család Szülészeti Ellátásért

Az ICI 12 pontja a fent felsorolt Alapelveken és a legjobb rendelkezésre álló, a szülészeti ellátás nyújtásának biztonságosságával és hatékonyságával kapcsolatos bizonyítékokon nyugszik. A *biztonságos szülészeti ellátás* annak biztosítását jelenti, hogy az ellátás, amelyben a nő részesül, segít fizikailag és lelkileg biztonságban éreznie magát, lehetővé téve a pozitív szülésélményt. A *biztonságos szülészeti ellátás* ezen kívül bizonyítékokon alapuló eljárásokat tartalmaz, melyek minimalizálják a hibázás és az ártalom lehetőségét, és támogatják a vajúadás és szülés normális életét. A *biztonságos szülészeti ellátás* hozzájárul a várt előnyök eléréséhez, és megfelel az AnyaBaba-Család igényeinek. A *tiszteletteljes szülészeti ellátás* inkluzív, diszkriminációtól mentes, hozzáférhető, megfizethető és elfogadható ellátás, amely biztosítja a méltóságot, együttérzést és a magánélet tiszteletben tartását az AnyaBaba-Család számára.

A *biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátás* mérhető. A 12 lépés mindegyikéhez néhány alapvető teljesítménymutató került kidolgozásra, melyek bármilyen környezetben használhatók az ICI megvalósulásának monitorozására és értékelésére.

Várhatóan ezek tovább lesznek fejlesztve releváns és mérhető célkitűzésekkel, és a helyi szükségletekhez lesznek igazítva.

A következő részben olvasható a 12 lépés (teljes terjedelmű változata), a vonatkozó mutatókkal.

A 12 LÉPÉS A BIZTONSÁGOS ÉS TISZTELETTELJES ANYABABA-CSALÁD SZÜLÉSZETI ELLÁTÁSÉRT

és a vonatkozó teljesítménymutatók

A Biztonságos és Tiszteletteljes AnyaBaba-Család Szülészeti Szolgáltatók **kifüggesztik az ICI 12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes anyababa-család szülészeti ellátásért** című irányelvét, ezen felül írásos protokollokkal rendelkeznek, amelyek megvalósulnak az oktatásban és a gyakorlatban, továbbá elérhetőek a felülvizsgálat számára, és megkövetelik, hogy az anyai és újszülött egészségügyi szolgáltatás és az egészségügyi ellátók a következő lépéseket tegyék:

1. lépés **Tisztelet, méltóság és tájékozott választás biztosítása**

Minden nőt és újszülöttet tisztelettel és méltósággal kell kezelni, a nőnek és családjának teljes körű tájékoztatást adva az őt és a babáját érintő ellátással kapcsolatos döntéshozatal során. Mindezt kulturális szempontból biztonságos és érzékeny kommunikációval kell elérni, amely biztosítja a nő tájékozott beleegyezéséhez és az ellátás visszautasításához való jogát. Az ellátásba be kell, hogy épüljön a jogokon alapuló megközelítés, megelőzve ezzel a marginalizálódott és társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű személyek kirekesztését és bántalmazását, beleértve a HIV-pozitív nők, és a szülés körüli veszteséget elszenvedő nők védelmét. Soha, semmilyen körülmények között nem megengedett a nők, újszülöttjük és családjuk fizikai, verbális vagy érzelmi bántalmazása.

Mutatók

- 1. A panaszok kezelésére visszajelző mechanizmusok állnak rendelkezésre (pl. panasz-doboz).*
- 2. A panaszkezelés folyamata meg van határozva, és elérhető az anyák és családjuk számára.*
- 3. A Tiszteletteljes Szülészeti Ellátás: A Szülő Nők Egyetemes Jogai (Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women) elnevezésű charta ki van függesztve.*
- 4. Helyi megfigyelők tanúskodnak a tiszteletteljes bánásmódról.*
- 5. A nők által kitöltött kérdőívek és/vagy a velük készült interjúk alátámasztják ennek a lépésnek a betartását.*

2. lépés **Az ellátás legyen ingyenes vagy megfizethető és átláthatóan képzett áron biztosított**

Tiszteletben kell tartani minden nő jogát ahhoz, hogy a gyermekvárás teljes időszaka során megkülönböztetés-mentes és ingyenes vagy megfizethető árú ellátáshoz férhessen hozzá, illetve abban részesülhessen. A családokat tájékoztatni kell, hogy milyen díjakra és költségekre számíthatnak, ha vannak ilyenek, és hogyan tervezhetik ezen szolgáltatások kifizetését.

A szülésfelkészítés, valamint a várandóssággal, szüléssel és a gyermekágygal kapcsolatos gondozás költségei legyenek megismerhetőek és átláthatóak, valamint legyenek összhangban a nemzeti irányelvekkel. Komplikációk esetére alkalmazzák a kockázatmegosztás elvét (ne kelljen extra díjat fizetni a császármetszésért vagy egyéb szövődmények fellépése esetén). Legyen tilos a csúszópénz, és ennek a szabálynak a betartatása rutinszerűen valósuljon meg. Semmilyen körülmények között sem utasítható vissza egy nő vagy egy baba ellátása, vagy akadályozható meg a távozásuk a fizetés elmaradása miatt.

Mutatók

- 1. Nem fordul elő olyan eset, hogy nők, újszülöttek vagy csecsemők ellátását a fizetés-képtelenségük miatt visszautasítják, vagy az ellátást követően a távozásukat megakadályozzák.*
- 2. A nők körében végzett felmérések és személyes beszámolók alapján a nőktől kért díjak megegyeznek az előzetesen ismertetett díjakkal, illetve nem kértek/követeltek tőlük semmilyen további költségtérítést vagy természetbeni juttatást.*
- 3. A poszterek és táblák – amelyek minden vonatkozó költséget közérthető formában ismertetnek a családok számára - jól láthatóan vannak elhelyezve a szülészetek, szülőszobák bejáratánál illetve a pénztárnál/távozáskor. Ezek a táblák bemutatják azt is, hogy a páciensek illetve családok milyen módon tudják a költségtérítési szabályzattól való eltérést és/vagy csúszópénz kérését jelenteni.*

3. lépés **Az AnyaBaba-Család szülészeti ellátás biztosítása rutinszerű legyen**

Legyen érték- és partnerség-alapú az ellátás, mely bizonyítékokon alapuló gyakorlatba ágyazott, és egészségügyi szükségletek és elvárások vezérlik, valamint az egészségügyi eredmények és a költséghatékonyság. Az ellátás alapja az legyen, amit a nők szeretnének az újszülöttjük és családjuk számára a gyermek születésének időszakában. A szülés normál bio-pszicho-szociális folyamatainak optimalizálása a bábai/szülészeti filozófia és gyakorlat szorgalmazásával történjen meg a lehető legtöbb szülő nő számára. Mindez egy olyan rendszer keretein belül valósuljon meg, amely multidiszciplináris együttműködést, kommunikációt és gondoskodást biztosít a nők és újszülöttek számára, beleértve azokat is, akiknél szülészeti, illetve az újszülöttel kapcsolatos kockázat és/vagy szövődmény áll fenn. Biztosítani kell, hogy ez az AnyaBaba-Család gondozási modell az ellátás minden szintjén és bármilyen helyszínén elérhető legyen, melyet egyénileg teljes kompetenciával rendelkező képzett egészségügyi dolgozók, vagy együttesen teljes kompetenciával rendelkező csapat tagjai nyújtanak.

