

Vízben szülés: divat vagy jogos igény?

BÁLINT SÁNDOR DR., RÁKÓCZI ISTVÁN DR.

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály (osztályvezető főorvos: Rákóczi István dr., egyetemi tanár) közleménye

Összefoglalás: A szerzők Magyarországon elsőként számolnak be intézeti (kórházi) szülészeti osztályon zajló vízben szülésekről. Az elmúlt 30 évben a világon mintegy 40 ezer vízben szülés zajlott le. Ez is azt bizonyítja, hogy egyrészt ezen szülészeti alternatíva iránti kereslet viszonylag kicsi, másrészt csak igen jól körülhatárolt módon alkalmazható. Az elérhető szakirodalom nyomán összefoglalják a vízben vajúddással és szüléssel kapcsolatos ismereteket. Ezek szerint a módszer biztonságos, de csak akkor, ha a szakmai, etikai és higiénés szabályokat betartják. A Szent Imre Kórház Szülészeti osztályán 4 év alatt 271 (4,5%) vízben vajúddás és 2 (0,03%) vízben szülés volt. A szerzők e kezdeti tapasztalataik alapján úgy gondolják, a vajúddó kádaknak érdemes helyet keresni (és találni) a szülőszobákon.

Kulcsszó: vízben szülés

Az utóbbi években a szülészeti gyakorlatban nagy változásoknak lehettünk szemtanúi. Ezek a változások főleg a szülés hangulatát változtatták meg. A szülészeti alternatívák kínálatának a bővülése tapasztalható napról napra, s ma már elmondható, hogy a családközpontú szüléset teret nyert Magyarországon.

Az Európához való csatlakozás kapcsán – valószínű – a szüléset palettája is bővülni fog, s így várható, hogy nálunk is lesz vízben szülés, ambuláns szülés, születésház és otthonaszülés. Hangsúlyozni kell, hogy ezek a lehetőségek azonban – mindenhol – csak szigorú szakmai, szervezési és jogi feltételek teljesítése után biztonságosak.

A jogosan igényelt saját (hazai) szakmai ismeretszerzés volt a célja annak, hogy a vízben szülés módszerét alkalmaztuk. A közleményt a tapasztalataink ismertetésének szántuk.

Magyarországon 1994 óta van hivatalosan vajúddó kád a szülőszobában. A Szent István Kórházban alkalmazták elsőként. Ezt követően több kórház szülészeti osztálya szerzett be kádat, és helyezte el a szülőszobában.



Vízben szülés

A Szent Imre Kórház szülészeti osztálya 1995 decemberében nyitotta meg az alternatív szülőszobáját. Ide került be egy vajúddó kád is. Ebben a kádban négy év alatt 271 vajúddás (4,5%) és két (0,03%) szülés zajlott le.

Jelen cikkünkben erről a 2 vízben szülésről számolunk be. Tudomásunk szerint Magyarországon korábban szülészeti osztályon nem történt ilyen esemény, így e két vízben szülés tekinthető elsőnek.

Esetismertetés

1. *K. M. Cs. 29 éves asszony* (zavartalan várandósságot követően harmadik gyermekét várta) a férjével együtt 1996. május 26-án 17.20-kor került felvételre osztályunkra. A felvételi státusz: 3 ujjnyi méhszáj, álló burok, rögzült koponya, jó magzati szívhangok. A vajúdás az alternatív szülészobában zajlott. A kádat nem ajánlottuk, ők választották. A szülés olyan gyorsan haladt, hogy a burok a már mutatkozó fejnél repedt meg. Nem terveztük a vízben szülést, így véletlen eseménynek tekinthető, hogy kb. 3-4 nyomást követően – néhány másodperces víz alatti tartózkodás után – 19.15-kor megszületett a 3400 g-os fiúgyermek. Alepény már a kádon kívül született meg. Megtörtént a szokásos méhszáj, hüvely és gátrevízió: sérülés nem volt. Zavartalan gyermekágyat (az anya vérképe normális volt) követően, a jól szopó újszülöt (negatív gyermekgyógyászati státusszal), a család kérésére 2 nap múlva távoztak. A 6 hetes kontrollon normális genitális viszonyokat találtunk.

