

# VÁRANDÓSSÁG ÉS SZÜLÉS

SZABÓ LAURA - VEROSZTA ZSUZSANNA

## FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- » A magyarországi várandósgondozás komplex rendszere a védőnő, a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, – a kismama választása esetén – a szülésznő, valamint a várandós együttműködésén alapszik.
- » Az anyák átlagosan a várandósságuk 5. hetében észlelik a terhességet. A védőnőnél tett első jelentkezésük, ezzel a várandósgondozásba vételük átlagosan a 11. terhességi héten történik. Ez az időpont a kedvezőtlenebb háttérű anyák esetében kissé kitolódik.
- » A szülész-nőgyógyászok regisztrációja alapján nagyjából 30, a védőnői gondozás regisztere alapján viszont 45%-os a magas rizikójú terhességek aránya, amelyek fokozott gondozást igényelnek.
- » Az anyák többsége a várandóssága harmadik trimeszteréig átesik a kötelező és ingyenes nőgyógyászati, ultrahangos és laboratóriumi szűrővizsgálatokon. Azonban a várandósok egy része – a nőgyógyászati ellátás esetében a 31%-uk, az ultrahangvizsgálatnál az egyötödük – ennek során kizárólag a magánegészségügy szolgáltatásai felé fordul.
- » A magán- és társadalombiztosítás által finanszírozott várandósgondozási ellátások igénybevétele mögött erős szociodemográfiai meghatározottságok azonosíthatóak.
- » Magyarországon a szülések túlnyomó többsége állami fenntartású kórházban vagy klinikán zajlik. A szülések 56%-ánál van jelen a gyermek apja. 2018-as kutatási adatok alapján Magyarországon minden második anya választott szülészorvossal („fogadott orvossal”) szül, az anyák egynegyede szülésznőt is választ.
- » A császármetszések magyarországi aránya (38%) 2018-ban az ötödik legmagasabb volt az Európai Unió országai között, és fokozatosan növekszik. Úgy tűnik, a hazai ellátásban a császármetszések szüléseken belüli arányát az egészségi tényezők és kockázatok mellett társadalmi háttérjellemzők is alakítják.
- » A koraszülések aránya európai összehasonlításban Magyarországon a harmadik legmagasabb (2015-ös adat). 2018-ban a koraszülöttek aránya 8,5%, a 2500 gramm alatti súllyal született gyermekeké szintén 8,5% volt.

- » Statisztikai és kutatási adatokkal egyaránt igazolt, hogy a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetben lévő és (ettől nem függetlenül) veszélyeztetett egészségi háttérrel rendelkező nők nagyobb valószínűséggel szülnék koraszülött, kis súlyú és méhen belüli fejlődési elmaradással küzdő gyermeket. E kockázattal azonban a hazai ellátórendszer kombinált finanszírozása és a magánorvosi ellátás igénybevétele is szignifikáns kapcsolatot mutat.

## VÁRANDÓSGONDOZÁS MAGYARORSZÁGON

### A védőnői gondozás

A hazai várandósgondozás törvényi háttér-szabályozását a 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet<sup>1</sup> adja. Tehát a várandósgondozás egy olyan komplex egészségügyi szolgáltatás, amely a védőnő, a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, – a várandós választása esetén – a szülész-nő, valamint a várandós együttműködésén alapul. A várandósgondozás kezdete a szülész-nőgyógyász szakorvos által megállapított méhen belüli várandósság, rizikóbesorolás. A rendelet 2.§-a alapján ezt követően veszi gondozásba a várandóst a területileg illetékes védőnő.

Magyarországon a területi védőnői ellátás a helyi önkormányzat által kijelölt ellátási területen lakcímmel rendelkező személyek ellátását biztosítja. Védőnői szolgálat keretein belül 2019-ben 1784 finanszírozott szolgáltató működött. A védőnők havi átlagos száma 5021 fő, közülük ezren kizárólag az ifjúságvédelemben tevékenykedtek. A gon-

dozottak havi átlagos száma (iskolai gondozottak nélkül) 692 ezer gyermek (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, a továbbiakban NEAK, 2020).

A gyermekek fejlődését kísérő egyenlőtlenségek már a gyermekvállalástól kezdve, a magzati korban, valamint a születés körül megjelennek. Az ezeket hordozó tényezőket át tudjuk tekinteni a Kohorsz'18 kutatásból, melynek első hullámaiban megvalósult a várandósság és szülés időszakának részletes feltárása. A kutatás a gyermeket váró nők nagy mintáján vizsgálódik, amely nemcsak a különböző társadalmi csoportok megfelelő reprezentációját, de az ellátórendszer területi-regionális különbségeinek megjelenítését is lehetővé teszi. Nagyrészt ezen alapulnak a várandósság és a szülés szociális, gazdasági, demográfiai és egészségi szempontú elemzései e fejezetben.

A Kohorsz'18 kérdőíves kutatás adatai alapján a kismamák átlagosan a várandósságuk 5. hetében vették észre, hogy gyermekük lesz. A kutatásba beemelt, a védőnő által vezetett várandósgondozási könyvből származó adatok azt mutatják, hogy az

### KOHORSZ'18 MAGYAR SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLAT

A Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorsz-vizsgálat a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet által indított longitudinális kutatási program, amely a magyarországi gyermekek felnövekedését meghatározó társadalmi, gazdasági, egészségi, pszichés és intézményi tényezőket vizsgálja. A kutatás alapját a 2018. április 1. és 2019. április 30. között született gyermekek kohorsza alkotja. Családjaik vizsgálatára kérdő-

íves kutatás keretében, ciklikusan, több kutatási hullámban kerül sor. A vizsgálat első hullámának kérdőíves adatfelvétele a hetedik hónapban lévő várandósok közel 10%-os, országos, reprezentatív mintáján zajlott. Az adatbázis a várandósgondozási könyv védőnők által rögzített adatainak beemelésével egészült ki. A kutatás második hulláma a szülés után, a gyermekek fél éves korában folytatódott. A minta és az adatgyűjtés alapját mintegy 700 védőnői körzet alkotja, a várandósságra és szülésre vonatkozó adatok több mint 8000 anya válaszain alapulnak. ([www.kohorsz18.hu](http://www.kohorsz18.hu))

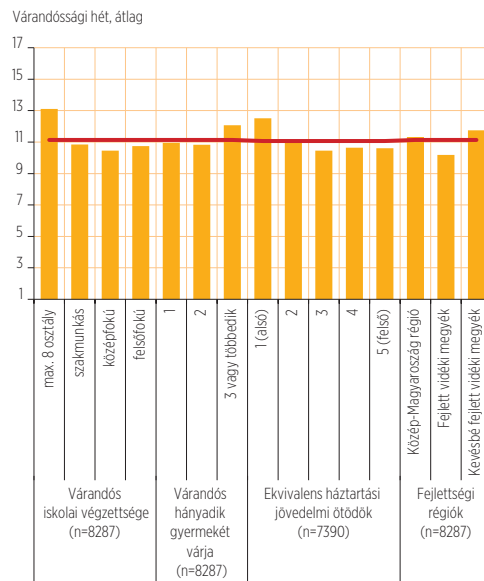
<sup>1</sup> <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm> (2021.03.01.).

anyák átlagosan a 11. terhességi héten jelentkeznek először a védőnőjüknél, megkezdve a várandósgondozásukat. A leggyakoribb kezdési időpont a várandósság 8. hete, de a 28–29. hét is mutat egy kisebb csúcsot a gyakorisági táblában (1. ábra).

