

A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében

Erős Erika dr.¹ ■ Hajós Anett¹ ■ Kovács Réka¹ ■ Supák Dorina oh.²

¹Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Családtervezési, Koragyermekkori és Ifjúsági Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest

A pozitív családtervezés célja a koraszülés és a veleszületett rendellenességek megelőzése. Az ebben az időszakban alkalmazott primer prevenciók modellek a gyakori halálokokat jelentő betegségek megelőzését is lehetővé teszik. Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) küldetésének tekinti a prekonceptcionális egészség és így az anya és csecsemő egészségének fejlesztését. A jelen közlemény az intézet családtervezési osztályának gyakorlatát és az elmúlt hat év munkáját mutatja be. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 1667–1673.

Kulcsszavak: pozitív családtervezés, prekonceptcionális gondozás, folsav-szupplementáció, koraszülés, termékenységi mutató, népességcsökkenés

Current practice of Positive Family Planning Service in the National Institute of Child Health in the last six years

The aim of positive family planning is to prevent preterm delivery and congenital abnormalities. Using primer prevention models at this time helps to prevent the common disorders which are the leading causes of death. The mission of the National Institute of Child Health is to promote preconceptional health and thus, mother and baby's health. This article introduces the practice of our institute's family planning department and the last six years' experiences. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 1667–1673.

Keywords: positive family planning, preconceptional care service, folic acid supplementation, preterm delivery, population decline, fertility rates

(Beérkezett: 2012. augusztus 22.; elfogadva: 2012. szeptember 20.)

A családtervezés évtizedek óta napjainkig kiemelt figyelmet kap az orvosi tudományban és gyakorlatban egyaránt. Mégis mindmáig a szakemberek többsége is a fogamzásgátlás szinonimájaként használja ezt a fogalmat, azaz a negatív családtervezést hangsúlyozza. A nem kívánt terhességek megelőzése világszerte igen fontos, de míg a világ a túlnépesedés problémájával küzd, a fejlett országokban jellemzően csökken az élveszületések száma. A szülők jellemzően egy, esetleg kettő, de „tökéletes” gyermeket szeretnének.

Magyarországon a termékenységi mutató az elmúlt tíz évben 1,28 és 1,35 közötti [1], amely aggasztóan mutatja a népesség csökkenését. Ilyen körülmények között különösen felértékelődik a minőségi, „pozitív családtervezés”, amelynek célja a kívánt terhesség óvása, a koraszülés és a veleszületett rendellenességek megelőzése. A prekonceptcionális gondozás az egyetlen optimális lehetőség e célok elérésében, s egyben a leghatékonyabb módja az egészségfejlesztésnek, a gyakori halálokok primer prevenciójának is.

Hazánkban az 1980-as évek óta működik az „optimális családtervezési modell”, illetve intézetünkben – az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben (OGYEI) – az ezen módszerből kifejlesztett szolgáltatás, amely a mindenkori tudományos ismeretek integrálásával a tervezett terhességek esetén pszichoedukációt, szűréseket, szükség szerint orvosi ellátást nyújt a leendő családtervezőknek. A szolgáltatást speciálisan képzett védőnők végzik, amelyhez orvosi konzultációk kapcsolódnak. A szolgáltatás a tervezett terhességet megelőzően három hónappal kezdődik és a 12. terhességi hétig tart.

Módszer

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet – mint a korábbi Optimális Családtervezési Szolgáltatás jogutódja – keretében működik a Családtervezési, Koragyermekkori és Ifjúsági Osztály, amely országos szinten nyújt szolgáltatást multidiszciplináris szakembergárda (andrológus, dietetikus, genetikus, gyermekgyógyász, nőgyógyász, pszichiáter, pszichológus, szexológus, szoptatási tanácsadó, védőnő) alkalmazásával [2].

Az ellátás alapszerkezete három lépcsőre épül:

1. fogamzóképeség ellenőrzése,
2. három hónapos felkészülés a fogamzásra,
3. a kora terhesség fokozott védelme.

A programban részt vevőknek két kritériumnak kell megfelelniük: jelenleg nem várandósak, és kevesebb mint egy éve élnek aktív, fogamzásgátlás nélküli szexuális életet, azaz meddőség gyanúja nem merül fel.

Az első találkozáskor strukturált interjú történik védőnővel, amelynek során pontos családi anamnézis, a kliens orvosi anamnézise és életviteli szokásai, szocioökonómiai helyzete tisztázódik. Vérvételt követően laboratóriumi vizsgálatra kerül sor, hogy a leendő várandós esetleges anaemiáját, varicella – és az 1977 előtt születettek esetén rubeola – iránti védettségét szűrjük.