2. *J.-né B. Zs. 31 éves asszony* negyedik gyermekét várta. Zavartalan várandósságot követően 1999. szeptember 26-án 2.05-kor került felvételre. Felvételi státusz: 2 ujjnyi méhszáj, álló burok, illeszkedett koponya, jó magzati szívhangok, rendszeres kontrakciók. A vajúdás az alternatív szobában zajlott, különböző testhelyzetekben. Már az előző gyermekét is ebben a szobában szülte, a kádat is kipróbálta, így teljesen ismerős volt a környezet. 4 ujjnyi méhszájnál úgy döntött, hogy a kádat választja. Várható volt, hogy a szülés is a vízben zajlik le. Semmilyen kizárók nem voltak, így csak annyit kértünk, ha erre kerül sor, engedje meg a fényképezést. (A pontos dokumentációt a szakemberek továbbképzése céljából tartottuk fontosnak.) A vajúdó ezen kérésünkbe beleegyezett. A kitolási szak kezdetekor megkérdeztük, kiszáll-e a vízből, vagy benne marad. A válasza, s ezt kétszer is megismételte: én innen biztosan nem szállok ki! Aztán megrepedt a burok, s megjelent a megszületőben lévő magzat feje. Következő kontrakcióra két percet vártunk, a gyermek feje végig a víz alatt volt, s végül 4.04-kor született meg a 3400 gramm súlyú leánygyermek. A lepényi szak már a „szárazföldön” zajlott le. Revízió: 2 cm-es felületes gátruptúra, ez ellátásra került. Zavartalan gyermekágyat követően (a család kérésére) két nap múlva, panaszmentesen távozott otthonába, normális vérképpel és egészséges gyermekével. 6 hét múlva megjelent kontrollon: nőgyógyászati eltérés nem volt.

A két vízben szülés között több mint 3 év telt el. Bár már az első (véletlennek minősülő) szülés előtt is rendelkezésre álltak az osztrák és német klinikákon szerzett ismeretek, szükséges volt a téma intenzív kutatása, információk szerzése és újabb kapcsolatok teremtése (Active Birth Centre London).

Önmérsékletünket igen jól segítette az is, hogy a Szakmai Kollégium továbbra is csak a vízben vajúdást ajánlotta, a vízben szülést nem.

Azokra a pillanatokra vártunk, azokra a szülésekre, melyek tapasztalatai bizonyítják, hogy jó úton járunk. Tudtuk, hogy felkészültségünk alkalmassá teszi munkacsoporthatunkat a vízben szülések biztonságos kísérésére.

Lassú, de biztos ismeretszerzésre rendezkedtünk be, de a felgyorsult életritmus, a médiumok időnként felröppenő álhírei is hozzájárultak ahhoz, hogy elképzelésünket (legalább 15-20 szülés tapasztalatainak összegyűjtése, majd ezekről a szakmának szóló beszámolás) megváltoztattuk.

Magyar nyelvű közlemény nem foglalkozik a szülészobai kádakkal, azok működtetésével.

Éppen ezért úgy gondoltuk, azon intézmények szakemberei számára, akik most készülnek erre a „nedves” útra lépni, röviden összefoglaljuk a vízben szülés biztonságos bevezetésének feltételeit (*I. táblázat*).

Megbeszélés

Írásos emlékek vannak arról, hogy az ókori Egyiptomban és Görögországban zajlottak vízben szülések. Több indián törzsben (új-Zéland, Panama csatorna környéke) születtek csecsemők vízben. Cook kapitány bébi úszást is látott Hawaiiin, amikor felfedezte a szigetet. A víz őselem, az élet nélküle elképzelhetetlen. Mindnyájan a víz gyermekei vagyunk, mondja *M. Odent* [1].

Az első „orvosilag” is hitelesített vízben szülés éve 1805. Az eseményről egy orvosi szaklap Franciaországban számolt be: a napok óta vajúdó asszonyhoz kihívták a körzeti orvost, aki – nem lévén jobb ötlete – egy meleg vízzel telt kádba tetette a vajúdót. A szülés ez után olyan gyorsan zajlott le, hogy az esetet közlésre alkalmasnak tartotta [2].

Több mint 150 év telt el, amikor a 60-as években a moszkvai *Igor Csarkovszkij* a várandós asszonyokat a szülésre, vízben való gyakorlatokkal kezdte felkészíteni. Aztán a vízben való szülés következett, majd az egészen kicsi gyermekekkel való uszodai baba-mama úszás.