A védőnői gondozás igénybevételének egyes társadalmi csoportokban fontos védő-megelőző szerepe lehet a várandósság korai szakaszában. Az adatokból mégis azt lehet megállapítani, hogy épp a kevésbé fejlett vidéki megyékben élők vették ezt igénybe a várandósság későbbi szakaszában, a 12. terhességi hét környékén (átlag: 11,7. terhességi hét), míg a fejlett vidéki megyékben élő várandósok lényegesen hamarabb (átlag: 10,2. terhességi hét) jelentek meg először a védőnőnél. A Közép-Magyarországon élők átlagosan a 11,3. terhességi héten fordulnak védőnőhöz. Társadalmi-gazdasági mutatók szerint jól látszik az is, hogy a kisebb átlagjövedelmű családokból érkező, alacsonyabb iskolai végzettségű anyák fordulnak később a védőnőkhöz, zömük csak az első trimesztert követően. Hasonló a tendencia a többgyermekes anyák esetében is.

A várandósgondozás kezdetén a leendő anya rizikóbesorolását a szülész-nőgyógyász szakorvos végzi el. A gondozás során a védőnő szükség esetén a várandóst a rizikóbesorolás felülvizsgálatának javas-

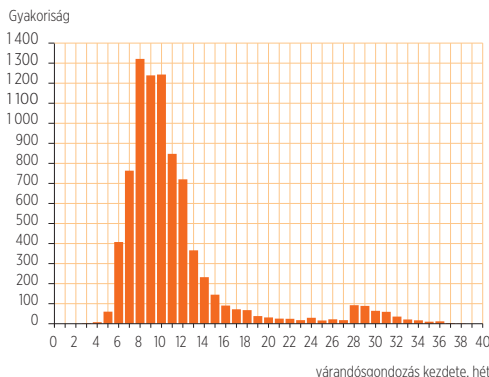
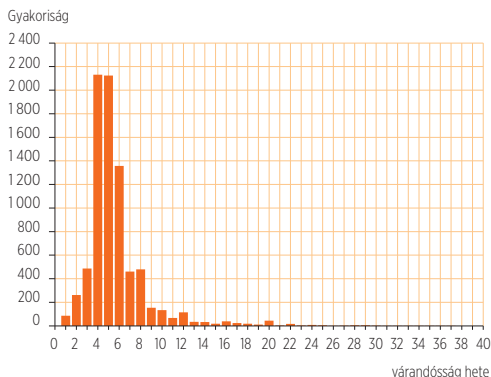
2. ábra. A védőnői várandósgondozás igénybevételének kezdete\*



\* Lakóhely-besorolás: Közép-Magyarország: Budapest és Pest megye; fejlett vidéki megyék: Bács-Kiskun; Csongrád-Csanád; Fejér; Győr-Moson-Sopron; Komárom-Esztergom; Tolna; Vas; Veszprém és Zala megye; kevésbé fejlett vidéki megyék: Baranya; Békés; Borsod-Abaúj-Zemplén; Hajdú-Bihar; Heves; Jász-Nagykunszolnok; Nógrád, Somogy és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye. A fejlettségi besorolás alapjául a 2016. évi egy főre jutó, megyei GDP-t vettük. (Kapitány, 2018).

Forrás: Kohorsz'18, várandós kutatás és a várandósgondozási könyv adatátvétele; súlyozott adatbázis.

1. ábra. A várandósság észlelése és a várandósgondozás kezdete



Forrás: Kohorsz'18, várandóskutatás és a várandósgondozási könyv adatátvétele; súlyozott adatbázis. N=8137, illetve 8223 fő.

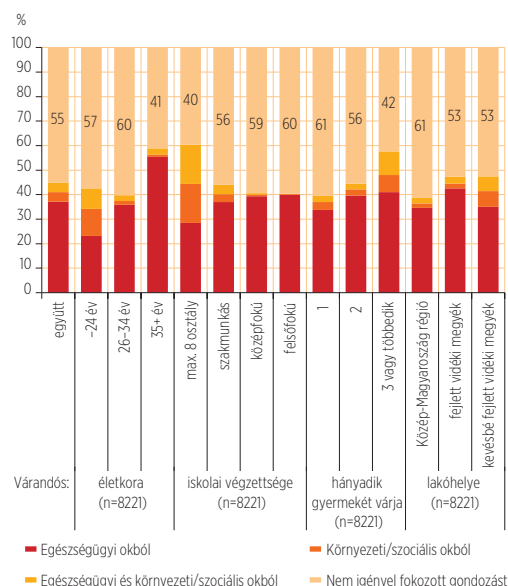
latával ismét a szülész-nőgyógyászhoz irányíthatja. Ha magas rizikójú a várandósság, akkor a várandósgondozást a szakorvosnak kell átvennie (EMMI 26/2014, 11.§).

A szülész-nőgyógyászok az anyák egyharmadánál (34%) minősítették magas rizikójúnak a terhességet, ezt az adatot a védőnő rögzíti a gondozás megkezdésekor. A szakorvosi kockázati besorolás oka azonban az esetek felében nem szerepel a várandósgondozási könyvben. A védőnők gondozási munkájuk részeként maguk is azonosítják a fokozott várandósgondozást igénylő anyákat. A kockázatok egy része az anya egészségi állapotához (pl. korábbi császármetszés, méhen belüli műtét, az anya 40 év feletti vagy 18 év alatti életkora, endokrin betegsége, habituális vetélés), más része az egészségmagatartási jellemzőihez (alkohol-, drogfogyasztás, dohányzás) kötődik. Ez alapján a védőnők a szakorvosokénál kissé magasabb arányban, a várandósok 37%-a esetében jelöltek egészségügyi kockázatot. Emellett a várandósok 4%-a igényelt fokozott gondozást környezeti/szociális okból, további 4%-uk pedig egészségügyi és környezeti/szociális szempontból egyaránt negatívan érintettként került fokozott védőnői gondozásba (3. ábra).

A fokozott védőnői gondozást igénylő várandósok megoszlása regionális és szociodemográfiai szempontból is nagy eltéréseket mutat. Az átlagtól eltérő anyai életkor az idősebbeknél (és a legfiatalabbnál) valószínűsíti a nagyfokú gondozást. Az alacsonyabb iskolai végzettségű, kevésbé fejlett régiókban élő várandósok, valamint a több gyermeket szült anyák is nagyobb arányban részesülnek fokozottabb védőnői figyelemben, utóbbiaknál a korábbi, esetleges császármetszés hatásaival is számolni kell. A fejlett vidéki megyékben a legalább érettségizett, minimum kétgyerekes, 35 év feletti nőknek általában egészségügyi okokból volt szükségük a fokozott védőnői gondozásra. A védőnőknek környezeti/szociális okok miatt kel-

lett nagyobb figyelemmel fordulni a kevésbé fejlett vidéki megyékben élő, legfeljebb 8 osztállyal rendelkező, 3. vagy többedik gyermeküket váró, 18–25 éves várandósok felé. A legvesélyeztetettebb csoport azon várandósoké, akiket mind egészségi, mind szociális/környezeti okok miatt fokozott figyelemmel kell kísérni, ők ugyanazon demográfiai csoportokhoz tartoznak jelentősen magasabb arányban, mint a környezeti/szociális okokból gondozottak.

3. ábra. A védőnő által fokozott gondozást igénylőnek minősített várandósok aránya\*



\* A lakóhely-besorolás megegyezik a 2. ábrával.

Forrás: Kohorsz'18, várandósgondozási könyv adatátvétele; súlyozott adatbázis.