Az utóbbi években beillesztettük a szűrővizsgálataink közé a potenciálisan magzatkárosító *Toxoplasma gondii* fertőzésre való fogékonyág tesztelését is, mivel e fertőzés védőoltással nem, de életmódtanácsokkal nagy eséllyel megelőzhető. Mind a bárányhimlőre, mind a rubeolára, illetve *Toxoplasma*-fertőzésre fogékony családtervezőket a Szent László Kórházban működő Védőoltási Tanácsadóba irányítjuk a szükséges védőoltások ütemezésére, beadására, illetve a *Toxoplasma*-fertőzés prevenciójára irányuló gondozásra. Mindezen ellátások tapasztalatairól más közleményben számolunk be, a jelen értékelésben nem szerepelnek.

Amennyiben a konzultáció során, az anamnézis alapján felmerül a szexuális úton terjedő betegség (STD) gyanúja, ilyen irányú szűrővizsgálatot is végzünk. Ugyancsak a konzultáció alapján szűrhetők ki a családi halmozódású multifaktoriális betegségek és az anyai betegségek (epilepszia, depresszió, diabetes stb.), amelyek speciális ellátást igényelnek a perikoncepcionális időszakban. Ezen pácienseket a képzett védőnő a megfe-

lelő orvosi ellátásra irányítja: genetikai tanácsadásra, nőgyógyászati vizsgálatra, belgyógyászati, pszichiátriai konzíliumra.

A pszichiátriai-pszichológiai konzílium szükségességét kérdőíves szűrés is segíti. A premenstruális szindróma (PMS) felismeréséhez önkitöltős tesztet használunk. Ennek értékelését követően a PMS-ben szenvedő nők pszichiáter vagy pszichológus szakemberrel találkozhatnak. A pszichológiai ellátás célja kettős: az életminőséget rontó PMS-es panaszok csökkentése, kezelése és a szülés utáni depresszió iránti fogékonyaságról és a megelőzési stratégiákról való tájékoztatás. PMS-ben szenvedő nők esetében ugyanis a depresszió előfordulásának esélye életük során ötször-hatszor magasabb, mint panaszmentes esetekben. Tekintettel arra, hogy a terhesség és a szülés utáni időszak a depresszió megjelenésére kiemelt kockázatú életszakaszt jelent, a PMS-ben szenvedő nők magas rizikójú családtervezőnek tekintendők pszichiátriai szempontból, ennek megfelelően speciális ellátást kapnak. Ezt a családtervezési modell alapvető célkitűzései is megkövetelik, tekintettel arra, hogy az ante- és postnatalis depresszió és annak kezelése teratológiai konzíliumot igényel, és a koraszülés kockázatát is fokozza.

Az első találkozás jelenti a terhességre való három hónapos felkészülés kezdetét. Ekkortól javasoljuk a folsavtartalmú multivitamin szedését. A prekoncepcionális időszakban alkalmazott folsav-szupplementáció veleszületett rendellenességet megelőző hatásáról 1980 óta számos vizsgálat [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9] szolgáltatott bizonyítékot. Jelenlegi ismereteink szerint a veleszületett rendellenességek egyharmada védhető ki a perikoncepcionális gondozás során alkalmazott folsavtartalmú multivitamin adásával. Jelenleg Magyarországon több, e célra előállított vitamin van forgalomban. A szükséges folsavtartalom mennyiségéről európai egyeztetés történt, így a 0,7 mg folsavat véleményezték a hatékony és elégséges mértéknek. Ennek megfelelően a hasonló összetevőjű magzatvédő vitamin szedését javasoljuk pácienseinknek.

A három hónapos felkészülés során a családtervező nő az ébredési testhőmérsékletét méri és rögzíti, amelynek elemzésével megítélhető a ciklus során a peteérés megléte és ideje. A normális (általában 28–29 napos ciklus és rendszeres peteérést mutató) ébredési görbe esetén a fogamzás eléréséhez legideálisabb napnak a peteérést megelőzőt javasoljuk: ekkor a legnagyobb a megtermékenyülés esélye, és nem áll fenn a petesejt túlérésének veszélye. Ez utóbbi esetlegesen a megtermékenyülés utáni osztódási zavar kockázatát növeli, ami a számbeli kromoszóma-rendellenességek rizikójával összefüggésbe hozható. Az ivarsejtek védelme érdekében a felkészülés idején a felesleges, illetve mellőzhető gyógyszerektől való tartózkodást, a dohányzást és az alkoholfogyasztást mellőzést kérjük. Ez idő alatt az addig esetlegesen alkalmazott hormonális fogamzásgátlás elhagyását és óvszerrel történő védekezést javasolunk. Az első találkozás részét képező spermavizsgálat a nehezi-

tett teherbe esés gyors és noninvazív kiszűrését teszi lehetővé.