Mutatók

- 1. Az ezzel a modellel kapcsolatos tudás az ellátást nyújtókkal és a menedzsmenttel készült kérdőívek és interjúk segítségével értékelhető.*
- 2. Ezen ellátási modell és a hozzá kapcsolódó gyakorlat megléte megfigyelhető az értekelők által.*
- 3. A nők által kitöltött kérdőívek és a velük készült interjúk azt jelzik, hogy ez a modell megvalósul a gyakorlatban.*

4. lépés Folyamatos támogatás nyújtása

Az anya tájékoztatása történjen meg a vajúdas és szülés alatti folyamatos támogatás előnyeiről, és ismerjék el ahhoz való jogát, hogy ilyen támogatást kaphat az általa választott kísérő(k)től.

Ez a kísérő lehet az apa, partner, családtag, dúla³, tradicionális szüléstámogató (TBA)⁴ vagy bárki más. A vajúdas alatti folyamatos támogatásból mind az anya, mind az újszülött profitál: pozitívabb szülésélmény, a spontán hüvelyi szülések számának növekedése, rövidebb vajúdas, a császármetszések és a szülésbefejező műtétek számának csökkenése, a fájdalomcsillapító-igény csökkenése és kevesebb alacsony 5 perces Apgar-érték érhető el általa. Ez a fajta ellátás akkor tűnik a legkedvezőbbnek, ha olyan személy nyújtja, aki kizárólag azért van jelen, hogy támogassa a vajúdo nőt, nem tagja a nő saját szociális hálózatának, tapasztalata van a vajúdas-támogatásban [1] és legalább szerény mértékű képzettséggel rendelkezik (mint például a dúla) (48).

Mutatók

- 1. Az egyértelmű szabályzatok, amelyek szóban és képből kifejezik, hogy a (szülés)kísérőket tárt karokkal várják az intézményben a vajúdo nők támogatására, jól láthatóan ki vannak helyezve, és a várandósgondozás során el is magyarázzák ezeket a várandósoknak.*
- 2. A megfigyelők tanúsítják, hogy minden nőnek lehetősége van a folyamatos támogatásra.*
- 3. A nők és családok azt állítják az interjúkban és/vagy kérdőívekben, hogy az intézmény a kísérők részvételét bátorította, és a választott kísérők számára helyet biztosított.*

3: A dúlák olyan szüléskísérők, akik vajúdas alatti folyamatos támogatásra szereztek képzettséget és oklevelet.

4: Tradicionális szülészeti segítők (TBA), amikor elismertek, elfogadottak és/vagy integráltak az anyai egészségügyi szolgáltatás nyújtásában.

5. lépés Fájdalomcsillapítási lehetőségek biztosítása

Ajánljanak fel nem-gyógyszeres kényelemnövelő és fájdalomcsillapítási lehetőségeket első biztonságos lépésként, elmagyarázva ezek jótékony hatásait a normál szülés elősegítésében. Tájékoztatni kell a nőket (és kísérőiket) ezen módszerek használatáról, beleértve a légzést, érintést, megtámasztást, masszázst, relaxációs technikákat és a vízben vajúrást (ahol erre lehetőség van). Ha gyógyszeres fájdalomcsillapítási lehetőségek is elérhetőek és igény van rájuk, magyarázzák el ezeknek az előnyeit és hátrányait. Képezzék a személyzetet az összes kényelemnövelő és fájdalomcsillapítási módszerrel kapcsolatban, és hogy tartsák tiszteletben a nők igényeit és tájékozott választását az önbizalmuk és jóllétük maximalizálása érdekében (49).

Mutatók

- 1. Írásos protokollok vannak érvényben a kényelemnövelő és fájdalomcsillapítási módszerekkel kapcsolatban. Ezek a protokollok azt is tartalmazzák, hogy gyógyszeres fájdalomcsillapítás alkalmazása esetén megnövekszik az AnyaBaba monitorozásának szükségessége. A protokollok elérhetőek az értékelők számára.*
- 2. Interjúkban és/vagy felmérésekben a személyzet tagjai igazolják a tudásukat ezen protokollokról, és arról számolnak be, hogy képzésben részesültek az összes kényelmi és fájdalomcsillapítási módszerrel kapcsolatban.*
- 3. Közvetlenül megfigyelhető, hogy felajánlják-e a kényelmi és fájdalomcsillapítási lehetőségeket, és hogy megfelelő monitorozást végeznek-e.*
- 4. Egyes létesítményekben/praxisokban opció lehet a dokumentáció véletlenszerű ellenőrzése a megvalósulás igazolására. Az újdonsült anyákat kérdőívek és interjúk formájában kérdezzük meg a fájdalomcsillapítási lehetőségek elérhetőségéről.*

6. lépés Evidencia alapú gyakorlat biztosítása

Biztosítani és ösztönözni kell azokat az evidencia alapú gyakorlatokat, amelyekről bebizonyosodott, hogy előnyösek a vajúrást, a szülés, a közvetlen posztpartum és az újszülöttkori időszak élettani folyamatainak támogatására.

Ezek magukban foglalják, de nem korlátozódnak a következőkre:

- ◆ Legyen lehetőség arra, hogy a vajúrást a saját ütemében haladjon, tartózkodva a meghatározott időkorlátokon alapuló beavatkozásoktól (22).
- ◆ Amikor lehetséges, ne vegyék fel a vajúró nőt a vajúró- vagy szülőszobára az aktív vajúrást előtt, ugyanakkor **a nő, kisbabáik és kísérő családjuk optimális jóléte érdekében** biztosítani kell, hogy a nőknek a vajúrást korai szakaszában is hozzáférhető legyen a személyzet és az intézményi háttér (beleértve a támogató ellátást, az anya kényelmét szolgáló intézkedéseket, ételt és italt, a szabad mozgáshoz és pihenéshez szükséges teret).
- ◆ Fel kell ajánlani az anyának vajúrást alatt az igény szerinti étel és ital fogyasztását (22).
- ◆ Támogatni kell a vajúró nőt a szabad sétában és mozgásban, és abban, hogy szabadon felvehesse az általa választott testhelyzeteket, beleértve a guggolást, ülést, négykézlábás pozíciót, valamint biztosítani kell a függőleges testhelyzeteket támogató eszközöket. (22, 50).

- ◆ Biztosítani kell minden anya magánszféráját a vajúadás és szülés alatt, elválasztó falakkal és függönyökkel, vagy ahol lehetséges, ott elkülönített/különálló vajúadó és szülőhelyiségekkel.
- ◆ A személyzetet képezni kell olyan technikákra, amik a baba méhen belüli, farfekvésből fekvégű fekvésbe való fordítására szolgálnak, és a medencevégű hüvelyi szülések biztonságos kísérésére.
- ◆ Elő kell segíteni az AnyaBaba azonnali és megszakítás nélküli bőr-bőrkontaktusát a testmeleg, a kötődés, a szoptatás megkezdése és a fejlődés stimulálása érdekében, és biztosítani kell az AnyaBaba együttmaradását.
- ◆ A köldökszínórt késleltetve kell leszorítani, hogy elősegítsék a tápanyagok átjutását az újszülöttbe (22).
- ◆ Megbízhatóan el kell végezni az Alapvető Újszülött Ellátás (ENC) minden elemét, ide értve annak biztosítását, hogy az anya teljes körűen hozzáférhessen a beteg vagy koraszülött babájához; a kenguru módszert; és az anya támogatását abban, hogy saját tejet (vagy más humán tejet) adhasson a babájának, ha a szoptatás nem lehetséges (51).

