

# KORFA

N É P E S E D É S I H Í R L E V É L  
A KSH Népességtudományi Kutatóintézet kiadványa demográfiai kérdésekről

## CSÁSZÁRMETSZÉSEK NÖVEKVŐ TRENDJE A VILÁGBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

A császármetszés eredete a közhiedelemmel ellentétben nem Julius Caesar születéséhez kötődik. Legalábbis biztosan nem ő volt az első olyan ember, aki ilyen módon jött világra. A római jog már i.e. 600-ban előírta, hogy a gyermeket el kell távolítani az anya testéből, ha az anya szülés közben meghal. Mindez azért volt szükséges, hogy a gyermeket megmenthessék, vagy legalább külön-külön temethessék el őket. Kezdetben tehát csak a halottaknál vagy a haldokló anyáknál alkalmazták ezt az eljárást, amelynek neve nem a caesar szóból, hanem feltételezések szerint a caedere (vágni) igéből származik. Hiteles történelmi források szerint az első csecsemő, aki életben maradt császármetszés után, az i.e. 508-ban született Gorgias volt Szicíliában. A nőgyógyászatban azonban hivatalosan csak a 17. századtól használták a császármetszést, mint bevett eljárást. Az operatív technikák javulásával a császármetszés egyre biztonságosabbá vált, így a nehéz szülések korábbi szakaszában kezdték alkalmazni.

A császármetszés, mint műtéti beavatkozás vitathatatlan jelentőségű: életmentő lehet az anya és az újszülött szempontjából is, ha a szülésnél komplikációk lépnek fel, mint például a szülés előtti vérzés vagy magzati károsodás. Számos országban a császármetszés számít az egyik leggyakoribb sebészeti beavatkozásnak, mely során a magzatot műtéti metszéssel kiemelik az elülső hasfalon és a méh elülső falán keresztül. Ez a műtét, bár alkalmazása ma már rutinszerű, mégsem teljesen veszélytelen. Kockázatot jelenthet a különböző szövődmények, mint például a sebfertőzés, vérzések, trombózis kialakulására vonatkozóan, de az anya későbbi teherbeesésének valószínűségére is hatással lehet. Mindemellett a gyermek fejlődését és egészségi állapotát is befolyásolhatja a születés módja: a császármetszéssel született gyerekek esetében magasabb az asztma vagy akár az elhízás kockázata a későbbiekben.

Ideális esetben a császármetszést akkor alkalmazzák, ha az orvos és a szülő nő, az előnyök és hátrányok gondos mérlegelése után egyaránt úgy látják, hogy az anya és/vagy a magzat egészsége szempontjából célravezetőbb, mint a hagyományos szülés. A gyakorlatban azonban nincs általános irányelv arra, hogy mikor kell egyértelműen császármetszéssel szülni, hiszen a döntés nagyban függ az adott szituációtól, az elérhető erőforrásoktól és az orvos egyéni hozzáállásától is.

A császármetszések gyakorisága az elmúlt négy évtizedben jelentős emelkedést mutat az egész világon. Ugyanakkor azt a tényt sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy az általános növekvő tendencia mögött nagy területi különbségek húzódnak meg. A császármetszésekre is vonatkozik az az egészségügyi ellátásokra jellemző egyenlőtlenségi minta, amely szerint az alacsonyabb jövedelmű, hátrányosabb gazdasági helyzetű országokban a kívánatosnál kisebb az aránya, míg a közepes vagy magas jövedelmű országokban inkább túlzott alkalmazásról beszélhetünk. Míg a szegényebb országokban, ahol a népesség nagy részének nincs megfelelő hozzáférése a megfelelő egészségügyi, illetve ezen belül is a nőgyógyászati ellátásokhoz, a császármetszések arányának emelkedése csökkenti az anyai és a csecsemőhalálozást, addig egy bizonyos gyakoriság felett a császármetszéseknek már nincs további pozitív hatása a halálozások csökkentésére. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szakértői ajánlása alapján a császármetszések arányának el kellene érnie a 10 százalékot, de nem haladhatná meg a 15 százalékot az összes szülést összevetve.

Egy 169 ország születési adatait összegző elemzés becslése szerint, (amely a világ összes születésének 98 százalékát jelenti) 2015-ben 29,7 millió (95%-os CI: 19,9-22,4) újszülött jött a világra császármetszéssel, ami az összes születés 21 százaléka.