A védőnővel való második találkozás során a felkészülési időszak tapasztalatait és adatait elemzik, és az optimális fogamzási időszak meghatározásával elkezdődik a sikeres fogamzás eléréséhez szükséges „munka”. Korábban élt egy hiedelem, miszerint a kívánt fogamzás előtt háromnapos szexuális megtartóztatás célszerű a spermiumszám növelése érdekében. Az utóbbi évek kutatásai azt igazolták, hogy a napi gyakoriságú szex nem rontja a fogamzás esélyét. Általában három–négy hónap alatt következik be a kívánt fogamzás, amelyről informáljuk a családtervező párt, hogy megelőzzük a teljesítményszorongást.

A sikeres fogamzás detektálása vizelettesztel és korai ultrahanggal történik, amelynek fő célja a méhen kívüli terhesség korai felismerése. Az általános gyakorlatban a terhesség elvégzése legfeljebb a 8–10. héten kezdődik, így az organogenezis legérzékenyebb időszaka figyelmen kívül marad. Szolgáltatásainkban kiemelten óvjuk a kora terhességet, így a menzesz kimaradása után azonnal vizeletből terhességi teszttel igazoljuk a várandósságot, az 5–6. héten pedig nőgyógyász ultrahanggal igazolja a méhben a beágyazódást. Ebben az időszakban a dohányzástól passzív formában is óvjuk a várandósságot, javasoljuk, hogy az alkoholfogyasztást kerüljék, az anyai betegségek indokolt gyógyszeres szedésével kapcsolatban pedig teratológiai ismeretekkel rendelkező szakember nyújt konzultációt. Egyben a teratológus véleményezi az esetlegesen veszélyes környezetet jelentő munkahelyeket is. A 12. hétig mindenképpen, de mai ismereteink szerint a várandósság teljes időtartamában javasolt a magzatvédő vitamin szedése, ugyanis így csökkenthető a koraszülés kockázata. A túl nagy súlyú magzattal kapcsolatos aggodalmakat a szakirodalmi adatok nem támasztják alá. A 11–12. héten a Down-szindróma szűrése kombinált teszt segítségével történik, ezzel a vizsgálattal fejeződik be a szolgáltatás. Ezt követően az időszak összefoglalásával terhesség gondozóba irányítjuk a kismamát.

A családtervezés eredményességét a terhesség kimenetele igazolja. A harmadik védőnői találkozón megkérjük a kismamát, hogy jelezzen vissza a várandósság eredményességéről.

Eredmények

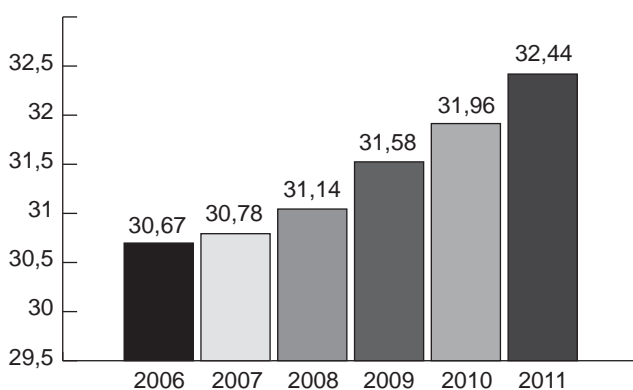
2006 és 2011 között az OGYEI-ben 1749 családtervező pár vette igénybe a szolgáltatást (1. táblázat). A vizsgált időtartamban a családtervező nők átlagéletkora – a cs-

1. táblázat | A szolgáltatást igénybe vevők létszáma

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Létszám (családtervező pár)	453	412	250	194	169	271

2. táblázat | A családtervező nők átlagéletkora a családtervezési program megkezdésekor, évenkénti lebontásban

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Átlagéletkor (év) (családtervező nő)	30,67	30,78	31,14	31,58	31,96	32,44



1. ábra | A családtervező nők átlagéletkora a családtervezési program megkezdésekor, évenkénti lebontásban

3. táblázat | A családtervező nők iskolai végzettség szerinti megoszlása, évenkénti lebontásban

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alapfok	1%	2%	3%	2%	1%	2%
Középfok	8%	6%	10%	12%	2%	8%
Felsőfok	91%	92%	87%	86%	97%	90%

ládtervezési program megkezdésekor – 31,42 év (2. táblázat, 1. ábra). A családtervező nők iskolai végzettségét a 3. táblázat mutatja be. A teherbe esések száma összesen 1478 (a jelentkezők 84,5%-a) (4. táblázat). A szülések száma összesen 1403 (a jelentkezők 80,2%-a) (5. táblázat).