Mutatók

1. Jól láthatóan elhelyezett posztterek, amelyek vajúadás közben evő, ivó, sétálgató, pozíciót változtató nőket, illetve függőleges és egyéb fiziológiás szülési testhelyzetet felvevő nőket ábrázolnak, többek között olyanokat is, akiket kísérőjük támogat.

2. Jól láthatóak és könnyen elérhetőek a vajúadó- és szülőhelyiségekben a fenti testhelyzeteket elősegítő eszközök, például vajúdolabdák, szülőszékek és -sámlik, padlóra tehető matracok vagy derékaljak, bordásfal és kötelek.

3. Láthatóak az elválasztó falak vagy függönyök.

4. A felmérést végzőknek be tudják mutatni a bizonyítékot, mely alátámasztja, hogy a személyzet részesült a külső fordításra és a hüvelyi faros szülésre vonatkozó képzésben.

5. A felmérést végzők megfigyelése és a nőekkel végzett interjúk alátámasztják az azonnali és tartós bőr-bőrkontaktust, a rooming-in elhelyezést, a késleltetett köldökszínó-ellátást, az anya teljes körű hozzáférését az újszülött intenzív osztályhoz és az újszülöttek kengurumódszerrel (bőr-bőrkontaktussal) való ellátását.

7. lépés **A káros gyakorlatok mellőzése**

A normál várandósság, vajúadás, szülés, illetve a gyermekágyas és újszülöttkori időszak során potenciálisan ártalmas eljárások (melyekre nézve nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték, hogy az alkalmazásuk kapcsán fellépő kockázatokat ellensúlyozza jótékony hatásuk) rutinszerű vagy gyakori alkalmazása kerülendő. Konkrét helyzetben ezek alkalmazását az elérhető legjobb bizonyítékokkal kell alátámasztani, miszerint a beavatkozás előnyös hatásai valószínűleg ellensúlyozzák a potenciálisan fellépő káros hatásokat, illetve hogy használatuk megfelel az országos és/vagy nemzetközi irányelveknek és ajánlásoknak; továbbá az eljárás alkalmazását részletesen meg kell beszélni az anyával, lehetővé téve, hogy tájékozott döntést hozhasson (52).

Az elkerülendő gyakorlatok közé sorolt rutin eljárások:

- ◆ a beöntés
- ◆ a magzatburok leválasztása
- ◆ a burokrepesztés
- ◆ a gátmetszés
- ◆ a gyakori vagy ismételt hüvelyi vizsgálatok
- ◆ az étel és ital fogyasztásának megtagadása
- ◆ az anya ágyban tartása vagy szabad mozgásának akadályozása
- ◆ a hanyattfekvő, illetve "kőmetsző" testhelyzet
- ◆ az ellátó személyzet több tagjának folyamatos ki-be járkálása
- ◆ nyomás az ellátó személyzet által diktált ritmusban
- ◆ a méh felső részére gyakorolt nyomás (Kristeller-féle műfogás)
- ◆ a köldökzsinór azonnali elvágása
- ◆ az anya és a baba különválasztása

A következő eljárások károsak lehetnek alacsony kockázatú nők számára, ugyanakkor hasznosnak, vagy elengedhetetlenek bizonyulhatnak vészhelyzetben vagy egyes magas kockázatú esetekben. Ezek tehát csak orvosilag indokolt esetben alkalmazandók:

- ◆ gyógyszeres szülésindítás vagy a vajúdas gyorsítása
- ◆ intravénás folyadékok (infúzió)
- ◆ folyamatos elektronikus magzati szívhang észlelés
- ◆ hólyagkatéterezés
- ◆ vákuummal vagy fogóval asszisztált szülés
- ◆ a méhüreg manuális vizsgálata szülés után
- ◆ az újszülött légutainak leszívása
- ◆ császármetszés

Mutatók

1. A beavatkozások aránya az intézményben illetve praxisban a nemzetközileg elfogadható határok között van, és ezt az adatot az értékelők rendelkezésére bocsátják. A határértékek különbözhetnek attól függően, hogy alapellátást nyújtó, továbbirányító praxisról vagy magasabb progresszivitási szintű ellátó intézményről van-e szó.

2. Elérhetőek a más szolgáltatásokkal való összehasonlító elemzések.

3. A nőkkel készült interjúk és kérdőívek azt mutatják, hogy tájékozottak az ajánlott beavatkozások és eljárások okairól, és ezek elvégzéséhez beleegyezésüket kérik.

8. lépés A jóllét elősegítése és a betegségek megelőzése

A jóllét elősegítése és a betegségek megelőzése képezik az alapját az anya és az újszülött egészségének javításának. **Olyan oktatási és közegészségügyi intézkedéseket kell megvalósítani, amelyek elősegítik az AnyaBaba jóllétét, és megelőzik a betegségeket illetve a komplikációkat.**

- ◆ Biztosítani kell a megfelelő táplálékhoz, tiszta vízhez, a tiszta és biztonságos környezethez, illetve az ezekkel kapcsolatos oktatáshoz való hozzáférést.
- ◆ A vízzel, fertőtlenítéssel és higiéniaival (WASH) kapcsolatos intézkedések legyenek a szülészeti ellátás részei. Minden szülészeti helyszínen biztosítani kell a tiszta vagy forralt vizet, tiszta mosdókat és tiszta környezetet, illetve hangsúlyozni kell mindezek fontosságát.
- ◆ Biztosítani kell az anyát és babát érintő betegségek megelőzésével és azok kezelésével kapcsolatos oktatást, illetve az eljárásokhoz való hozzáférést, beleértve a malária, a szifilisz, a Hepatitis B, a toxoplazmózis, a HIV/AIDS és a tetanusz elleni védőoltás eseteit.
- ◆ Legyenek egyértelmű, nem diszkriminatív előírások és irányelvek a HIV-pozitív nők és újszülöttjeik kezelésére és gondozására. Követni kell a nemzeti irányelveket a HIV terhesség alatti megelőzésére és kezelésére, beleértve a továbbadás megelőzését és a HIV-pozitív újszülöttek korai kezelését.
- ◆ Biztosítani kell a felelősségteljes szexuális élettel, a családtervezéssel és a női reprodukcióhoz kötődő jogokkal kapcsolatos oktatást, illetve a családtervezési lehetőségekhez és ifjúságbarát szolgáltatásokhoz való hozzáférést.
- ◆ Gondoskodni kell a támogató, kulturális szempontból kompetens, bizonyítékokon alapuló szülésfelkészítő oktatásról (53). Olyan várandós-, szülés alatti, gyermekágyas és újszülött-ellátást kell biztosítani, amely az anya és a baba fizikai és érzelmi egészségét a családi kapcsolatok, illetve közösségi környezet vonatkozásában értelmezi, beleértve azokat a nőket is, akik szülés körüli veszteségen mennek keresztül..
- ◆ A szülészeti intézmény elhagyására való felkészülés és ennek megtervezése foglalja magában az anya és a család megfelelő ismereteit a gyermekágyas és újszülött ellátásról. Ide tartoznak a megfelelő védőoltásokkal, a tervezett kontrollvizsgálatokkal, az anyai és újszülött vészhelyzetre utaló jelek felismerésével, valamint a sürgősségi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos ismeretek.