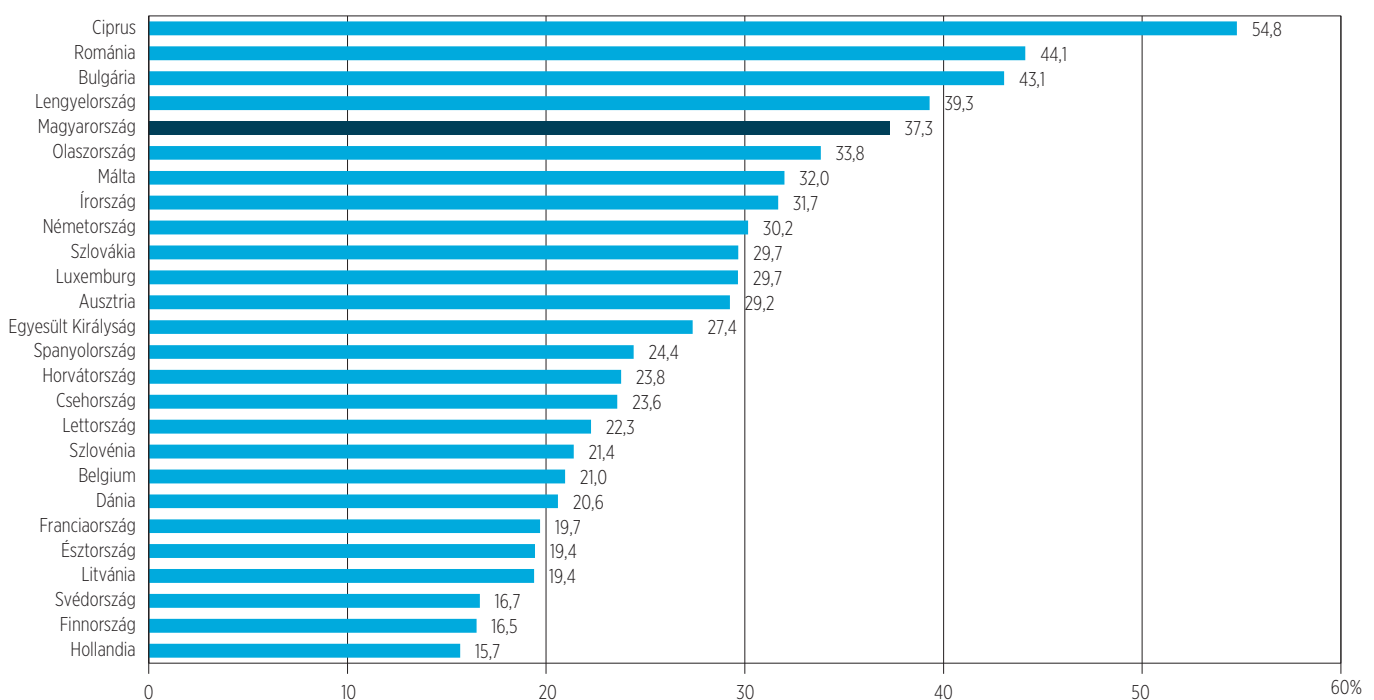
Ez azt jelenti, hogy tizenöt év alatt csaknem megduplázódott a császármetszéssel születettek száma, hiszen 2000-ben még csak 16 millió volt (95%-os CI 10,9-13,3), az akkori összes születés 12 százalékát jelentve. 1990-ben viszont a világon még csak a gyermekek 7 százaléka született császármetszéssel.