A vetélések száma összesen 75 (átlagosan a teherbeesők 5,07%-a) (6. táblázat, 2. ábra), a koraszülések száma összesen 63 (átlagosan a teherbeesők 4,26%-a) (7. táblázat).

4. táblázat | A teherbe esések száma, évenkénti lebontásban

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Teherbe esések száma (fő)	375	352	209	165	152	225
Teherbe esések aránya a jelentkezők függvényében	82,8%	85,4%	83,6%	85,1%	89,9%	83%

5. táblázat | A szülések száma, évenkénti lebontásban

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Szülések száma (fő)	356	342	197	153	138	217

A családtervező férfiak spermavizsgálatának eredményeit a 8. táblázat és a 3. ábra mutatja be. A dohányzók és alkoholfogyasztók arányát pedig a 9. táblázat részletezi.

A családtervező nők anamnézisében szereplő leggyakoribb betegségek a program kezdetekor cukorbetegség, depresszió-szorongás, elhízás, epilepszia, magas vérnyomás, pajzsmirigy-működési zavar.

A családtervező nők körülbelül 40%-ban fordul elő valamilyen krónikus betegség, a pszichés problémákkal küzdők aránya 25%.

Az STD-k aránya alacsonyabbnak tűnik az átlagnál, ez talán magyarázható azzal, hogy a hozzánk forduló párok felelőssége a reprodukív egészségükre vonatkozóan is magas. Azonban adódik abból is, hogy az STD-k szűrésére általában csak panasz esetén kerül sor a nőgyógyász javaslatára. Ennek oka, hogy a szűrővizsgálatok további költséget jelentenek a páciensnek, tekintettel arra, hogy azokat az OEP nem finanszírozza. Ezért a páciensek mintegy 25–30%-a igényli ezt a lehetőséget, például chlamydia, ureaplasma, herpeszvírus szűrése.

Szexuális problémák viszonylag ritkán fordulnak elő. Nőknél dyspareunia-vaginismus az esetek 15%-ában panasz, ebből érdekes, hogy öt igen súlyos vaginismust észleltünk. Ezekben az esetekben a nő négy esetben szűz volt. Egy esetben behatolás soha nem történt, de nőgyógyász korábban műtétilag altatásban végezte el a deflorációt. Négy esetben sikeres terápiát követően egészséges csecsemő született. Az utolsó eset kezelése folyamatban.

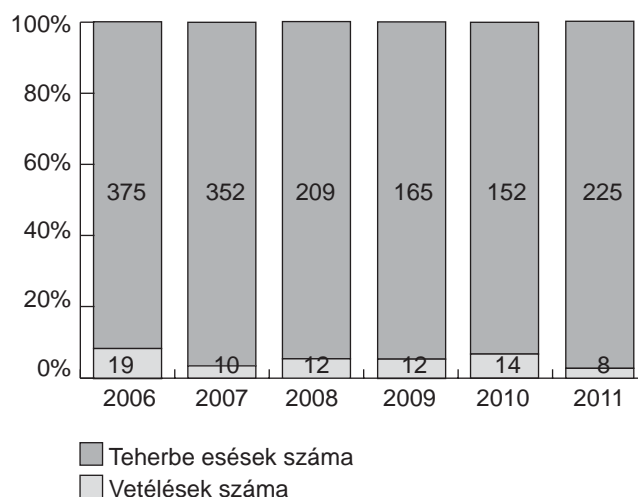
Férfiaknál az ejaculatio praecox 15%-ban súlyos fokú (általában behatolás előtt, illetve közben elévlez a páciens). 10%-nál az ED (erekciós zavarok) különböző mértéke a panasz. Egy esetben a családtervezés időszakától a feltételezett megtermékenyülési periódusban a férfinél a merevedés soha nem volt elérhető. Öt alkalmas terápiát követően fogamzás történt, egészséges gyermeknek örülnek a szülők.