## Várandósság alatti vizsgálatok

Az EMMI 26/2014 8. § alapján a várandósgondozás során a várandós jogosult arra, hogy a háziorvos legalább egy alkalommal, a védőnő a gondozásba vételen kívül trimeszterenként legalább egyszer, és a szülész-nőgyógyász szakorvos vagy a szü-

lésnő trimeszterenként szintén legalább egy alkalommal gondozásban részesítse. (Szakmailag indokolt esetben a gyakoriság nőhet).

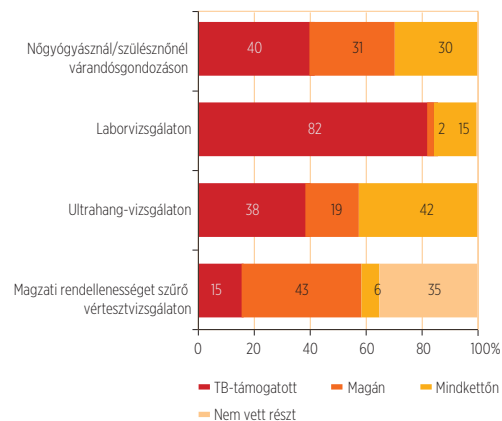
A Kohorsz'18 kutatás várandós anyák körében felvett adatai alapján a várandósok a hetedik terhességi hónapig a számukra rendelkezésre álló és szükséges vizsgálatok – várandósgondozás szakorvosnál, laborvizsgálat, ultrahangvizsgálat – többségén részt vettek. A magzati rendelleneséget szűrő vértesztvizsgálat esetében ez az arány csekélyebb, 65%-os volt.

A várandósgondozás szolgáltatói esetében a hazai szisztéma sajátossága, hogy a piaci és az állami szereplők párhuzamosan vannak jelen. Jóllehet az anyák számára biztosított, hogy a TB-rendszerben ingyenesen vegyék igénybe a nekik járó gondozási szolgáltatásokat, önköltséges formában a magánszolgáltatók felé is fordulhatnak. Egy-egy várandósgondozási vizsgálat típus, szolgáltatás esetében a finanszírozási formák gyakran kombinálódnak, amennyiben a várandósság különböző szakaszaiban, avagy speciális problémák, igények mentén választanak az anyák a fizetős és a TB által támogatott kínálat között.

A várandósságot kísérő nőgyógyász, majd a szülészorvos – a köznyelvben „fogadott orvos” – igénybevétele során az anyák 31%-a kizárólag a magánellátás felé fordul. Ugyanennyien az állami egészségügyi rendszer és a magánorvosi rendszer szolgáltatásait kombináltan veszik igénybe. A várandósok 40%-a csakis az ingyenesen járó állami rendeléseken látogatja a nőgyógyászt. Az erősen infrastruktúraigényes laborvizsgálatok döntően az állami szolgáltatókhoz kötődnek. Az ultrahangvizsgálatok esetében még a magánorvosot választók egy része is a TB által támogatott vizsgálatokat preferálja. A várandósok mindössze egyötöde végezteti ezen vizsgálatokat kizárólag fizetős formában.

A genetikai tanácsadás az anya fogamzáskor betöltött 37. életévétől, a 11–13. várandóssági héten válik a hazai várandósgondozási rendszer protokolljának a részévé, (EMMI 26/2014., 1. melléklet). A várandósok a magzati rendelleneséget nem invazív eljárással szűrő vértesztvizsgálatokat veszik igénybe a legmagasabb arányban magánellátás formájában (43%). Ez egy alapvetően piacósított egészségügyi szolgáltatás, amelynek az igénybevétele jelentős anyagi ráfordítást jelenthet a családoknak, így ez a magasabb végzettségű és jövedelmű, az ország fejlettebb régióiban élő várandósokat jellemzi.

4. ábra. A várandósgondozási vizsgálatokon való részvétel, %

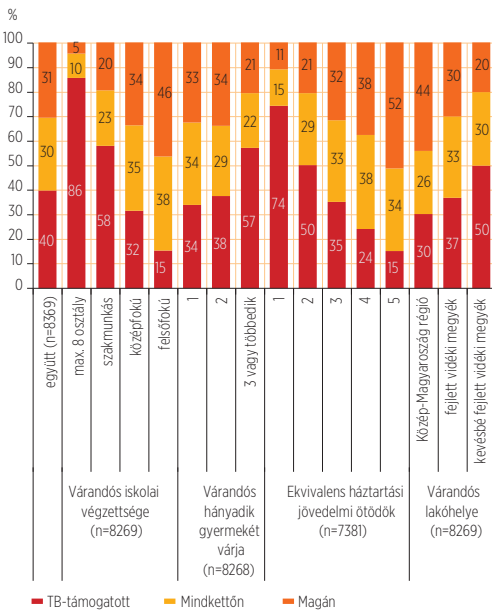


Forrás: Kohorsz'18, várandós kutatás. N=8287 fő.

A hazai kombinált, részben államilag finanszírozott, részben önerőt igénylő várandósgondozás az egyenlőtlenségek egész sorát hordozza magában már a születést megelőzően is, ami a szülés, a korai fejlődés és gondoskodás időszakán keresztül az életút későbbi szakaszaiban is megmarad. Jól érzékeltek mindezt a várandósgondozást végző nőgyógyász finanszírozásának típusa mögötti szociodemográfiai különbségek. Az anya iskolai végzettségének és

háztartási jövedelmi szintjének a növekedésével együtt a magánőngyógyász igénybevételének a gyakorisága is emelkedik. A maximum 8 osztályt végzett várandósok 86, míg a felsőfokú végzettségűek mindössze 15%-a veszi igénybe kizárólag a TB nyújtotta szolgáltatásokat. Regionális szempontból a Közép-Magyarországon élők fordulnak a legnagyobb arányban (44%) kizárólag a magánellátás felé. A kedvezőtlenebb helyzetű megyékben élő várandósok fele csak a társadalombiztosítás által finanszírozott szakorvosi várandósellátást veszi igénybe. Paritás szerint a többgyermekes anyák azok, akik főként a TB által támogatott rendelesek felé fordulnak.

5. ábra. A várandósgondozást végző nőgyógyász finanszírozásának típusa egyes kiemelt csoportokban\*



\* A lakóhely-besorolás megegyezik a 2. ábrával.

Forrás: Kohorsz'18, várandós kutatás; súlyozott adatbázis.

A várandósság alatt végzendő vizsgálatokat és ezek előírt időzítését az EMMI 26/2014. rendeletének 1. mellékleteként a várandós anya gondozási könyve tartalmazza<sup>2</sup>. A várandósságuk hetedik hónapjában járó anyák körében néhány fenti alapvizsgálat időben történő elvégzését, esetleges meghúzását vizsgálva úgy tűnik, hogy az ultrahang-, a labor-, illetve a terheléses vércukorvizsgálat megvalósulási mutatói igen magasak, 95% feletti. Az első laborvizsgálatra ráadásul az anyák többségénél már a 12. terhességi hét előtt, az első ultrahangvizsgálatra pedig többnyire már az 5–6. héten sor került. Ugyanakkor az anyák 35%-a az első trimeszterre előírt fogorvosi szűrővizsgálaton még a második trimeszter végéig sem jelenik meg.

## A HAZAI SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS

Magyarországon a szülések túlnyomó többsége állami fenntartású kórházban vagy klinikán zajlik. 2019-es kutatási adatok szerint az anyák kevesebb mint 2%-a hozta világra gyermekét magánkórházban. Az otthon-szülések aránya egyelőre igen csekély (lásd keretes szöveg). Az anya- és bababarát szülés és ellátás szakmai alapelve ellenére a szülés minőségi megélése, a választás lehetősége nem mindenki számára érhető el egyformán.