Regionálisan és egyes országokon belül is nagy eltérések figyelhetők meg a császármetszés gyakoriságában. Latin-Amerikában és a Karib-térségben tízszer akkora (44 százalék) a császármetszések aránya a születéseken belül, mint a nyugat- és közép-afrikai régióban (4 százalék). A legnagyobb különbségek - ami az egy kontinensen belüli császármetszéseket illeti - Afrikában jelennek meg. Dél-Szudánban elenyésző a császármetszések aránya, (mindössze 0,6 százalék) míg Egyiptomban a csecsemők több mint fele (52 százalék) császármetszéssel születik. A világon a legmagasabb császármetszési arány a Dominikai Köztársaságra és Brazíliára (56 százalék) jellemző. 2000 és 2015 között a növekedési ütem Dél-Ázsiában, illetve Kelet-Európában és Közép-Ázsiában volt a legmagasabb, évente átlagosan 5-6 százalékos emelkedéssel. Mindeközben Afrikában a császármetszések átlagos aránya 2014-ben 7 százalék volt, azaz nem érte el az ajánlott 10 százalékos értéket - bár Észak-Afrikában meghaladta az ajánlás felső határát, a 15 százalékos értéket, 2014-ben 28 százalékot mutatva. Összességében a császármetszések esélye azokban az országokban nagyobb, ahol az általános gazdasági fejlettségi mutatók magasabbak, jobb a nők iskolázottsági szintje, magasabb az urbanizáció szintje, több orvos áll rendelkezésre és alacsonyabb a fertilitás. Ha azonban csak azokat az országokat vizsgáljuk, ahol a császármetszés aránya meghaladja a 15 százalékot, akkor az előbb említett tényezők egyike sincs szignifikáns kapcsolatban a császármetszések arányával.

A globális növekedésnek számos oka van: az alapvető demográfiai és egészségi tényezők mellett gazdasági, jogi és technikai faktorok is befolyásolják a császármetszések egyre növekvő számát. A gyermekszám csökkenésével nő az első gyermeküket szülők aránya, emellett növekszik az anyai életkor is, valamint nő a mesterséges megtermékenyítések aránya, illetve a túlsúlyosság is növekvő tendenciát mutat - ezek a tényezők mind emelik a császármetszés valószínűségét. Amennyiben a szülő nő korábban már átessett császármetszésen, vagy ha az anya preeclampsziában szenved (terhességi magasvérnyomás-betegség), netán a magzat farfekvéses, akkor is magasabb a császármetszés esélye. Orvosi oldalról nézve az egészségi szempontból valóban indokolt eseteken túl sok helyen a műhibaperek lehetséges elkerülése, illetve számos esetben kényelmi megfontolások is vezérelhetik a császármetszés melletti döntést. Anyai oldalról szintén szóba jöhetnek különböző szubjektív aspektusok, mint például a szüléstől vagy a fájdalomtól való félelem, vagy számos kultúrában a szülés megfelelő időzítése a szerencsésnek hitt életkezdéshez, illetve sok esetben úgy vélik az anyák, hogy a császármetszés kevésbé traumatikus élmény az újszülöttnek, mint a hagyományos hüvelyi szülés.

Ha az Európán belüli gyakoriságokat vizsgáljuk, akkor azt láthatjuk, hogy az Eurostat legfrissebb elérhető adatai szerint 2017-ben Cipruson volt a legmagasabb a császármetszési arány (55 százalék), a legalacsonyabb pedig Hollandiában (16 százalék). A skandináv államokat, illetve a Baltikum országait viszonylag kedvező adatok jellemzik, míg a kelet-európai országokban, köztük Magyarországon is, rendkívül magas a császármetszési arány (1. ábra).

1. ábra: 100 élveszületésre jutó császármetszések aránya Európában, 2017



A magyar adatok tüzetesebb vizsgálatához a Kohorsz '18 – Magyar Születési Kohorszvizsgálat eredményeit használtuk fel. A kutatás a 2018. március 1. – 2019. április 30. között Magyarországon született gyermekek reprezentatív mintáján végzett longitudinális vizsgálat, amely már a várandósság idején megkezdődött. A születés után eddig a gyermekek 6 hónapos és 18 hónapos korában került sor újabb személyes adatfelvételre az anyával, de kiegészítésként telefonos interjúk is készültek az apákkal (a gyermek 18 hónapos korában), valamint az anyai munkavállalásra vonatkozóan (a gyermek 2 éves korában).

A 6 hónapos kérdőívek alapján pontos képet kaphatunk a szülés körülményeiről, így arról is, hogy hüvelyi úton vagy császármetszéssel jött-e világra az újszülött.