A veleszületett rendellenességek

A vizsgálat időszakában 14 veleszületett rendellenességet jeleztek vissza a szülők. Ezek közül három microanómia. A további 11 észlelt veleszületett rendellenesség: a terhesség 20. hetében magzati ultrahanggal

6. táblázat | A vetélések száma, évenkénti lebontásban

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vetélések száma (fő)	19	10	12	12	14	8
A teherbe esések számához viszonyítva	5,06%	2,8%	5,7%	7,3%	9,2%	3,6%



2. ábra | A vetélések és teherbe esések száma, évenkénti lebontásban

detektált agyi ciszta, amely miatt terhességmegszakítás történt. Ugyancsak terhességmegszakítást végeztek a 19. héten felismert többszörös rendellenesség és a 18. héten felismert hydrocephalus miatt. Ezenkívül két esetben hypospadiasis, egy esetben ovariumciszta, egy esetben dongaláb, két esetben pitvari septumdefektus, egy esetben ajakhasadék és egy esetben pylorusstenosis fordult elő.

A veleszületett rendellenességek tekintetében, az eredmények értékelésével kapcsolatban, meg kell jegyeznünk, hogy a születésekről az adatok visszajelzése hiányos. A megszült nők mintegy 75%-a jelez csupán vissza, a védőnők e-mail és telefonos megkeresés útján még körülbelül 5–10%-ot érnek el. Emiatt, valamint a vizsgálati alanyok kis száma miatt az eredményeink mérésükkel megbízhatók.

Megbeszélés

Az optimális családtervezés 1984-ben indult, céljával tüzte ki, hogy integrálja az ebben az időben ismert kutatások által bizonyított módszereket a perikonceptcionális egészség fokozása érdekében. Fő célja az egészséges családtervezők körében előforduló idegcső-záródási rendellenességek kockázatának csökkentése volt. Addigra igazolódott, hogy a fogamzás előtt legalább négy héttel adott folsav, illetve folsavtartalmú multivitamin igen hatékony e cél elérésében [10]. A program feltétele volt, hogy a családtervezők krónikus betegségben, meddőségben ne szenvedjenek. Az OGYEI megalakulásakor – e modell hagyományain alapuló szolgáltatás jogutódjaként – az újabb tudományos eredmények in-

7. táblázat | A koraszülések száma, évenkénti lebontásban

Év	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Koraszülések száma (fő)	13	8	15	6	7	14
A teherbe esések számához viszonyítva	3,46%	2,23%	7,17%	3,63%	4,6%	6,22%

8. táblázat | A családtervező férfiak spermavizsgálatának eredményei

Normospermia	72,50%
Hypospermia	10,80%
Oligospermia	10,80%
Oligosoomax	2,20%
Azoospermia	2,40%
Pyospermia	1,30%

9. táblázat | A dohányzók és alkoholfogyasztók aránya, a program megkezdésekor

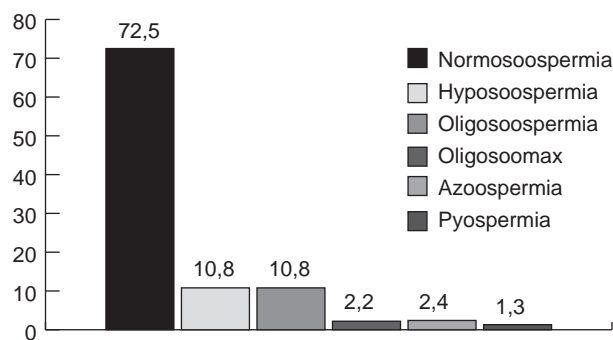
Dohányzás	Férfi	Nő
Nem dohányzik	74,5%	77,4%
Alkalmanként dohányzik	10,9%	10,3%
Leszokott	9,1%	11,1%
Dohányzik	5,5%	1,2%

Alkoholfogyasztás	Férfi	Nő
Absztinens	30,6%	34,4%
Alkalmanként (például ünnepnapokon)	44,4%	50,6%
Többször (havi gyakorisággal)	4,6%	8,2%
Rendszeresen (heti gyakorisággal)	20,4%	6,8%

tegrálásával önálló osztály feladatának jelölte ki a családtervezést. A résztvevők összetétele az évek folyamán fokozatosan megváltozott, egyre több családtervező anamnézisében szerepel sikertelen terhesség, anyai betegség és rendszeres gyógyszeres kezelés.