## A szülésnél jelenlévők

Az anya szülés utáni gyors felépülése, a pozitív szülésélmény, illetve a gyermekkel kialakított kötődés sokféleképpen elősegíthető a szülészeti ellátás során. Fontos szempont a kísérő személy otlétének engedélyezése, a szakszemélyzet – például baba –

<sup>2</sup> Az első trimeszterben végzendő szűrővizsgálatok: vérvék, vizelet, HBsAg-szűrés, VDRL, vércsoport-meghatározás és vörösvértest-ellenanyagvizsgálat, ultrahang-szűrővizsgálat, fogorvosi vizsgálat. A második trimeszterben végzendőek: ultrahang-szűrővizsgálat, terheléses vércukorvizsgálat, vérvék, vizelet. A harmadik trimeszterben végzendőek: ultrahang-szűrővizsgálat, vérvék, vizelet, kardiogramvizsgálat (EMMI 26/2014., 1. melléklet). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=al400026.emm> (2021.03.01.).

## KÓRHÁZBAN VAGY OTTHON?

Semmelweis Ignác munkássága és eredményei előtt veszélyesebb volt kórházban szülni, mint otthon: a 19. század végén a szüléseknek mindössze 5%-a történt kórházban (KSH, 2007). Az 1970-es évektől azonban a világ fejlett országaiban már a szülések 99%-a kórházban zajlott le. Ugyan az EU-ban nincs egységes gyakorlat vagy szabályozás, az otthoni szülés jogilag minden tagállamban rendezett. Egyes országokban, például Hollandiában komoly hagyománya van az otthoni szülésnek: átlagban a nők 20–30%-a otthon hozza világra a gyermekét (KSH, 2007; Zielinski et al., 2015), a többi országban a szülések 1–2%-a történik tervezetten kórházon kívül.

Magyarországon 2011 áprilisában született meg a 35/2011. (III. 21.) számú kormányrendelet az intézeten kívüli szülés szabályairól. A szabályozás értelmében a bábák akkor kaphatnak működési engedélyt, ha egészségügyi szolgáltatót hoznak létre, amely szolgáltatónak érvényes felelősségbiztosítással és meghatározott tárgyi eszközökkel kell rendelkeznie. Otthoni szülést csak szülésznő, szülész-nőgyógyász és neonatológiai gyakorlattal rendelkező csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos vezethet le. 2016-ban az ombudsman felülvizsgálta a fenti kormányrendeletet. Ennek során megállapította: azzal, hogy a társadalombiztosítás nem finanszírozza az intézményen kívül tervezett szülést, sérül a várandós nők önrendelkezési joga (AJB,

2016)<sup>3</sup>. Magyarországon az otthoni szülések száma és aránya az 1970-es évektől kezdődően folyamatosan csökkent a KSH élveszületési statisztikái alapján: míg 1970-ben az összes élveszületés 1,8%-a zajlott le lakásban, addig 1990-ben 0,6%-a, 2019-ben 0,5%-a, összesen 478 szülés).

A Kohorsz'18 kutatásban részt vevő anyák – akik 2018–2019-ben szültek – nagy többsége szintén állami fenntartású kórházban vagy klinikán (98%), illetve magánklinikán (1,7%) szült. Saját bevallásuk szerint alig 35-en (0,4%) szültek otthon és 12-en (0,1%) egyéb helyen, mint például mentőautóban vagy autóban/autópályán. Elemzéseink azt is jelzik, hogy a teljes mintához képest sokkal magasabb arányban szülnek otthon a Közép-Magyarországon élő (0,8%), a harmadik vagy többedik gyermeküket szülő (1,2%) és a felsőfokú végzettségű (0,7%) nők.

*K1. táblázat. Az otthoni szülések aránya néhány kiemelt országban*

		(%)
Anglia és Wales	2012-ben	2,3
Svédország	1992–2001	0,1
Amerikai Egyesült Államok	2012-ben	0,9
Japán	2010-ben	1,1
Finnország	2012-ben	0,6
Hollandia	2013-ban	20,0
Kanada	2008-ban	1,2
Ausztrália	2011-ben	0,4
Új-Zéland	2011-ben	3,3
Norvégia	1990–2007	0,8

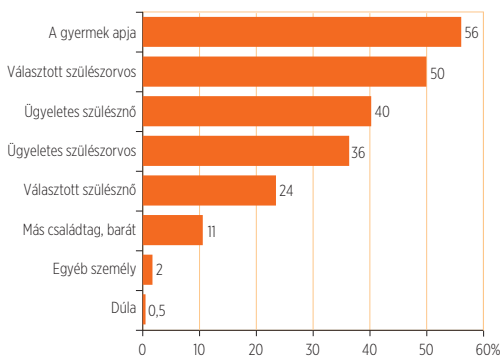
*Forrás: Zielinski et al., 2015. Table 1. pp.362.*

<sup>3</sup> AJB (2016): Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-2350/2016. számú ügyben, 2016. június.



folyamatos jelenléte, a vajúdas során és a kitolási szakaszban a testhelyzet szabad megválasztása, továbbá a felesleges rutinbeavatkozások mellőzése (EMMI, 2019). Arról, hogy ezek mennyire valósultak meg a 2000-es évek végén zajló szülések-nél, képet kaphatunk a Kohorsz'18 kutatás 6 hónapos adatfelvételének önkitöltős moduljában rögzített anyai válaszokból.

6. ábra. Ki volt jelen a szülésnél, önbevallás. Az esetek százalékában, %



Forrás: Kohorsz'18, várandós és féléves kutatás; súlyozott adatbázis. N=8311 gyermek.

A válaszadók a szülés során jelenlévők közül a legmagasabb arányban (56%-ban) az apákat említették, második legmagasabb arányban a választott szülészorvost (50%), harmadikként pedig az ügyeletes szülésznőt (40%). Választott szülésznő csak a nők negyedénél volt jelen a szülés során. A dúlák jelenléte még kevésbé elterjedt. Az anyák által nyitott kérdésre adott válaszként említett egyéb személyek legtöbbször további kórházi, orvosi személyzetet tartanak: altatóorvosokat, mentősöket, műtő-

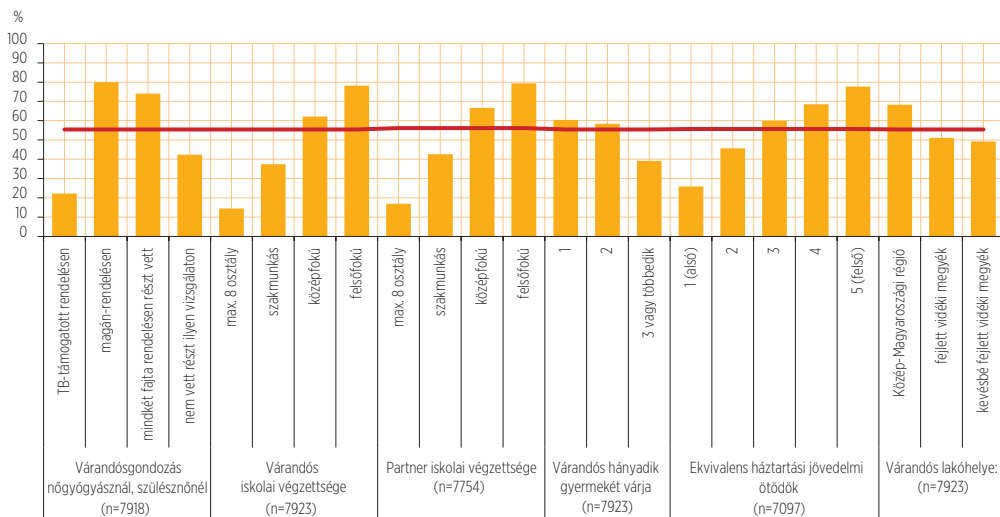
söket, rezidenseket, csecsemőgondozókat vagy egyéb egészségügyi alkalmazottat. Itt említették a bábákat is.