Mutatók

- 1. A fent leírt kritériumoknak megfelelő szülést megelőző és azt követő tájékoztatás, szóróanyagok és poszterek elérhetősége.*
- 2. A folyamatos tréningeknek köszönhetően a személyzet és a szolgáltatást nyújtók – saját bevallásuk szerint – naprakészek ezen, az anyai és újszülött jóllétet elősegítő és betegségmegelőző intézkedések vonatkozásában, beleértve a higiénia és közegészséget célzó intézkedéseket, illetve a családtervezési lehetőségek biztosítását.*
- 3. A nők által kitöltött kérdőívek és a velük készült interjúk jelzik, hogy a felsorolt szempontok az ellátásuk részét képezik. A megfigyelések alátámasztják, hogy az infrastrukturális előírások megvalósulnak, így az intézmény vagy praxis képes ezen feltételeket biztosítani.*

4. A család oktatásával és az újszülött folyamatos ellátására való felkészítéssel kapcsolatos dokumentáció hozzáférhető.

9. Lépés **Sürgősségi ellátás és továbbszállítás biztosítása**

Életveszélyes komplikációk fellépése esetén a szakszerű sürgősségi ellátáshoz való hozzáférést biztosítani kell. A személyzet legyen kellően képzett ahhoz, hogy időben észlelje a potenciálisan veszélyes állapotokat és szövődményeket, valamint abban is, hogy hatékony kezelést tudjon nyújtani a páciensnek, illetve stabilizálni tudja állapotát. Legyenek jól kijárt konzultációs lehetőségek, valamint hozzáférhető és megbízható továbbszállítási rendszerek.

- ◆ A várandósok szülésre és sürgősségi helyzetekre történő felkészítése történjen meg egészségfejlesztő tevékenységek, illetve szervezett közösségi és egészségügyi szolgáltatások mechanizmusai révén.
- ◆ Legyenek tervek és előkészületek olyan helyzetekre, melyben az anyának vagy a babának az elérhető erőforrásokat meghaladó ellátásra van szüksége. Ez foglalja magában a távoli konzultáció lehetőségét, hatékony kommunikációs rendszert, valamint az anya és/vagy az újszülött időben történő és biztonságos átszállítását egy fogadó intézménybe.
- ◆ Meg kell győződni arról, hogy minden egészségügyi ellátó, aki az anyával vagy az újszülöttel foglalkozik, megfelelő és folyamatos képzésben részesül a vészhelyzeti készségek terén, annak érdekében, hogy az anyák és újszülöttjeik megfelelő és időben végzett stabilizálása és ellátása megtörténhessen; ebbe beleértendő az anyai és újszülött újraélesztésre való felkészültség is.
- ◆ Álljanak rendelkezésre az anyák és újszülöttek stabilizálásához és ellátásához szükséges gyógyszerek, berendezések és felszerelések arra az esetre, ha komplikációk lépnének fel (például súlyos, magas vérnyomással járó rendellenességek, szülést követő súlyos vérzés, hipovolémiás sokk, légzési nehézségek és szepszis).

Mutatók

1. A megfigyelők számára jól láthatóak a vészhelyzeti ellátásra szolgáló gyógyszerek, eszközök és felszerelések (például magnézium-szulfát, méhösszehúzó, ballon-tamponád készlet, ún. LifeWrap NASG öltözékek, újraélesztő berendezés, oxigéntartályok és beteg újszülöttek szállítására alkalmas inkubátorok), csakúgy, mint annak a bizonyítékai, hogy a személyzet vészhelyzeti ellátással és továbbirányítással kapcsolatos képzése folyamatos.

2. A betegszállításra és az információ átadásra vonatkozó írásos irányelvek és protokollok vannak érvényben továbbszállítás esetére.

3. A nők által kitöltött kérdőívek és/vagy a velük készült interjúk azt jelzik, hogy otthonról, rendelőintézetből, születésközpontból, stb. egészségügyi intézménybe történő továbbszállítás esetén az átszállítottak és az őket küldők is meleg és tiszteletteljes fogadtatásban részesülnek az intézményben, amiben nincs helye a hibáztatásnak.

4. Az értékelőknek meg kell tudni mutatni a vészhelyzeti eljárásokkal kapcsolatos folyamatos képzés és gyakorlat bizonyítékait.

10. Lépés **Az emberi erőforrásra vonatkozó szabályrendszer legyen támogató**

mind a személyzet toborzása, mind a megtartása tekintetében; valamint biztosítsa, hogy a személyzet biztonságban érezze magát; illetve bátorítást kapjon a minőségi ellátás nyújtására, és képes legyen ennek megvalósítására; egy tiszteletteljes és pozitív munkahelyi környezetben. Ez foglaljon magában egy mentességi megállapodást, amely biztosítja az elkötelezett, tapasztalt és képzett szülészeti ellátók (bábák/szülésznők, ápolók) megtartását és folytonosságát minden olyan egységben és intézményben, ahol szülések zajlanak.

Mutatók

- 1. A szabályrendszer, amely foglalkozik a személyzet védelmével és biztonságával, illetve tartalmazza az áthelyezés és rotáció alóli mentességet, kérésre rendelkezésre áll.*
- 2. A személyzettel készült felmérések vagy interjúk azt mutatják, hogy a szabályrendszer megtették, és megerősítik, hogy az kezeli a fenti kérdéseket; a személyzet információt tud adni a munkabiztonsági és az általános munkakörülményekre vonatkozó kérdésekről is.*

11. lépés **Az ellátás folytonosságának biztosítása**

Minden szülészeti és újszülött ellátásban részt vevő egészségnevelő, szolgáltató személy, intézmény és szervezet folyamatosan működjön együtt. Be kell vonni az ellátás folytonosságát biztosító együttműködésbe a tradicionális szülési segítőköt és más szülés körüli segítőköt, akik elismertek, elfogadottak, és/vagy integráltak az anyai egészségügyi szolgáltatásba az ellátás folytonossága során.

A szülés körüli ellátásban részt vevő intézmények és szervezetek kötelékében dolgozó személyek:

- ◆ Hozzanak létre, tudományterületeken, kulturális, oktatási és intézményi kereteken átívelő együttműködést az AnyaBaba lehető legjobb ellátásának érdekében, jól működő csapatban, melyben a résztvevők elismerik egymás kompetenciáit, és tiszteletben tartják egymás szakértelmét és tapasztalatát.
- ◆ Törekedjenek az ellátás folytonosságára a vajúadás és a szülés alatt a lehető legkisebb számú személyzet részvétele mellett.
- ◆ Hozzanak létre működő kapcsolatrendszert az alapellátásban dolgozó egészségügyi ellátókkal, akik az általános gondozásban és a közösségekben dolgoznak, annak érdekében, hogy a veszélyeztetett anyák és a beteg / koraszülött kisbabák stabilizálása, a róluk való konzultáció, illetve gondozásuk megfelelő intézetekbe és szakértőkhöz történő átirányítása időben megtörténhessen.
- ◆ Gondoskodjanak róla, hogy az anyák ismerjék a saját maguk és újszülöttjük speciális igényeihez illeszkedő közösségi szolgáltatásokat, és legyenek ezek hozzáférhetők számukra.