Az anyai életkor kitolódott, mai napig a családtervező anyák életkora növekvő tendenciát mutat. Országos szinten lényegesen változott a gyermeket vállaló anyák és a szülőképes korú nők demográfiai összetétele. A leglátványosabb változás a szülőnők életkorában következett be [1]. Mintánkban ezzel összhangban lévő eredmények mutatkoztak. Emelkedett az anyák átlag-életkora. Míg 2006-ban 30,67 év volt, addig 2011-ben már 32,44 volt.

A szülőképes kor legproduktívabb időszaka egyre nyilvánvalóbban toródik át a 20-as évek első feléről a 30-as évek elejére. 2009-ben a szülőnők átlagéletkora 29,5 év volt, az anyák első gyermekeiket pedig közel 28 (27,9) évesen vállalták. Ez utóbbi életkor öt évvel magasabb az 1990. évinél, és mintegy hat évvel haladja meg az 1970-es években jellemző 21-22 évet. Úgy tűnik, hogy jelenleg abban az életkorban kezdik el világra



3. ábra | A spermavizsgálatok eredményei (százalékos megoszlásban)

hozni gyermekeiket az anyák, amelyekben 20 vagy 30 évvel ezelőtt már befejezték termékenységüket, kialakítva az akkor általánosan jellemző kétgyermekes családot [1].

A kívánt első és további gyermekek halogatása a biológiai kockázat tényezőivel is összefügg. Harminc év felett a nők fogamzóképesége kezdetben lassan, 35 év felett egyre gyorsuló ütemben csökken, és a terhesség is egyre bizonytalanabb kimenetelű. A 30 év feletti kívánt fogamzások kimenetelét tekintve egyértelmű, hogy az életkor előrehaladásával csökken az élveszületések és emelkedik a vetélések aránya. A 2009. évi adatok szerint 30 éves életkorban még nagy az esélye annak, hogy a kívánt fogamzás szüléssel végződik (87%). Ez az arány 36 éves életkorban 80%-ra, 41 éves életkorban pedig 60%-ra esik. 42 éves életkortól pedig, ha a kívánt fogamzás mégis bekövetkezik, már nagyobb az esélye a vetélésnek, illetve a magzati halálzásnak, mint az élveszületésnek [1].

Programunkban a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya igen magas, amely az eredmények értékelését nehezíti, hiszen az alacsony szocioökonómiai státusz, szakirodalmi adatok szerint, magas rizikót jelent a koraszülés, kis súlyú újszülött és a veleszületett rendellenességek irányában is. A résztvevők magas képzettsége hátterében fő ok a saját és gyermekük egészsége iránti nagyobb felelősség, a több forrásból (például internet, könyv) szerzett tudás, de sok esetben az esetleges ellentmondó adatok által keltett szorongás és perfekcionizmus. Végül, de valószínűleg elsősorban fontos az a tény, hogy a társadalombiztosítás nem fedezi a családtervezést, így a szolgáltatás térítéses alapon (az intézet önköltségeihez arányosítva) működik, valamint a szükséges vitaminok ára is meglehetősen magas. Így éppen a legveszélyeztetettebb réteg nem tudja még a minimális szükséges költséget sem vállalni. Sajnos, a terhességeknek csak körülbelül a fele tervezett, így ez eleve rontja a

megelőzési modell alkalmazását. Ennek javítására széles körű egészségnevelő kampányokra volna szükség. A koraszülés és a veleszületett rendellenesség kezelése, a személyes tragédián túl, az egészségügyre is súlyos költségeket ró.

Becsült adataink vannak a koraszúlással kapcsolatban. Az igen kis súlyú újszülöttek közvetlen ellátási (megszületéstől a hazabocsátásig vagy halálig) költsége jelenleg 4,5–5,0 milliárd Ft-ra tehető. A további évi 8000 koraszülött közvetlen ellátási költsége 4,8 milliárd Ft. A koraszülöttek közvetlen ellátásának költsége tehát 10 milliárd Ft-ra tehető jelenleg évente. A sokokú koraszülés gyakoriságának csökkentése a fogamzás előtti kivizsgálás és tanácsadás segítségével, a strukturált és standardizált rizikófelméssel és a fokozottan veszélyeztetett várandósok speciális prae-natalis ellátásával csökkenthető. A koraszülés hazai gyakoriságának 20%-os csökkentésével évi 2 milliárd Ft megtakarítást lehetne elérni az OEP-kassza számára. Ennek az összegnek egy jelentős részét további prevenciók célokra lehetne visszaforgatni [11].