Összességében a nők több mint fele szült választott orvossal vagy választott szülésznővel (55%).<sup>4</sup> A szüléssel, szülésélménnyel kapcsolatos kvalitatív kutatások eredményei arra engednek következtetni, hogy a választott orvos, vagy szülésznő személye nem kizárólag a szülés körüli tevékenysége vagy közreműködése miatt fontos, hanem a nők biztonságérzete és a szülésélmény miatt is. Azok a nők, akik saját orvosnál vagy szülésznőnél szültek, elégedettebbek voltak a szülés körülményeivel. A 2018-as kutatási adataink szerint a választott (fogadott) orvos vagy szülésznő a képzetesebb és jobb életkörülmények között élő nők körében volt gyakoribb (7. ábra). Míg a csak TB-támogatott várandósgondozáson részt vevő nők 22, addig a magánrendelésen gondozott nők 80%-ának volt választott orvosa vagy szülésznője. Ugyanakkor érdemes kiemelni az ellátórendszer különbségeit is. Az orvos vagy szülésznő választása inkább a Közép-Magyarországon élő nőkre jellemző (68%), a fejlett vagy kevésbé fejlett vidéki megyékben élők között ebben a kérdésben nincs különbség.

A 2018–2019-ben szült nők 56%-a jelezte, hogy a gyermek apja jelen volt a szüléskor (6. ábra). Az apás szüléssel kapcsolatos kutatások bizonyítják, hogy a nők nemcsak igénylik a társuk jelenlétét, és elégedettebbek a szülés körülményeivel, ha az apa is ott van, hanem olyan fizikális, hormonális változásokat is okozhat az apa támogató jelenléte a szülés során (az oxitocin termelődése által), amely segít a vajúdas alatt (Varga, 2015). A *Szülésélmény*, 2019-kuta-

<sup>4</sup> A 2021. március 1-jén aláírt T/13174. számú törvényjavaslat a hálapénz büntethetősége mellett az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy további munkavégzésre irányuló jogviszonyának szabályozásáról is rendelkezik. Egyelőre nem látható, mindez hogyan érinti a szüléset és nőgyógyászat keretein belül a fogadott orvos és szülésznők gyakorlatát. A TASZ 2021 februárjában ez ügyben publikált állásfoglalása hangsúlyozza, hogy a fogadott szülészorvos és szülésznő intézménye a hálapénz kivezetése után, jogszerű keretek között is megvalósítható volna, ha a szakemberek kidolgoznák a jogi hátterét. Magyarország Kormánya (2021): /13174. számú törvényjavaslat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról; TASZ (2021): A TASZ állásfoglalása a szabad orvosválasztás és rendelkezésre állás kérdéseiről a szülészeti ellátásban.

7. ábra. A választott orvos vagy szülésznő jelenléte a szülésnél az egyes csoportokon belül, az igen válaszok aránya, %\*



\* A lakóhely-besorolás megegyezik a 2. ábráéval.

Forrás: Kohorsz'18, vándorlás és fél éves adatbázis.

8. ábra. Az apák jelenléte a szülésnél egyes kiemelt csoportokban, az igen válaszok aránya, %\*



\* A lakóhely-besorolás megegyezik a 2. ábráéval.

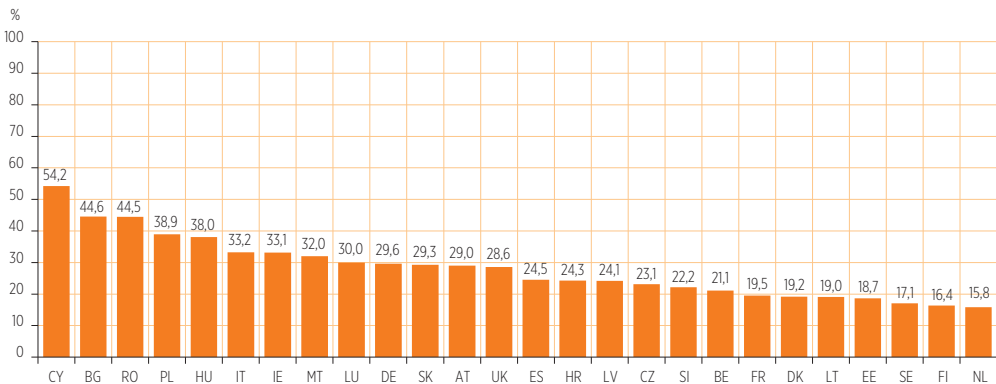
Forrás: Kohorsz'18, vándorlás és fél éves kutatás; súlyozott adatbázis.

tás adatai szerint 2012 óta az apás szülések aránya stabilan 60% körül mozog (Deákné et al., 2019). Ugyanakkor – adataink szerint –, ez az arány lényegesen eltér az egyes demográfiai csoportokban (8. ábra). Minél kedvezőbb a várandós szociodemográfiai háttere, illetve a lakóhelyének a fejlettsége, annál nagyobb annak a valószínűsége, hogy az apa is bent van a szülésen, ezáltal jelen lesz az újszülött életének kezdetén, az ún. „aranyóra” időszakában is, ezzel is erősítve az apai kötődés kialakulását. A házastárssal élő nők 65, az érettségizettek 61, és a felsőfokú végzettségűek 72%-a számolt be arról, hogy a gyermek apja jelen volt a szüléskor. Az újszülött neme vagy a születés ideje nem differenciált a nők között: a fiúknál és a lányoknál is, hétköznap és hétvégén egyaránt, mind januárban, mind decemberben ugyanolyan arányban voltak jelen az apák a szülésnél. Ugyanakkor az első gyermekek világrajövetelénél nagyobb arányban voltak jelen az édesapák, mint a második és azt követő szüléseknél.

## A szülés módja

Az EMMI 2019-es egészségügyi szakmai irányelvében a szülés természetes lefolyását támogatja. Szem előtt kell tartani, hogy a szülés a lehető legkevesebb beavatkozás mellett menjen végbe, lehetőleg spontán induljon meg a 41. hét + 7 nap előtt. A fájdalomcsillapítás – pontosabban az erről való döntés joga – minden szülő nőt megillet. Az irányelv emellett szorgalmazza az orvosi szempontból nem szükségszerű, mégis sok ellátóhelyen rutinszerűen végzett beavatkozások (pl. intravénás infúzió adása, evés és ivás tiltása, a magzati szív működés folyamatos ellenőrzése, gyógyszeres fájáserősítés, gátmetszés) elkerülését, hiszen ezek olyan folyamatokat indíthatnak el, amelyek a császármetszés előfordulásának a valószínűségét növelik. A császármetszések aránya az Európai Unió egyes országában és hazánkban is magas (Boros, 2021), a magyarországi arány az Európai Unió tagországai között az ötödik legmagasabb volt 2018-ban (9. ábra).

9. ábra. A császármetszések aránya az összes szülésen belül az Európai Unió tagországaiban\*, 2018



\* Málta és Hollandia 2017-es adattal szerepel. Letöltés ideje: 2021.03.08.

Forrás: Eurostat.