Mutatók

- 1. Az együttműködésről és a gondozás átirányításáról szóló írásos irányelvek átvizsgálhatók.*

2. *Felmérések vagy interjúk bizonyítják, hogy bejártatott és működőképes mechanizmusok állnak rendelkezésre, melyek biztosítják a rendszeres kommunikációt és a jó kapcsolatot az intézményi és a közösségi egészségügyi ellátók között.*

3. *Felmérések vagy interjúk bizonyítják, hogy az intézménnyel kapcsolatban álló egészségügyi szakemberek tisztában vannak az intézmény szabályzatával és protokolljával, és részletes leírás áll rendelkezésre az intézménnyel való együttműködésük-ről.*

4. *A dolgozókkal és nőkkal készített interjúk és kérdőívek bizonyítják az együttműködést és a lehető legkisebb számú személyzet által nyújtott folytonos ellátást.*

12. lépés **A szoptatás és a bőrkontaktus elősegítése**

Valósuljon meg a Bababarát Kórház Kezdeményezés átdolgozott verziójának 10 lépése (2018) – Védeni, elősegíteni és támogatni kell a szoptatást a szülészeti intézményekben (54):

- ◆ Be kell tartani Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexe és az Egészségügyi Világszervezet [M6] ide vonatkozó rendelkezéseit; a csecsemőtáplálási irányelvek legyenek írásba foglalva és rendszeresen kommunikálva a személyzet és a szülők felé; folyamatos ellenőrző és adatkezelő rendszerek létrehozása kívánatos.
- ◆ A dolgozók rendelkezzenek a szoptatás-támogatáshoz szükséges ismeretekkel, kompetenciákkal és készségekkel.
- ◆ A szoptatás fontosságáról beszélni kell a várandós anyákkal és családjukkal.
- ◆ Elő kell segíteni az azonnali és megszakítás nélküli bőr-bőr kontaktust, és támogatni kell a frissen szült anyákat a szoptatás mielőbbi megkezdésében.
- ◆ Az anyákat támogatni kell a szoptatás megkezdésében és fenntartásában, valamint a mindennapos nehézségek áthidalásában.
- ◆ A szoptatott újszülöttek ne kapjanak az anyatejen kívül semmilyen ételt vagy italt, kivéve az orvosilag indokolt eseteket.
- ◆ Az anyák és csecsemőik maradjanak együtt 24 órás rooming-in elhelyezés keretében.
- ◆ Az anyákat támogatni kell abban, hogy felismerjék csecsemőik korai éhségjeleit, és hogy reagáljanak azokra.
- ◆ Az anyák részesüljenek tanácsadásban a cumisüveg, a nyugtatócumi és a bimbóvédő használatával és veszélyeivel kapcsolatban.
- ◆ A szülészeti intézményből való elbocsátás legyen úgy időzítve, hogy a családok és az újszülöttek számára biztosított legyen a folyamatos támogatás és ellátás.

Mutatók

1. *Megfigyelhető, amint a személyzet bátorítja a bőr-bőr kontaktust; az anyákat és az újszülötteket nem különítik el, és a szoptatás mielőbbi megkezdését ösztönzik.*

2. *A létesítmény kombinált ellátást és elegendő helyet biztosít az AnyaBaba egyidejű ellátására, megfelelő méretű ágyakban az anya és az újszülött együttes elhelyezésére, és amennyiben lehetséges, mózeskosarat is biztosít.*

3. *Nincsenek kifüggesztve tápszert reklámozó poszterek, és nem kapnak tápszert ajándékba a távozó anyák.*
4. *A bőr-bőr kontaktust és a szoptatást ábrázoló, ezek előnyeit megmagyarázó, a helyi kultúrának megfelelő, grafikus dominanciájú, helyi nyelven íródott poszterek vannak kihelyezve jól látható helyeken.*
5. *A nőkkal készített interjúk és az általuk kitöltött kérdőívek megerősítik, hogy a létesítmény vagy praxis gyakorlata megfelel a Bababarát Kórház Kezdeményezés (átdolgozott verzió) 10 lépésének.*

Megvalósítás és értékelés

Az ICI megvalósítása

Az ICI előrevetíti, hogy a 12 lépés tényleges megvalósítása egy-egy környezetben a jelenlegi szolgáltatások, a rendelkezésre álló források és az észlelt igények értékelése alapján eltérő lesz. Az, hogy a 12 lépés egységes egészként vagy különböző fázisokban kerül bevezetésre, helyileg meghatározható. Az ICI Koordinációs Csoport folyamatosan információt gyűjt a megvalósítás valós idejű folyamatáról, egyeztet, elemzi az információt, és visszajelzést ad annak érdekében, hogy segítse a folyamatban lévő megvalósítást és annak újabb lépéseit. Ily módon egy tanulási ciklus áll fel, és marad fenn, mely elősegíti az ICI lépések megvalósítását bármely környezetben.

A megvalósítás történhet kis- vagy nagy léptékben, és felülről vagy alulról jövő kezdeményezés-ként is. Az egyes létesítmények motiváció és források birtokában maguk is nekivághatnak az ICI megvalósításának, míg más esetekben az egészségügyi vezetők és döntéshozók kezdeményezhetik a megvalósítási folyamat elindítását egy bizonyos körzetben vagy régióban. Az ICI elismeri, és szívesen fogadja mindkét lehetőséget. Általánosságban véve az ICI a következőket ajánlja a megvalósítás tekintetében:

- ◆ Együttműködés a helyi közösségi csoportokkal annak érdekében, hogy biztosított legyen a Kezdeményezés elfogadottsága, jelentőségének elismerése, és az iránta való elkötelezettség a végfelhasználók részéről.
- ◆ A helyi és/vagy nemzeti egészségügyi szakemberek szervezeteinek bevonása, a területen értékes munkát végző ellátók támogatásának érdekében.
- ◆ Az ICI 12 lépésében szereplő tudásanyag, készségek és bizonyítékok beépítése a továbbképzések és tréningek programjába, amikor csak lehetséges, a gyakorlatban is eredményes megvalósítás érdekében.

Az ICI előrevetíti, hogy a 12 lépés megvalósítása a helyi és nemzeti egészségügyi döntéshozók és vezetők, a szülészeti ellátást nyújtók, valamint a közösségek együttműködésével fog történni. Az ICI 12 lépése ideális esetben be fog épülni a helyi és nemzeti irányelvekbe és ajánlásokba, illetve a kormányok, az Egyesült Nemzetek szervei és az egészségfinanszírozási mechanizmusok támogatni fogják. Az ICI támogató partnerei folyamatos támogatást tudnak biztosítani a kapcsolataikon keresztül.