Egy friss európai (angliai) elemzés szerint (elsősorban spina bifidára vonatkozóan) több mint 500 ezer EUR-ra rúgnak az egészségügyi, korai fejlesztéshez kapcsolódó közvetlen és az egyéb közvetett (társuló betegségek, gondozás) költségek egy spina bifidás beteg életében (total lifetime costs) [11].

A magzati halálozások száma országos szinten 2008 és 2011 között 16% és 23,8% között változott (KSH, 2012) [12]. A vizsgált mintánkban ezzel szemben 2,8% és 9,2% között van ez az arány. A szülések 5–10%-a koraszülés a fejlett országokban, Magyarországon évek óta 8% körüli, nagyjából változatlan mértékű [13]. Családtervezőinknél 2,23% és 7,17% között volt. Ezen adatok a program eredményességét támasztják alá.

A családtervezési programra jelentkezők számában csökkenés mutatkozott 2008 második felétől, amelyre magyarázatul szolgál a program fizetős szolgáltatással tétele.

Következtetések

A perinatalis kimenetek javulásában akkor várható újabb eredmény, ha a prekonceptcionális egészségre és prekonceptcionális gondozásra (prekonceptcionális egészség) fókuszálunk.

Az elmúlt évtizedben a fejlett országokban az egészséges gyermek születését célzó javaslatok között kiemelt figyelmet kapott a pre- és perikonceptcionális egészségmegőrzés, gondozás, ugyanis az emberi élet első két évében bekövetkező halálozásnak két meghatározó tényezője van: a veleszületett rendellenességek és a koraszülés. Ezeknél a kórképeknél a preventív program döntő lehetőségekkel rendelkezik.

Paradigmaváltásra van szükség mind az egészségügyben, mind az egészségpolitika területén annak érdekében, hogy a perikonceptcionális ellátás megvalósulhasson, mindenki számára elérhetően. A nők terhesség

előtti egészségi állapotának javítása a terhesség kimenetelét pozitívan befolyásolja. A hangsúly sokáig a korai prae-natalis gondozáson volt, de ez nem teszi lehetővé számos fejlődési rendellenesség megelőzését, mivel az organogenezis a fogamzást követően rövid időn (60 napon) belül befejeződik [11].

Jelenleg nincs egységes ismertető útmutató a pozitív családtervezésre. Elszigetelten működő perikonceptcionális gondozásra szakosodott nőgyógyászati rendelések vannak, amelyek nem nyújtanak teljes körű tanácsadást, gondozást. Multidiszciplináris családtervezési központok elvétve léteznek. Az elvárható gyakorlat kevés esetben valósul meg, szupervízió gyakorlatilag nem létezik [11]. Ezért az OGYEI 2011-ben a „Közös Kincseink a Gyermekek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program keretében összehívott egy multidiszciplináris szakértőkből álló munkacsoportot, amely megalkotott egy „Szakmai irányelv a pre- és perikonceptcionális gondozásról” című irányelvtervezetet, a perikonceptcionális gondozásra vonatkozóan.

Ennek elsődleges célja az volt, hogy megalapozza a perikonceptcionális gondozás szervezett formájú szolgáltatásának magyarországi megvalósulását. A kialakítandó szolgáltatás üzemeltetője lehet szükség szerint az állam, illetve az önkormányzat, de a kínálatot a magánszféra is kiegészítheti. Hangsúlyos, hogy a perikonceptcionális ellátás szervezett formában szakmailag magas színvonalon és mindenki számára egyformán hozzáférhetően működjön (esélyegyenlőség).

A bizottság javasolta, hogy a téma, probléma iránti érdeklődés felkeltésére, társadalmi mozgósítás céljából legyen egy kitüntetett hét, amely „A családtervezés hete” lenne, valamint egy ezzel foglalkozó multidiszciplináris kongresszus két évente. Ezzel segíthetnénk a fontos egészségnevelő információk széles körű eljuttatását a lakossághoz. Biztonságot fokozó, támogató, megfelelő ellátórendszer nagyban segítheti a gyermekvállalás iránti hajlam növekedését, és a vállalt gyermek(ek) jobb születési esélyeit. Ez egyben a népességsökkenés elleni egyik hatékony eszközt is jelentheti. Ezért hosszabb távon mindenképpen cél lenne országszerte családtervezési központok létrehozása, amelyek az ez irányban képzett szakemberek multidiszciplináris működésén alapulnak.