1. táblázat. A császármetszések aránya Magyarországon

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
25,7	27,8	28,1	28,6	29,8	31,3	32,5	33,2	34,0	35,2	36,4	37,4	38,0	38,6	39,6	39,9

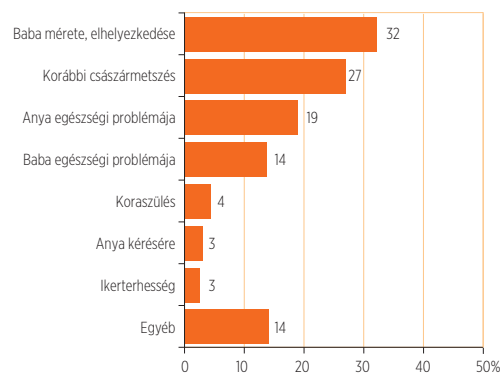
(%)

Forrás: KSH, élveszületési adatbázis; Eurostat/ICD9CM, Caesarian section [hlth\_co\_proc2]; NEAK, 2019-es császármetszésekre vonatkozó adat; saját számítás.

A WHO ajánlásában 10–15%-os maximális arányt fogalmaz meg, ám ennél az EU-ban, így Magyarországon is rendre magasabb a császármetszéssel végződő szülések aránya (9. ábra).

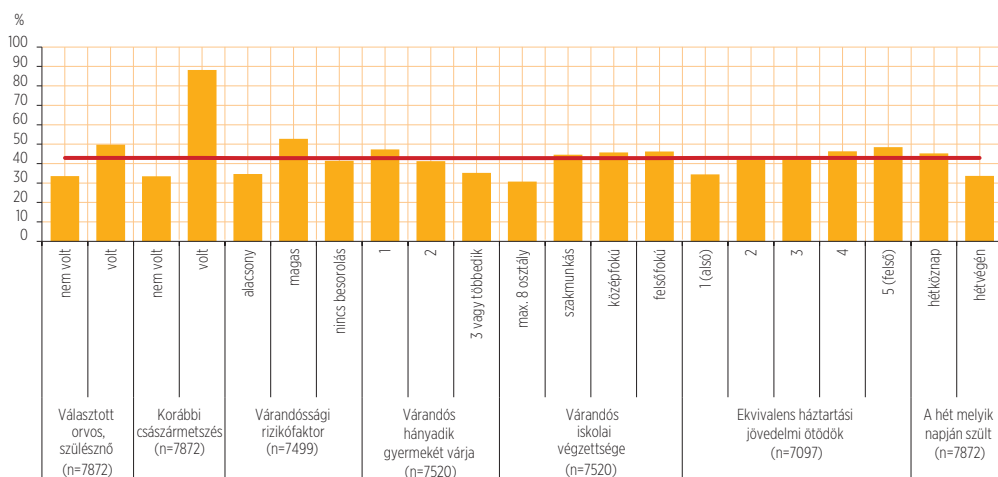
Magyarországon 2019-es becslést statisztikai adatok szerint a császármetszések aránya 40%-hoz közelít, és 2004 óta erőteljesen növekszik is (1. táblázat). Ha a Kohorsz'18 kutatáson alapuló survey adatokat nézzük, akkor azt látjuk, hogy – saját bevallásuk szerint – a 2018–2019-ben várandósok 43%-a császármetszéssel hozta világra a gyermekét. Összességében a kutatásban részt vevő anyák 24%-a előre nem tervezett, míg 19%-uk tervezett császármetszéssel szült.

10. ábra. A császármetszés okai. Az esetek százalékában, %



Forrás: Kohorsz'18, féléves kutatás; súlyozott adatbázis. N=3379 gyermek.

11. ábra. A császármetszéssel szülő nők aránya az egyes csoportokban\*



\* A lakóhely-besorolás megegyezik a 2. ábrával.

Forrás: Kohorsz'18, féléves kutatás, és a várandósgondozási könyv alapján előállított adatbázis; súlyozott adatok.

A császármetszéssel szülő nők 56%-ánál tehát előre nem tervezett, a 44%-uknál tervezett volt a beavatkozás.

Az anyák beszámolóí alapján a császármetszések leggyakoribb oka (32%) a baba mérete, elhelyezkedése volt (10. ábra). Szintén gyakori a korábbi császármetszés (27%), illetve az anya egészségi állapota (19%) miatti beavatkozás. Az ikerterhességek és az anya saját kérésére történő beavatkozások a császármetszéssel zajlott szülések 3–3%-át okozták.

Noha a császármetszések magas aránya mögött az anyák válasza alapján többnyire orvosi/egészségi okok álltak, háttérvál-

tozós elemzések eredményei is azt jelzik, hogy a korábbi császármetszés, vagy a magas várandós-rizikófaktor mellett nagyobb a császármetszések aránya az első gyermeküket váró anyák körében, illetve azok között, akinek volt választott orvosa vagy szülésznője (11. ábra). A nők társadalmi-gazdasági státusza szerint is van különbség: a legalacsonyabb iskolai végzettségű, legalacsonyabb jövedelmű nők körében, illetve a kevésbé fejlett vidéki megyékben élőkénél is lényegesen alacsonyabb a császármetszések aránya, mint a többi csoporthoz tartozóknál.

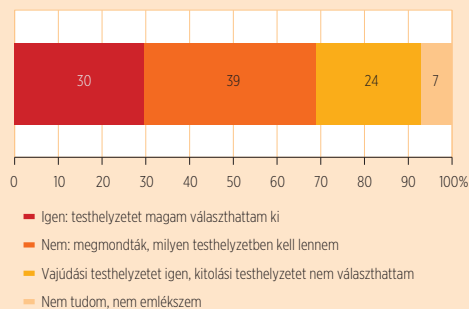
## A SZÜLÉSÉLMÉNY

Az EMMI 2009-es egészségügyi szakmai irányelve alapján a szülészeti ellátás során biztosítani kell a szabad mozgást, testhelyzetet a vajúdás alatt, a folyamatos fizikai és lelki támogatást, illetve a kísérő jelenlétének a lehetőségét. A 2018-ban hüvelyi szüléssel szült nők relatív többsége (39%) mégis azt a visszajelzést adta, hogy nem választhatta meg a vajúdási, kitolási testhelyzetét, azt a szakszemélyzet háttározta meg. Közel egyharmaduk (30%) azonban arról számolt be, hogy dönthetett a vajúdás és a kitolás során erről. További 24%-uk a vajúdáskor szabadon mozoghatott, de a kitolás során a döntésben már korlátozva volt.

A Kohorsz'18 kutatásban részt vevő anyák kétharmada visszatekintve úgy véli, szülése a számára legmegfelelőbb módon zajlott (67%), egynegyedük azt mondta, hogy megfelelő volt, bár mást szeretett volna (23%). Egytizedük számára viszont kimondottan rossz élmény maradt a szülés (10%). A negatív szülésélmény három leggyakoribb okaként a fájdalomérzetet, a hosszú vajúdást és a császármetszést említették. A kétváltozós elemzések azt is jelzik,

hogy jelentősen magasabb arányban élték meg rossz élményként a szülést azok a nők, akiknek nem volt választott orvosuk (12%), akiknél nem volt jelen a gyermek apja a szülésnél (11,8%), akiknek császármetszésük volt (13,4%), akik az első gyermeküket várták (11,5%), és akik epidurális vagy spináris érzéstelenítőt (12,3%), fájdalomcsillapító gyógyszert (13,0%) vagy kéjgázt (14,6%) kaptak. Az olyan társadalmi-gazdasági háttérfaktorok mentén, mint az iskolai végzettség, a háztartás jövedelme vagy a lakóhely fejlettsége nem találtunk különbségeket a szülésélmény megítélésében.

K1. ábra. A testhelyzet megválasztásának szabadsága a hüvelyi úton szült nők körében, %



Forrás: Kohorsz'18, fél éves kutatás. N=4339 fő.