A hírek gyorsan terjedtek, hiszen a csarkovszkij-i gondolat lényegét (a víz tompítja a szülés körüli fizikai és lelki traumák súlyát mind a magzatnál, mind az anyánál) a francia *Frederick Leboyer* karolta fel „Az erőszak nélküli szülés” című könyvében. A válasz nem váratott magára sokáig: *Michel Odent*, ugyancsak francia orvos a pithiviers-i kórház szülészobájába egy nagy kádat helyezett. Az asszonyok nagyon hamar birtokba vették, a vajúdás óráit és kellemetlenségeit feledtetve ezzel. Aztán egyre bátrabban hagytakoztak a testükre, s nem volt kedvük kiszállni a kádból. Így kezdődött.

1983-ban *Odent* a *Lancet*-ben számolt be az első 100 vízben szülésről, s azóta a világon kb. 40 ezer gyermek született vízben [2]. A „divat” végighullámozott a Földön. Sokan szenzációként találják, mások az asszonyok önmegvalósításának tartják, néhányan – s ez az Internetes honlapokon látható – üzleti vállalkozásnak. Annak ellenére hogy, a vízben szülés elindítója és élő klasszikusa

Feltételek és gyakorlat
Előkészületek
Személyi feltételek:
– erre motivált asszonyok és férjeik,
– a szülészeti osztály vezetője a módszert bevezetni szándékozó legyen
– a témában elméleti és gyakorlati tapasztalatokat szerzett orvosok és bábák
Tárgyi feltételek:
– szülőkérd (erre alkalmas nagyságú, kapaszkodóval és csúszásgátlóval legyen ellátva)
– a kád alapos fertőtlenítése (sz.sz. bakteriológiai leoltás)
– kellően meleg szülőszoba
– meleg víz (36-37 fok), lepedők, törülközők
– Aquadrop mobil uh szívhanghallgató
– video, fényképezőgép (dokumentáció)
A gyakorlat
Vajúdás a vízben
– beszállás a vízbe: jó kontrakciók (azaz megindult szülés)
– burokrepedés: nem kontraindikáció
– az asszony: ül, fekszik, térdel, guggol
– meddig marad a vízben: amíg jólesik
– a kísérők: a kád mellett
Bizonyos esetekben nem ajánlatos a vízbe szállás:
– medencevégű fekvés
– túl nagy magzat
– ikrek
– koraszülés
– patológiás terhesség

M. Odent [1, 2] sok éve azt tanácsolja, s ezekkel a szavakkal a mi intézetünk is azonosul: a vízben szülés soha ne legyen cél, hanem választható lehetőség.

A témával foglalkozó közlemények abban megegyeznek, hogy a vízben vajúdásnak számtalan kedvező hatása van: fájdalmat csillapít, lazít, nyugtat [1, 2, 3, 4, 10, 11]. Kezdetben, mint minden új eljárás bevezetésekor, az ezzel foglalkozók úgy kívánták bizonyítani a módszer használhatóságát, hogy adatokat gyűjtöttek: ez jobb, mint az előző: kevesebb a gátmetszés, vagy kevesebb fájdalomcsillapítóra van szükség a szülés alatt [4].

Az első időszakban, az elfogadtatás időszakában, ez még érthető volt. Komoly véleménykülönbségek voltak, s ezek mögött sokszor lehetett érezni, hogy ne változtassunk azon, ami jó, ne kockáztassuk a gyermekek és anyjuk biztonságát és életét. A félelmek – megfullad a gyermek, elvérzik az asszony, mindketten fertőzést kapnak –

Kiszállás a vízből
– ha az asszony ezt igényli
– ha a magzat állapota ezt jelzi
– szívfrekvencia változás
– mekoniumos magzatvíz
– ha a kitolási szak elhúzódik
Szülés a vízben
– belső vizsgálat, gátmetszés: ritkábban
– gátvédelem: nem szükségszerű
– az újszülöttet a kigördülés után lassan kiemelni, és az anya hasára tenni
– bonding, szemkontaktus, mellretétel
– lepényi szak: a lepény lehetőleg a szárazföldön szülessen meg
Miért választják az asszonyok a vízben vajúdást?
– maximális ellazulást biztosít
– fájdalomcsillapító: 99%-ban nem vagy alig igényelnek terápiát
– az anya számára kellemes élmény a szülés
– az anya gyorsabban regenerálódik, hamarabb megy haza

az új módszer, az új közeg ismeretlensége miatt érthetők voltak.