Az ICI értékelése és minőségfejlesztési mechanizmusai

Az ICI elismeri, hogy a 12 lépés megvalósítása, bár mindenképpen fontos, önmagában nem elegendő. A kezdeményezés megvalósítását értékelési folyamatoknak és minőségfejlesztési mechanizmusoknak kell kísérnie, amelyek kulturálisan érzékenyek, és alkalmazkodnak a helyi igényekhez. **Az ICI a minőségfejlesztés jövőjét a közösséget is bevonó helyi értékelési rendszerben látja, amely könnyen elérhető oktatási és képzési programokon alapul és – amennyiben szükséges – nemzet(köz)i és/vagy regionális szakértők ellenőrzése által támogatott.** Az említett folyamatok eredményei alapján a létesítmények és praxisok elismerési⁵ státuszt kaphatnak, a folyamatban lévő minőségbiztosítási folyamat részeként. Továbbá a helyileg szolgáltatott adatok hozzájárulnak az ICI-hez, mint nemzetközi tanulási kezdeményezéshez, amely a gyakorlatban előforduló példák alapján adaptálódik, ezáltal egyre hasznosabbá válik az anyák, babák, családok és szolgáltatók számára világszerte.

A mind a 12 lépés esetében kifejlesztett általános követelmények és teljesítménymutatók felhasználhatók az ICI helyi megvalósításának monitorozására és értékelésére egy ún. minimum értékelési csomagként. A csomag részét képezi egy, az IMBCO által megalkotott, belső és külső értékelés céljára egyaránt használható Női Kérdőívek sorozat. Három olyan, közös alapokkal bíró kérdőív van, melyet a szülés típusához igazítottak: kérdőív azon nők számára, akiknél hüvelyi úton történt a szülés; kérdőív azon nők számára, akik bizonyos hosszúságú vajúdas után császármetszéssel szültek; illetve kérdőív azon nők számára, akiknél tervezett császármetszést végeztek. A kérdőívek az ICI 12 lépésének követelményeihez köthető változókon alapulnak. A *Bababarát Kórház Kezdeményezés* (átdolgozott verzió) (54) 2018-as megvalósítási útmutatásában leírt globális normák adaptálhatók és alkalmazhatók a 12. lépés praxisokban és létesítményekben történő megvalósításának mérésére. A páciens igényeit figyelembe vevő AnyaBaba-Család ellátási modellhez kapcsolódó szolgáltatások nyújtásának értékelése meg fogja követelni az ellátás nem klinikai szempontjainak mérését. Ez a tiszteletteljes szülészeti szolgáltatások emberi jogi dimenzióinak, az ismeretek cseréjének, valamint az ellátással kapcsolatos tapasztalatoknak a beépítésével jöhet létre (55). Hasznosnak bizonyult egy forráshiányos környezetben használható, személyközpontú szülészeti ellátást mérő eszköz kifejlesztése és validálása, amely értékelésre is adaptálható lenne (56) más releváns, a nők várandóssággal-szüléssel kapcsolatos tapasztalatait mérő eszközökkel együtt (57). A felmérést végzők emellett használhatnak már meglévő, helyileg kifejlesztett vagy saját maguk által megalkotott, új értékelő eszközöket, amelyek az ICI-hez kapcsolódó releváns információkkal és eredményekkel szolgálnak. Ezek közé tartozhatnak olyan ellenőrző listák, amelyeken megjelölhető, hogy rendelkezésre állnak-e az írásos irányelvek; illetve nyomon követhető az információs, oktatási és kommunikációs anyagok (fali táblák, poszterek, broszúrák) megléte, elhelyezése, tartalma és érthetősége; továbbá az ellátás közvetlen megfigyelése, aminek igazolnia kell, hogy az ICI egyes részeit vagy mind a 12 lépését beépítették a szülészeti ellátásba.

A létesítmények/praxisok személyzetét képezni kell a körültekintő gyakorlat és annak értékelése irányában. Változatos módszertant lehet alkalmazni annak kiértékelésére, hogy mennyire pontos az ICI Alapelvek és a 12 Lépés betartása -- mint például a nők önbeszámoló kérdőíves válaszok formájában, és a személyzettel és a nőekkel személyesen folytatott, egyéni, bizalmas beszélgetések. A névtelenséget minden esetben meg kell őrizni. Az adatok összegyűjtését, ahol csak lehetséges, számítógépes háttérrel kell biztosítani.

5: Az ICI elismeri, hogy ezek a tanúsítási körök nem megvalósíthatók vagy kívánatosak minden környezetben, és ezért az ún. elismerési státusz fogalmát ajánlja valid módszerként annak jelzésére, hogy egy intézmény vagy praxis elkötelezett az ICI megvalósítására, valamint az eredmények értékelésére. E módszer alapjául egy folyamatokból és teljesítménymutatókból álló minimum csomag szolgál.

Az ICI az irányelv elsődleges előmozdítóinak a körzeti és helyi egészségügyi hatóságokat tekinti, együttműködésben a szolgáltatókkal és a közösségekkel; az egészségügyért felelős nemzeti minisztériumokat pedig erőteljes támogatóként nevezi meg. Az ICI-t támogató partnerszervezetek készek együttműködni a kormányokkal és a helyi csoportokkal az értékelési folyamat vezetése során; ebben a folyamatban erősen támaszkodnak a közösség tagjaira és a létesítmények/praxisok szereplőire (ide értve a helyi női és közegészségügyi szervezeteket), hogy biztosított legyen a helyi elkötelezettség és az önértékelés. Az értékelésnek alaposnak kell lennie, de ne legyen megterhelő. Megszervezése során hangsúlyozni kell a pozitív, fejlődést elősegítő szándékot, és nem tűnhet hibáztató, megszegőítő folyamatnak.

ICI – Felhívás a cselekvésre

A *Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés* (ICI) elismeri, hogy óriási egyenlőtlenségek tapasztalhatók a világ különböző részein a minőségi szülészeti ellátáshoz való hozzáférhetőség és a ráfordított források tekintetében. A 21. század kihívása, hogy növeljük az ellátáshoz való hozzáférés esélyét ott, ahol hiányoznak a képzett ellátók és a sürgősségi ellátás, miközben a világ összes országában csökkentjük a túlzásba vitt vagy nem elégséges orvosi beavatkozások számát, bővítjük a születés és a szoptatás normál fiziológiájával kapcsolatos ismereteinket, valamint javítjuk az anyák és az újszülöttek ellátásának minőségét.

Az ICI sablont biztosít a szülészeti szolgáltatók számára, hogy aktív részesei lehessenek a biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátás nyújtásának és támogatásának. Az ICI világos lépésekkel szolgál a bizonyítékokon alapuló szülészeti ellátás megvalósításához világszerte, valamint elismeri az AnyaBaba-kettős kölcsönhatását a családjukkal, a társadalmi környezettel, illetve az egészségügyi ellátást nyújtókkal és az egészségügyi rendszerekkel. Az ICI mellé egészségügyi szakemberek szervezetei, érdekvédelmi csoportok és a szülészeti oktatást nyújtó szervezetek is odaállnak, és támogatottsága egyre nagyobb.

Az ICI 12 lépése magában foglalja az együttérzés és a méltóság szempontjainak előtérbe helyezését az ellátás nyújtása során, a megfizethető ellátás biztosítását és az AnyaBaba-Család szülészeti ellátási modell befogadását. A további lépések kitérnek a vajúdas és szülés alatti folyamatos támogatás biztosítására, és a nem farmakológiai úton történő fájdalomcsillapítás, valamint a bizonyítékokon alapuló gyakorlat (beleértve a felesleges és potenciálisan káros rutin eljárások elkerülését) megfelelő alkalmazására. A lépésekben megfogalmazott intézkedések célja az egészségi állapot és jóllét mértékének fokozása, és a megfelelő sürgősségi ellátás megvalósulása a különböző szolgáltatók és az ellátás szintjei közötti együttműködés és kommunikáció által. Az ICI előtérbe helyezi egy támogató emberi erőforrás-szabályzat kialakítását, és teljes mértékben magában foglalja a Bababarát Kórház Kezdeményezést (átdolgozott verzió). Az ICI az általa megfogalmazott 12 lépés megvalósítását is támogatja, csakúgy, mint azokat a saját kezdeményezésű minőségfejlesztési mechanizmusokat, amelyek segítségével ellenőrizhetők a folyamatok, hatások és az elkötelezettség a biztonságos és tiszteletteljes szülészeti ellátás iránt.