## Szülési kimenetek: koraszülés, kis súllyal született gyermekek

A születési hét nemcsak a várandósság alatt lezajlott folyamatok fontos indikátora, hanem rövid és hosszú távon is hatással van a gyermek egészségi állapotára. Európai összehasonlításban Magyarországon a harmadik legmagasabb arányú a 37. hét előtt születettek aránya, 8,7%, Ciprust (12%) és Görögországot (11,3%) követően (12. ábra). A statisztikában a várandósság 37. hete előtt született gyermekeket koraszülötteknek nevezzük.

A KSH 2018-as adatai szerint a gyermekek 8,5%-a született a 37. terhességi hétnél korábban.

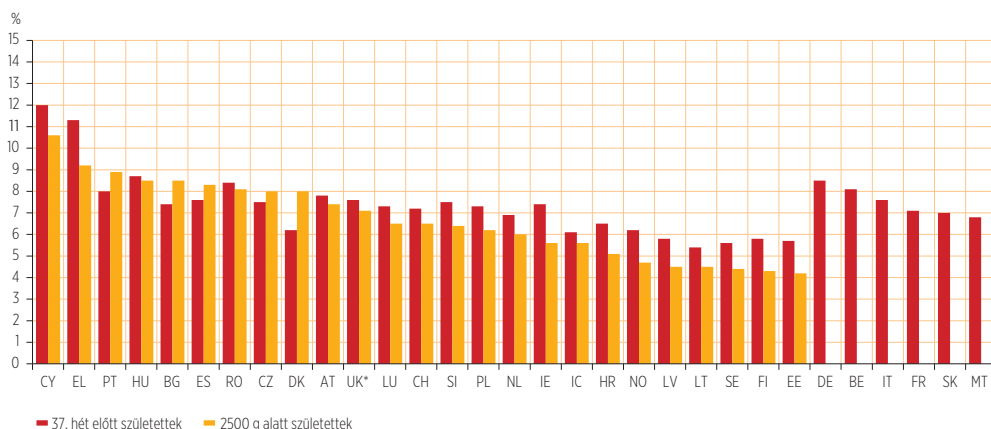
A koraszülöttek magyarországi aránya az elmúlt húsz évben nem változott lényegesen: 8,1 és 9% között mozgott, az 1980-as években elérte a 10,2%-ot is (2. táblázat).

A koraszülés szorosan kapcsolódik olyan mutatókkal, mint a születési súly vagy a méhen belüli fejlődési elmaradás.

A koraszülött babák mérete általában kicsi, testsúlyuk sok esetben 2500 g alatti, és a testhosszuk nem éri el az 50 centimétert. Éretlenségükből adódóan a külvilághoz nehezebben alkalmazkodnak a születés után. Ezért többféle betegség veszélyezteti őket, a kórházi benttartózkodásuk is hosszabb, és veszélyeztetettebbek a csecsemőkori elhalálozás szempontjából is. Az egészségügyi statisztika definíciója alapján az számít kis súlyú gyermeknek, aki 2500 gramm alatti súllyal született. Magyarországon nemzetközi összehasonlításban viszonylag magas ez az arány, 2015-ben 8,5% volt, ami a negyedik legmagasabb érték a 12. ábrán kiemelt országok között, megintcsak Ciprus (10,6%), Görögország (9,2%) és Portugália (8,9%) előzi meg hazánkat.

Ha a Kohorsz'18 kutatáson alapuló survey adatokat nézzük, azt találjuk, hogy a 2018–2019-ben született gyermekek átlagosan a 39. terhességi héten jöttek világra (a mediánérték is a 39. hét). A várandósság 37. hete előtt pedig a gyermekek 7,5%-a született<sup>5</sup>.

12. ábra. A koraszülött és a kis súlyú gyermekek aránya néhány európai országban, 2015



Forrás: Eurostat és [www.statista.com](http://www.statista.com).

<sup>5</sup> Ez azért is alacsonyabb némileg a KSH által mért 8,5%-os aránynál, mivel a kutatásban a várandósságuk 28. hetét betöltött anyák vettek részt.

A koraszülés és az alacsony születési súly szoros összefüggését jelzi a 13., ún. felhő-ábra is.

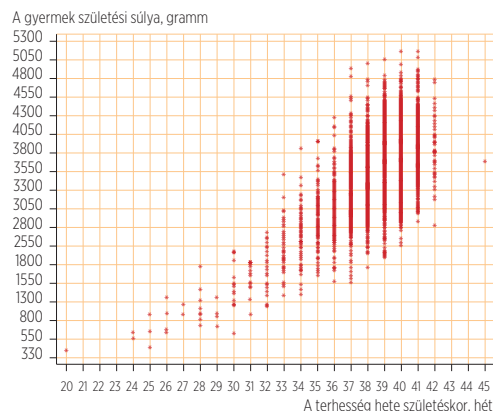
2. táblázat. Az élveszületések aránya

Év	2500 gramm alatti súllyal született	A 37. terhességi hétnél korábban született (%)
1960	9,2	
1970	10,7	
1980	10,4	10,2
1990	9,3	8,7
2000	8,4	8,1
2010	8,6	8,9
2011	8,5	8,7
2012	8,6	8,9
2013	8,8	9,0
2014	8,9	8,8
2015	8,5	8,7
2016	8,5	9,0
2017	8,3	8,1
2018	8,5	8,5

Forrás: KSH, Demográfiai évkönyv, 2018

A 2018–2019-ben született gyermekek nagy többsége, 89%-a érett, időben született gyermek; míg a többszörösen veszélyeztetett, kis súllyal, idő előtt születettek aránya 4,3% volt. A koraszülött gyermekek többsége (57%-a) 2500 gramm alatti súllyal született, a kis súlyú gyermekek többsége (59%-a) pedig a 37. terhességi hét

13. ábra. A koraszülés hete és a kis súlyú születések

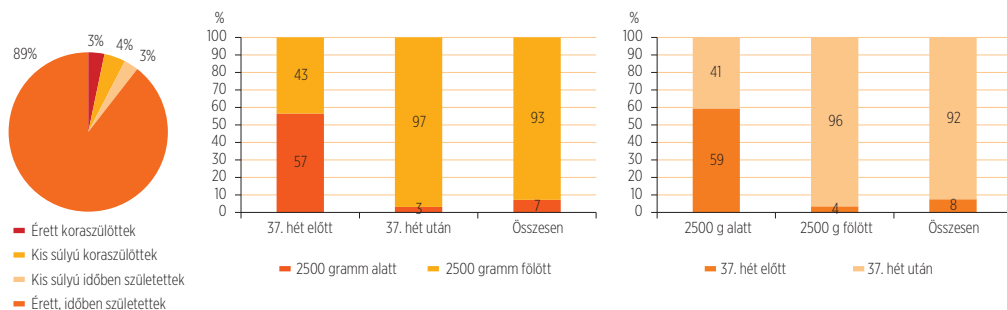


Forrás: Kohorsz'18, félèves adatbázis; Saját számítás. N=8429 gyermek.

előtt jött a világra (14. ábra). Ezen adatok alapján el lehet különíteni azokat is, akiknek a méhen belüli fejlődése elmaradt: ők azok a babák, akik a 37. hét után, 2500 gramm alatti súllyal születtek, ami a mintában az újszülöttek 2,9%-át jellemezte.