Időközben, a 90-es évek elején már összefoglaló jellegű kézikönyvek is megjelentek, bizonyítva a használhatóságot [10, 11]. Lassan két tábor alakult ki: a teljesen elfogadók és a teljesen elutasítók táborára. Az ellenkezők szakmai érvekkel igyekeztek az új módi terjedését megakadályozni. Az elfogadók, a támogatók – főleg az asszonyok – igényelték, s így a különböző női szervezetek is.

Az állóháborút az angol parlament alsó házában egészségügyi bizottsága úgy próbálta megszüntetni, hogy 1992-ben javasolta, hogy minden kórházban – ahol erre lehetőség van – helyezzenek el vajúdókádat a szülőszobákon, s így induljon meg az adatok gyűjtése. 1992–93-ban fel is mérték az egész országot. 4494 vízben szülés adatait elemezték. Főleg a problémákra figyeltek: 12 gyermek halt meg, de a halál oka (légzési problémák, infekciók) egy esetben sem volt kapcsolatba hozható azzal, hogy vízben zajlott a szülés. Az anyáknál postpartum vérzéseket és perinealis sérüléseket találtak [6]. A Királyi Szülészeti és Nőgyógyászati Kollégium 1994-ben felhívta a figyelmet arra, hogy manapság minden új technika csak alapos, tudományos igényű vizsgálódások – hatékonyság, eredményesség, biztonság – után kerülhet bevezetésre [5].

1994-ben az oxfordi Radcliff Klinika kezdte el a prospektív vizsgálatot: van-e kockázata a vízben

szülésnek, és milyen feltételeket kell megteremteni a biztonságos működéshez [5].

Ma már sok hasznos megfigyelés segíti az erre az útra lépőket. Így a – már *Odent* által is javasolt – 37 fokos víz hőmérsékletet sem érdemes túllépni, mert magzati tachycardiát okoz. Ezt egy kis hideg víz hozzáadásával gyorsan meg lehet szüntetni [9]. A víz sótartalma is gondot okozhat azon ritka esetben, amikor a magzat vizet aspirál. A kialakult hyponatraemia kezelést igényel [8].

Az Interneten több százra tehető a témával foglalkozó közlemény, főleg a különböző országok szülésznő szervezetei által támogatott lapokban.

A Királyi Szülésznő Kollégium is állást foglalt a vízben szülést támogatva, ha ezt a szülőnő választja, és ezt a módot ő találja kényelmesnek [5].

A tudományos vita igen eredményes volt. Bebizonyosodott, hogy a kellő ismeretek birtokában, a szabályok betartásával, ez a szülési forma sem veszélyesebb, mint a hagyományos: nem fulladnak meg a gyermekek, nem növekszik sem az infekciók, sem a vérzési szövődmények, sem a keringési zavarok száma [3, 4, 6, 13].

Anglia és Wales anyagát áttekintve, egy 1999-es közlemény szerint 4032 vízben szülés adatai alapján, azt találták, hogy a vízben vajúdo asszonyok és újszülöttjeik perinatalis morbiditása és mortalitása közel azonos az alacsony rizikójú csoportba tartozó és „szárazföldön” szült asszonyok adataival. A közlemény szerint az alacsony kockázatú csoportba a normál terhességet követő, spontán hüvelyi és természetes lefolyású szülések várományosai tartoznak.

Kézenfekvő volt annak a felvetése is, hogy az idegen közeg járványügyi kockázatot is jelent. A vajúdo kádban lévő nem fertőtlenített vízben, a vezetékben és a kádban előfordul baktérium (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*) – annak ellenére is, hogy a kádat fertőtlenítik –, de fertőzést nem okoz [12]. Az anyákat nem szűrjük, a rendszer bakteriológiai szűrése sem történik meg. Ezt a prevenciót általában nem tartják szükségesnek, annak ellenére sem, hogy egyes esetekben mégis előfordult magzati fertőzés [12]. Azt ajánlják, hogy ahol a vízben vajúdas és szülés gyakorlattá válik, fokozottabban figyeljenek a rendszer, a személyzet és az anyák praepartalis szűrése, a szülés után a kád vizének bakteriológiai vizsgálatára, valamint a kád hármass tisztítására (mosószer, fertőtlenítő, szárítás).