Az irányelv bevezetésével elérhető eredmények várható egészségnyeresége az, hogy csökken a veleszületett rendellenességek és a koraszülés kockázata, s így a csecsemőhalandóság is. A megelőzött rendellenességek közvetlen egészségügyi költségei által okozott kiadás-csökkenés azonnal jelentkezik. Az érett szülések költségcsökkenése részben azonnal várható (koraszülött-gondozás emelt költségének elmaradása), részben évtizedes távlatokban várható, az elmaradt vagy legalább később jelentkező metabolikus szindróma diagnózissal összefoglalható betegségspektrum költségcsökkenésével. Közvetlen eredménynek tekinthető még a gyermeket váró párok nagyobb biztonságérzete, nyugodtabb

várandóssága. Ennek költségcsökkentő hatása nehezen mérhető, de a terhesség alatti szorongásnak a terhesség kimenetelére gyakorolt negatív következményeire vonatkozóan egyre több adat gyűlik össze a kutatásokból. A veleszületett rendellenességek súlyos, általában defektállapotot jelentenek, azaz teljes gyógyulás ritkán érhető el. A pozitív családtervezés mint megelőzés jelentheti az egyetlen optimális megoldást erre a problémára és a koraszülésből adódó nehézségekre is.

Irodalom

- [1] *Hungarian Central Statistical Office: Childbearing and Child Rearing.* [Központi Statisztikai Hivatal: Gyermekvállalás és gyermeknevelés.] Budapest, 2011. [Hungarian]
- [2] *Erős, E.: History and current practice of Hungarian Family Planning Service.* [A magyar családtervezés története és a jelen gyakorlat.] *Gyermekgyógyászat*, 2010, 61, 3–6. [Hungarian]
- [3] *Smithells, R. W., Sheppard, S., Schorah, C. J., et al.: Possible prevention of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation.* *Lancet*, 1980, 1 (8164), 339–340.
- [4] *Smithells, R. W., Sheppard, S., Wild, J., et al.: Prevention of neural-tube defect recurrences in Yorkshire: final report.* *Lancet*, 1989, 2 (8661), 498–499.
- [5] *Czeizel, A. E.: Ten years of experience in the periconceptional care.* *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1999, 89, 43–49.
- [6] *MRC Vitamin Research Group: Prevention of neural-tube defects: results of the Medical Research Council vitamin study.* *Lancet*, 1991, 338 (8760), 131–137.
- [7] *Czeizel, A. E., Dudás, I.: Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation.* *N. Engl. J. Med.*, 1992, 327, 1832–1835.
- [8] *Berry, R. J., Li, Z., Erickson, J. D., et al.: Prevention of neural-tube defects with folic acid in China.* *N. Engl. J. Med.*, 1999, 341, 1485–1490.
- [9] *Czeizel, A. E.: Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation.* *Br. Med. J.*, 1993, 306, 1645–1648.
- [10] *Erős, E., Hajós, A.: Family planning in Hungary: past and present.* [A családtervezés Magyarországon: múlt és jelen.] *Orv. Hetil.*, 2010, 151, 1858–1862. [Hungarian]
- [11] *National Institute of Child Health [Országos Gyermekegészségügyi Intézet], Csordás, Á., Odor, A., Oláh, É., Paulin, F., Siffel, Cs.: Guideline Proposal of pre- and periconceptional care.* [Szakmai irányelv javaslat a pre- és perikoncepcionális gondozásról.] OGYEI – Kézirat, Belső használatra, 2011. [Hungarian]
- [12] *Hungarian Central Statistical Office/Data/Tables (STADAT)/Population and vital events [Központi Statisztikai Hivatal/Adatok/Táblák (Stadat)/Népesség, népmozgalom.]* www.ksh.hu [Hungarian]
- [13] *Professional Protocol of the Ministry of Health on imminent premature birth, issued by the Obstetrics and Gynaecology Board.* [Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a fenyegető koraszülésről.] *Egészségügyi Közlöny*, 2008. február 21., LVIII. évf. 3. szám, 1508–1517. [Hungarian]

(Erős Erika dr.,
Budapest, Bolgárkerék u. 3., 1148
e-mail: eros.erika@ogyei.hu)

**Tudomány
szórakoztatóan**
Az Akadémiai Kiadó
ÚJ POLIHISZTOR sorozata

AKADÉMIAI KIADÓ

AKADÉMIAI KIADÓ Zrt.
1117 Budapest, Prielle K. u. 19.
Telefon: (06 1) 464 8200
email: ak@akrt.hu
www.akademiaikiado.hu