Külföldi és hazai beszámolóiban jól körülírt téma, hogy a szülési kimenetek erős kapcsolatot mutatnak a társadalmi-gazdasági helyzettel. Ez a kapcsolat nem feltétlenül egyenes, mivel a hátrányok a legrosszabb helyzetben lévők esetében koncentrálnak. Korábbi kutatások alapján ismert, hogy a különböző szülési kimenetek más-más

14. ábra. Az újszülöttek megoszlása születési súly és a terhesség időtartama szerint



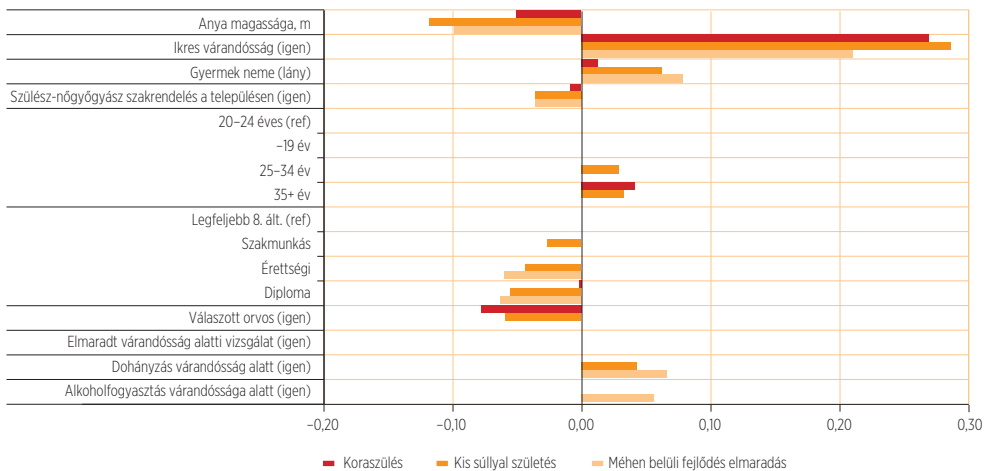
Forrás: Kohorsz'18, félèves kutatás; súlyozott adatbázis. N=8429 gyermek.

társadalmi-gazdasági és egészségi háttér-  
tényezőkkel mutatnak összefüggést (Hajdu  
és Kertesi, 2021), továbbá a társadalmi-  
gazdasági háttértényezők egymással is szo-  
rosan összefüggő, a várandós kori ellátáshoz  
való hozzáférést, igénybevételt, illetve a vá-  
randós kori rizikó magatartást is befolyásoló,  
komplex hatásairól van szó (Panico et al.,  
2015). A 2018–2019-ben született gyerme-  
kek szülési kimeneteit tekintve a Kohorsz'18  
kutatás adatai hasonló képet mutatnak: a  
hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetben  
lévő, nehezebb körülmények között élő és  
(ettől nem függetlenül) veszélyeztetettebb  
egészségi háttérrel rendelkező nők nagyobb  
valószínűséggel szülnek koraszülött, kis sú-  
lyú és méhen belüli fejlődési elmaradással  
küzdő gyermeket. Vannak olyan tényezők  
(ikerterhesség), amelyek mindhárom szü-

letéskori kimenetet egyaránt valószínűsítik.  
És vannak olyan tényezők is, amelyek csak  
a koraszüléssel, vagy kizárólag az alacsony  
születési súllyal, vagy a méhen belüli fejlő-  
dési elmaradással vannak szignifikáns ösz-  
szefüggésben.

Néhány kiválasztott demográfiai, társa-  
dalmi, egészségi, biológiai és viselkedési  
tényező esetében kiszámoltuk és összeha-  
sonlítottuk a hatásukat az egyes szülési  
kimenetekre. Ha figyelmen kívül hagyjuk az  
anyai és magzati kontrollváltozókat (az anya  
magassága, ikerterhességről van-e szó, mi  
a gyermek neme) látható, hogy mind az  
anyák – a 20–24 évesekhez képest – idő-  
sebb életkori csoportjai, mind a – legfeljebb  
8 általánost végzetekhez képest – ma-  
gasabb iskolai végzettsége, és az olyan  
várandósság alatti állapotok és viselke-

15. ábra. Egyes kiemelt háttértényezők összefüggései a szülési kimenetekkel. Parciális standardizált logisztikus regressziós együtthatók.



**Megjegyzés:** A logisztikus regressziós modellek paraméterei a következők. Koraszülés: N=7883; -2LL(0)=4092,5; Nagelkerke R Square=14,2%; Pseudo-R Square=11,4%. Kis súlyú születés: N=7883; -2LL(0)=3938,6; Nagelkerke R Square=14,2%; Pseudo-R Square=16,1%. Méhen belüli fejlődési elmaradás: N=7883; -2LL(0)=2076,6; Nagelkerke R Square=12,4%; Pseudo-R Square=11,1%. A parciális R-együttható az adott kovariáns relatív fontosságát mutatja a többihez képest a modellben és ezzel a képlettel számoljuk:  $(B \text{ előjele}) * \sqrt{\frac{(-2LL(0))}{(-2LL(M))}}$ , ahol B a logisztikus regressziós elemzésbe bevont kovariáns B regressziós együtthatója, Wald a Wald mutatója, df a szabadságfoka, és -2LL(0) a kiinduló log-likelihood függvény értéke. Az Pseudo-R Square statisztika azt fejezi ki, hogy a független változók bevonása a modellben milyen mértékben csökkenti a -2LL(0) kiinduló log-likelihood függvény értékét. Kiszámítása:  $\frac{[-2LL(0) - (-2LL(M))]}{(-2LL(0))}$ . A statisztika értéke 0 és 1 között mozog.

**Forrás:** Kohorsz'18, várandós és fél éves kutatás; súlyozott adatbázis.



dések, mint hogy volt választott orvos, dohányzott vagy fogyasztott alkoholt a kismama a várandóssága alatt, összefüggnek a születési kimenetekkel (15. ábra). A bevont magyarázó-változókon belül a koraszülésre és a kis súllyal születésre a legerősebb hatással az bírt, hogy a várandósnak volt-e fogadott orvosa vagy sem.

A méhen belüli fejlődési elmaradás a dohányzással függött össze a legerőteljesebben. A várandós lakóhelyének régiója, a település mérete vagy akár a várandós nemzetisége egyik kimenettel sem függött össze számottevően, ha az itt bemutatott változókkal együtt vizsgáltuk a hatásukat.

## HIVATKOZOTT IRODALOM

- Boros J. (2021). Császármetszések növekvő trendje a világban és Magyarországon. *Korfa. 1* (márc. 2021), 1-4.
- Deákné D.Á., Markos V., Engler Á. és Várfalvi M. (2019). *Szülés körülményei kutatás*. KINCS 2019, Budapest.
- Hajdu T. és Kertesi, G. (2021). *Statistikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében = Health inequalities among Hungarian children in the 2010s*. (KRTK-KTI CERS-IE Műhelytanulmánya). Budapest: MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Közgazdaság-tudományi Intézet. <https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2021/02/CERSIEWP202108.pdf>
- Kapitány B. (2018). *Az alapsokaság meghatározásának, a minta kialakításának gyakorlati lépései*. In Veroszta Zs., (szerk.), *Kutatási koncepció. Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszívizsgálat. Kutatási Jelentések 100.* (37-52. o.) Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Központi Statisztikai Hivatal (2007). A szülészeti eseményekkel összefüggő halálozás, csecsemőhalandóság. *Statistikai Tükör* 1. évf. 75. 2007. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel307071.pdf>.
- Panico, L., Tô, M. and Thévenon, O. (2015). What is the link between mothers' level of education and low birthweight? *Population Societies*, (6), 1-4.
- Varga Katalin (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In: Bagdy E., Demetrovics Zs. és Pilling J., (szerk.), *Polihistória -köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából.* (449-476. o.) Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Zielinski, R., Ackerson, K., and Low, L. K. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International journal of women's health*, 7, 361.