Eldering (Köln – Bensberg) 1996-ban saját intézete 1000 vízben szülését hasonlította össze 1000 low risk csoportba tartozó szülőnő szülésének adataival [3]. Hasonlóan az angliai adatokhoz,

semmilyen különbség sem volt a perinatalis morbiditás és mortalitás tekintetében. Két dolgot viszont kiemelt: a vízben szülésnél kevesebb fájdalomcsillapító (1%) volt szükség, a másik csoport 20%-ához képest. A gátmetszések száma feleannyi volt. Ezzel szemben a gátsérülések aránya minimálisan növekedett, 49%-ról 53%-ra.

A legizgalmasabb kérdésre – miért nem fullad meg a gyermek a víz alatt – a válasz meglepő volt. A vizsgálatok megváltoztatták a korábbi feltételezést, miszerint a születés utáni mellkasi dekompresszió indítja be a légzést, s ez a víz alatt – természetesen - aspirációt okoz. De nem ezt tapasztalták: a magzat a víz alatt nem vesz „levegőt”! *Eldering* magyarázata szerint ezt három tényező biztosítja:

1. a magzat már méhen belül gyakorol, és légzőmozgásokat végez

2. a tüdő egyébként is folyadékot tartalmaz

3. a bűvárok reflex felismerése.

Az ultrahang technika a magzat méhen belüli életéről igen sok új ismeretet nyújtott, így derült fény a légzőmozgásokra is. Továbbá kiderült az is, hogy az alveolusokból nem mechanikus, hanem aktív szecernálás révén ürül ki a tüdő folyadéktartalma. A leghatásosabb védelmet a bűvár reflex nyújtja: ennek révén az újszülöttnél automatikusan záródik a gégefedő, és nem jut víz a tüdőbe. Az érzékelők: az arc bőrének receptorai, a továbbítottok: a trigeminus afferensek az agytörzsbe, és válasz: apnoe (kilégzési állapotban) a gégefedő zárásával. Ez a védőreflex a születés utáni 4–6 hónapig még kiváltható. Ennek ismeretében ajánlotta *I. Csarkovszkij* és *M. Odent* a bébi-úszást, ami manapság már világszerte igen népszerű.

Ezek szerint, ha a magzat vízből vízbe kerül, nem nyílik meg a gégefedő, s teljes biztonságban van. Ha a fej már kiemelkedett a vízből, s visszacsúszik, akkor ez már kockázatos lehet.

A fenti védő mechanizmusok csak abban az esetben működnek, ha nincs magzati hypoxia. Hypoxia vagy asphyxia esetén a fenti funkciók megváltoznak.

A vészhelyzetek felismerése szakmai követelmény, s ez a vízben vajúdas és vízben szülésre is vonatkozik. Soha ne maradjon kontroll nélkül a vajúdo, mert a hypoxiás állapot (szívhangalteratio, mekoniumos magzatvíz) felismerésekor, a szülés gyors befejezésére kell törekedni, a közegetől teljesen függetlenül.

Manapság már sok helyen megnyugodtak a kedélyek. A vízben szülést elfogadták, mint választható lehetőség, a helyére került, így a korábbi bizonyítási kényszernek is vége [4]. Más országok még e vita előtt állnak, így Magyarország is.

A szülészeti alternatívák (vízben szülés, ambuláns szülés, születésház, otthoni szülés) bevezetésekor érdemes a Királyi Szülészeti és Nőgyógyászati Kollégium javaslatát megszívlelni csak teljesen egészséges asszonyok vállalkozzanak erre, olyanok, akik a már említett low risk csoportba tartoznak, s már egyszer szövődménymentesen szültek.

A szakemberek tanulási, ismeretszerzési fázisában még inkább érvényes a fenti tétel, amit saját eseteink is bizonyítanak.

A kérdést, hogy a vízben szülés új módszer, szakmai fejlődést biztosító eljárás-e, vagy divat a szülészetben, nem a mi tisztünk eldönteni.

A szakirodalom és a magunk tapasztalata is az, hogy hatásos fájdalomcsillapító módszernek tekinthető. A szülőnő vízben vajúdása során Dick-Read-féle ördögi kör (fájdalom-félelem-görcösség-fájdalom) fellazul. Az igaz, hogy a szülési fájdalom csillapítására sok egyéb lehetőség van, de ezek közül a víz a legegyszerűbb és legtermészetesebb. A gyermek számára pedig a vízből vízbe érkezés gyengéd átmenetet jelent. Sok a félreértés a szülés traumája körül, de a leboyer-i elvek a szülés pszichológiai traumájának tompítását jelentik, s erre a víz alkalmas.