A *Nemzetközi Szülészeti Kezdeményezés* mind az egyének, mind a szervezetek támogatására és jóváhagyására számít – beleértve a helyi közigazgatást és a nemzeti kormányokat, az egészségbiztosító pénztárakat, az Egyesült Nemzetek és nemzet(köz)i civil szervezetek egészségfejlesztési és -nevelési csoportjait, valamint azokat a helyi közösségi csoportokat, amelyek világszerte az anyák és az újszülöttek egészségéért és jólétéért dolgoznak.



NEMZETKÖZI SZÜLÉSZETI KEZDEMÉNYEZÉS (ICI)

12 lépés a biztonságos és tiszteletteljes AnyaBaba-Család szülészeti ellátásért (összefoglaló változat)

1. lépés Minden nőt és újszülöttet együttérzéssel, tisztelettel és méltósággal kell kezelni, fizikai, verbális és érzelmi bántalmazás nélkül, kulturálisan biztonságos és érzékeny ellátást nyújtva, amely tiszteletben tartja az egyén szokásait, értékrendjét, valamint jogát az önkifejezésre, a tájékozott döntésre és a magánéletre.

2. lépés Tiszteletben kell tartani minden nő jogát az ellátáshoz való hozzáférésre; továbbá azt a jogot, hogy megkülönböztetéstől mentes és ingyenes, vagy legalább megfizethető ellátásban részesülhessen a gyermekvállalás egész folyamata során, azzal együtt, hogy semmilyen körülmények között nem utasítható vissza egy nő vagy egy baba ellátása sem, illetve nem akadályozható meg a távozásuk a szülés után a fizetés elmaradása miatt.

3. lépés Rutinszerűen legyen biztosítva az AnyaBaba-Család szülészeti ellátás modellje, amely integrálja a bábai/szülésznői tevékenységi kört és szemléletet, továbbá bármilyen helyszínen, az ellátás nyújtásának minden szintjén, minden szülészeti szakember által gyakorolható.

4. lépés El kell ismerni az anya jogát a folyamatos támogatáshoz a vajúdas és szülés alatt, és meg kell kapja a tájékoztatást ennek jótékony hatásairól; továbbá biztosítani kell, hogy az anya ezt a támogatást az általa választott ellátóktól és kísérőktől kapja meg.

5. lépés Nem-gyógyszeres kényelemnövelő és fájdalomcsillapítási módszereket kell felajánlani a vajúdas alatt első, biztonságos lehetőségként. Ha a gyógyszeres fájdalomcsillapítás lehetőségei rendelkezésre állnak, és az anya igényt tart rájuk, el kell magyarázni ezek előnyeit és kockázatait.

6. lépés Bizonyítékokon alapuló eljárásokat kell biztosítani, amelyek előnyösek az AnyaBaba-Család számára a gyermekvállalás teljes időszakában.

7. lépés Kerülni kell a potenciálisan ártalmas eljárásokat és gyakorlatokat, amelyek esetében nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték arra nézve, hogy a normális várandósság, vajúdas, szülés, gyermekágy, illetve újszülöttkor során történő, rutinszerű vagy gyakori alkalmazásuk kapcsán fellépő kockázatokat ellensúlyozza jótékony hatásuk.

8. lépés Olyan intézkedéseket kell bevezetni, amelyek elősegítik az AnyaBaba-Család jóllétét, és megelőzik a betegségeit, úgy mint megfelelő táplálék, tiszta víz, közegészségügyi feltételek, higiénia, családtervezés, a betegségek és szövődmények megelőzése, szülés előtti és utáni oktatás.

9. lépés **Biztosítani kell a megfelelő szülészeti, újszülött és sürgősségi ellátást,** amikor szükséges. Gondoskodni kell arról, hogy a személyzet megfelelően képzett legyen a (potenciálisan) veszélyes állapotok és szövődmények felismerésében és abban, hogy hatékonyan el tudja látni vagy stabilizálni tudja a pácienseket, továbbá legyenek jól működő konzultációs kapcsolatok, illetve biztonságos és hatékony továbbirányítási rendszer.

10. lépés **Legyen érvényben támogató emberi erőforrás politika** az elkötelezett személyzet alkalmazására és megtartására vonatkozóan; illetve legyen biztosítva számára a megbízható, biztonságos és tiszteletteljes környezet, amely lehetővé teszi a jó minőségű, együttműködő, személyre szabott ellátás nyújtását a nők és újszülöttek részére egy pozitív munkahelyi környezetben.

11. lépés **Legyen biztosított az együttműködő ellátás folytonossága,** amelyben részt vesz valamennyi releváns egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény és szervezet, amelyeknél rendelkezésre áll a kommunikációra, konzultációra és továbbirányításra vonatkozó terv és logisztika az ellátás minden szintje között.

12. lépés **Valósuljon meg a Bababarát Kórház Kezdeményezés 10 lépése (át-dolgozott verzió, 2018)** – védeni, elősegíteni és támogatni kell a szoptatást a szülészeti szolgáltatást nyújtó létesítményekben.

Irodalomjegyzék

1. Davis-Floyd R, Pascali-Bonaro D, Leslie M, Ponce de Leon R. The International MotherBaby Childbirth Initiative: Working to create optimal maternity care worldwide. *Int J Childbirth*. 2011;1(3):196-212.
2. International Federation of Gynecology & Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;128(2):95-9.
3. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 2006 [Available from: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>].
4. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 [Available from: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>].
5. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. International Covenant on Civil and Political Rights 1966 [Available from: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>].
6. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women [Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>].
7. Assembly UNG. Declaration of the Elimination of Violence Against Women 1993 [Available from: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>].
8. United Nations High Commissioner. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights 2010 [Available from: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf].
9. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Beijing Declaration and Platform for Action. The Fourth World Conference on Women 1995 [Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>].
10. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care. The White Ribbon Alliance. The Universal Rights of Childbearing Women Washington DC2011 [Available from: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf].
11. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reproductive Health*. 2017;14:66.
12. World Association for Infant Mental Health. WAIMH Position Paper on the Rights of Infants. Perspectives in Infant Mental Health. 2016 [Available from: <https://www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3361>].
13. United Nations. United Nations Convention on the Rights of the Child: Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989; entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49 2018 [Available from: <http://www.ohchr.org/en/>].
14. United Nations. Committee on the Rights of the Child 2015 [Available from: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>].
15. World Health Organization, OECD, The World Bank. Delivering quality health services - A global imperative for universal health coverage: World Health Organization,; 2018 [Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/quality-report/en/>].
16. Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health New York2015 [Available from: <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>].