Nem tagadható azonban, hogy az utóbbi években a különböző tv-csatornák, bulvárlapok és női magazinok kedvenc témája, az otthoni szülés mellett, a vízben szülés lett. Ilyen értelemben divattá vált ezekkel az alternatívákkal foglalkozni, s ennek ürügyén sötét felhőket képzelni a magyar egészségügy (s a magyar szülészet) égboltjára: maradi és nem Eurokomform.

Mindnyájan szükségesnek tartjuk a reformokat, akár a struktúraváltást is, de nem a médiumok által vezérelve.

Minden új eljárás – akár műtéttechnikai, akár szülészeti alternatíva – megjelenése óhatatlanul összehasonlításra készíti a szakembereket és az érintett pácienseket is: jobb vagy nem, mint a már ismertek.

Az elvégzett vizsgálatok bizonyítják, hogy nincs különbség a perinatalis anyai és magzati morbiditási és mortalitási adatok között.

A választékbővítést a szülőnők igénylik. S ha ez a bővítés nem kockáztatja sem az anyát, sem a magzatot, akkor nekünk – szakembereknek – figyelembe kell vennünk ezt az emberi igényt. S így kerülhet a szülőszobákba vajúdkád.

A Királyi Kollégiummal egyetértve, magunk is azt javasoljuk, hogy az új eljárások bevezetését multiprofessionális viták, kutatások, a kapott eredmények szigorú ellenőrzése előzze meg.

Az orvosi tevékenységben a leghasználhatóbb-

ak a saját tapasztalatok. A feladat tehát az, hogy prospektív kontrollált adatokat gyűjtsünk, s óvatosan haladva előre, keressük és találjuk meg a vízben szülés helyét a magyar szülészetben.

Hiszen nem szennézés a vízben szülés, hanem egy lépés előre.

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozunk Dr. Trappné Nagy Andrea és Nyulás Jolán szülésznőknek, a vízben szülésekben való közreműködésért.

Irodalom

- [1] Johnson J, Odent M. Mindnyájan a víz gyermekei vagyunk. Biográf, Budapest, 1994.
- [2] Odent M. Birth under water. Lancet 1983; 2:1476-7.
- [3] Gilbert RE, Tookey PA. Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey. BMJ 1999; 319:483-7.
- [4] Eldering G, Selke K. Wassergeburt – eine mögliche Entbindungsform? Geburtsh u Frauenheilk 1996; 56:670-676.
- [5] Jenkins R, Tyler S. Water births given a bad press. BMJ 1994; 308:920.
- [6] Alderdice F, Renfrew M. Labour and birth in water in England and Wales. BMJ 1995; 310:837.
- [7] Barry CN. Water births. BMJ 1995; 310:1602.
- [8] Kingley A, Hutter S. Waterbirths: regional audit of infection control practices. J Hosp Infect 1999; 4:155-7.
- [9] Deans CD, Steer PJ. Temperature of pool is important. BMJ 1995; 311:390-391.
- [10] Balaskas J, Gordon Y. Water Birth. Thorsons London 1992.
- [11] Lichy R, Herzberg E. The Waterbirth Handbook. Gateway Books, Bath 1993.
- [12] Rawai J, Shah A. Water birth and infection in babies. BMJ 1994; 309:511.
- [13] Eldering G. Wassergeburt – eine mögliche Entbindungsform? Perinatal Medizin 1997; 9:40-44.

Bálint S, Rákóczi I. *Waterbirth: fashion or justification claim?*

The authors are first in Hungary to publish a report on waterbirth in a medical institution. There have been about 40000 waterbirths in the world over the past 30 years. It is partly due to a moderate demand, but also to the fact that it can be performed in limited circumstances. They survey the literature, and they conclude that the method is reliable if the professional, ethical and hygienic rules are respected. Over the past 4 years 271 cases of waterlabor and 2 waterbirths have been managed at the obstetrical ward of St. Imre Hospital (Budapest) Based on initial experience the authors think it is worth considering the proper location for water tub in delivery room.

Key words: waterbirth

Közlésre elfogadva: 2000. június 23.