17. Buckley S. Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care Washington, DC2015 [Available from: <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing-all-fact-sheets.pdf>].
18. Avery M, Bell A, Bingham D, Corry M, Delbanco S, Leavitt Gullo S, et al. Blueprint for Advancing High-Value Maternity Care Through Physiological Childbearing 2018 [Available from: <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/blueprint-for-advancinghigh-value-maternity-care.pdf>].
19. World Health Organization. Standards for Improving quality of maternal and newborn health care in health facilities Geneva: WHO;2016 [Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1>].
20. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities Geneva: World Health Organization,; 2018 [Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>].
21. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience 2016 [Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>].
22. World Health Organization. WHO Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience Geneva: World Health Organization,; 2018 [Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>].
23. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLOS ONE. 2018;13(4):e0194906.
24. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. The Lancet. 2017;389(10064):77-90.
25. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. The Lancet. 2017;389(10064):91-102.
26. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. The Lancet. 2017;389(10064):103-18.
27. Unicef, World Bank Group, World Health Organization, EDCAN, The Partnership for Maternal nCH, Every Woman Every Child. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential Geneva: World Health Organization, ; 2018 [Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>].
28. World Health Organization. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva; 2010.
29. Jones E, Lattof SR, Coast E. Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17:267.
30. Nursing and Midwifery Board of Australia. Midwife Standards for Practice 2018 [Available from: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards/Midwife-standards-for-practice.aspx>].
31. White Ribbon Alliance. Self Care. A Cost Effective Solution for Maternal, Newborn & Child Health for All [Available from: <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/White-Ribbon-Alliance-Self-care-Policy-Brief.pdf>].
32. What is Patient-Centered Care? : NEJM; 2017 [Available from: <https://catalyst.nejm.org/what-is-patient-centered-care/>].

33. World Health Organization. Framework on Integrated People-Centred Health Services. Provisional agenda item 16.1 Sixty-Ninth World Health Assembly 2016 [Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1].
34. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(2):297-305.
35. Morgan L. Conceptualizing Women-Centred Care in Midwifery. *Revue Canadienne de la recherche et de la pratique*. 2015;15(1):8.
36. de Labrusse C, Ramelet A-S, Humphrey T, Maclennan SJ. Patient-centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature. *Women's Health Issues*. 2016;26(1):100-9.
37. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*. 2018;2(May).
38. International Confederation of Midwives. International Confederation of Midwives. Vision and Mission. : International Confederation of Midwives,; [Available from: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/vision-mission/>].
39. Obstetrics IFoGa. FIGO Vision, Mission and Commitments: International Federation of Gynecology and Obstetrics; [Available from: <https://www.figo.org/figo-vision-mission-and-commitments>].
40. International Pediatric Association. Mission & Objectives [Available from: <http://ipa-world.org/page.php?id=141>].
41. World Organization of Family Doctors. Global Family Doctors [Available from: <http://www.globalfamilydoctor.com/>].
42. Government of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines 2017 [Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines/preface.html>].
43. Institute for Patient-and family-Centered Care. PFCC best Practices: Patient-and Family-Centered Care [Available from: <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>].
44. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity. *Gates Open Res*. 2017;1(1).
45. International Confederation of Midwives. Core Document. Philosophy and Model of Midwifery Care- ICM Core Document 2014 [Available from: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf].
46. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129-45.
47. WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, et al. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth. The 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, IPA 2018 [Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/statement-competent-mnh-professionals/en/>].
48. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;7:Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
49. SOGC. 2018. *J Obstet Gynaecol Can. Clinical Practice Guideline No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management*;40(2):227-45.

50. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(5).
51. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee (WHO/MCA/17.07) Geneva: World Health Organization; 2017 [Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/].
52. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-92. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6. Review.
53. Lamaze International, World Health Organization. *Healthy Birth Practice, World Health Organizations Recommendations* 2018.
54. Unicef, World Health Organization. *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative* 2018 [Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>].
55. MHTF Blog. *Measuring Person-Centered Maternal Health Care* 2018 [Available from: <https://www.mhtf.org/2018/02/14/measuringperson-centered-maternal-health-care/>].
56. Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. *Reproductive Health*. 2017;14(1):118.
57. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1):203.

Az ICI Fejlesztési Csoportja

FIGO Biztonságos Anyaság és Újszülött Egészség (SMNH) Bizottság

Gerard H. A. Visser MD, PhD, FRCOG; Chair FIGO SMNH Committee; Emeritus Professor of Obstetrics, University Medical Center, Utrecht, the Netherlands

Diogo Ayres-de-Campos MD, PhD; Member FIGO SMNH Committee; Professor, University of Lisbon School of Medicine, Lisbon, Portugal

Maria Fernanda Escobar-Vidarte MSc, MD Critical Care Medicine; Member FIGO SMNH Committee; Chief of the Obstetrical Critical Care Unit, Fundacion Valle del Lili and Universidad ICESI, Cali, Colombia

Carlos Fuchtner MD; FIGO President-elect (2018-2021); Member FIGO SMNH Committee; Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, University Gabriel Rene Moreno, Maternidad Percy Boland, Santa Cruz, Bolivia

Claudia Hanson PhD, MD Obs & Gyn; Member ICI Executive Group; Past-Member FIGO SMNH Committee; Associate Professor, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden and London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

André Lalonde MD, RCSC; Member ICI Executive Group; Former Chair FIGO SMNH Committee; Member FIGO Capacity and Education Committee; Professor of Obstetrics and Gynecology, McGill and Ottawa Universities, Ottawa, Canada

Suellen Miller CNM, PhD; Past-Member FIGO SMNH Committee; Director, Safe Motherhood Programs, Professor, Dept. of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Services, Bixby Center for Global Reproductive Health and Policy, University of California, San Francisco, CA, USA

William Stones MD, FRCOG; Past-Chair and Member FIGO SMNH Committee; Professor, Departments of Public Health and Obstetrics and Gynaecology, Malawi College of Medicine, Blantyre, Malawi

Az IMBCO Igazgatótanácsa

Debra Pascali Bonaro BEd, LCCE, BDT/PDT (DONA); Member ICI Executive Group; IMBCO Chair; International Speaker, Consultant, and Doula Trainer, River Vale, New Jersey, USA

Robbie Davis-Floyd PhD, FSfAA; IMBCO Board Member; Lead Editor for the MFCI, the IMBCI, and the ICI; Dept. of Anthropology, University of Texas Austin, Austin, Texas, USA

Rae Davies BSH, LCCE, BDT (DONA); IMBCO Administrative Director; CEO The Birth Company, Ponte Vedra Beach, FL, USA

Kathy Herschderfer RM; Member ICI Executive Group; IMBCO Board Member; Past-Member FIGO SMNH Committee; Independent SRHR Consultant-Advisor, the Netherlands

Mayri Sagady Leslie CNM, FACNM; IMBCO Board Member; Director of Midwifery, George Washington School of Nursing, Washington DC, USA

Amali Lokugamage MD, MBChB, Bc, MSc, FRCOG, SFHEA; IMBCO Board Member. Whittington Health NHS Trust and University College London Medical School, London, UK

Soo Downe BA (Hons), PhD, RM, MSc, OBE; IMBCO Board Member; Professor of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston, UK

Daphne Rattner MD, PhD, MPH; IMBCO Board Member; University of Brasilia; President of the Brazilian Network for the Humanization of Childbirth, Brasilia, Brazil

Helene Vadeboncoeur PhD, MSc; IMBCO Board Member; Childbirth Researcher, Dunham, Quebec, Canada