Adataink szerint a felmérésben részt vevő anyák (n=7389) 43 százaléka esetében beszélhetünk császármetszésről. A császármetszések aránya magasabb volt az idősebb korban szülő nők körében: azoknál, akik betöltötték már a 35. életévüket, csaknem kétszer akkora volt ez az arány (50 százalék), mint a legfeljebb 20 éveseknél (28 százalék). Az iskolázottság szintén befolyásolja a császármetszések gyakoriságát: a közép- vagy felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők esetében egyaránt magasabb az arány, mint a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzeteknél. Természetesen Magyarországon is érvényesek az általánosan megfigyelhető tendenciák, azaz az első gyermeküket szülő, illetve a nem először szülők közül azok, akinek előzőleg is császármetszéssel született a gyermekük, egyaránt nagyobb arányban hozták világra az újszülöttet császármetszéssel (1. táblázat). Az is nagyban növeli a császármetszés kockázatát, ha valaki túlsúlyosan lesz várandós: a felmérés adatai szerint 52 százalékuk nem hüvelyi úton szült. Szintén egybeesik a nemzetközi szakirodalommal, hogy a magánellátás igénybevétele emeli a császármetszés esélyét: míg azoknál, akik a várandósgondozásban csak a társadalombiztosítás által fizetett orvosi ellátást vették igénybe, 35 százalék volt a császármetszések aránya, addig azoknál, akik részben vagy teljes egészében magánellátás keretében jártak várandósgondozásra, 48 százalék volt ez az arány.

A császármetszéseket hagyományosan két típusba szokták sorolni: sürgősségi, illetve tervezett eljárásról beszélhetünk. A sürgősségi jelenthet vészhelyzetet, amikor az anya és/vagy a magzat életveszélye esetén elengedhetetlen az azonnali beavatkozás, de az is lehet, hogy ugyan nincs akut életveszély, orvosi szempontból mégis indokolt a műtét.

A tervezett császármetszésnek szintén lehet egészségi indikációja, de ide tartoznak azok a műtétek is, amelyeket kizárólag az anya vagy a szülést vezető orvos kényelmi szempontjai indokolnak.

1. táblázat: Császármetszések aránya a 2018-ban szült magyar nők körében

	Hüvelyi szülés	Császármetszés
(%)		
Anya életkora		
-20	73	28
21-34	58	42
35+	50	50
Összesen	57	43
Anyai iskolai végzettsége		
Alapfok	64	36
Középfok	54	46
Felsőfok	54	46
Összesen	57	43
Korábbi császármetszés		
Volt	12	88
Nem volt	67	33
Összesen	57	43
Születési sorrend		
Első gyermek	53	47
Nem első gyermek	61	39
Összesen	57	43

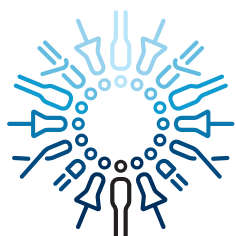
Forrás: Kohorsz '18 – Magyar Születési Kohorszvizsgálat n=7389

A Kohorsz '18 vizsgálat adatai szerint a császármetszések 56 százaléka volt előre nem tervezett, 44 százaléka pedig tervezett. Az összes szülést tekintve tehát 57 százalék volt a hüvelyi szülések aránya, 24 százalék a nem tervezett császármetszéseké és 19 százalék a tervezett császármetszéseké. A tervezett császármetszésekre is igazak azok az összefüggések, amelyek a császármetszésekre összességében: az idősebb, iskolázottabb, korábbi császármetszéssel műtött, túlsúlyos, illetve magán várandósgondozást igénybe vevő anyák esetében magasabb az arány. Kivételt jelent ebből a szempontból a paritás: az első gyermeküket szülőknél csak 13 százalék az előre tervezett császármetszések aránya, a már gyermekes nőknél viszont 24 százalék. Tehát az először szülőknél az előre nem tervezett császármetszések emelik meg az összes császármetszés számát.

A Kohorsz '18 longitudinális jellegénél fogva lehetőséget teremt arra, hogy az ismételt felkeresésekkel nyomon követhessük a gyermekeket, és megfigyeljük azt, hogy későbbi életüket mennyiben befolyásolja, hogy milyen úton jöttek a világra.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., Torloni, M. R. (2016): The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 11(2). doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L. et al. (2018): Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 392:1341-48.
- Byamugisha, J., Adroma, M. (2020): Caesarean Section in Low-, Middle- and High-Income Countries. In: Schmölzer, G. (ed.) *Recent Advances in Caesarean Delivery*. IntechOpen. pp 85-100.
- Nagy S., Papp Z. (2021): Global approach of the cesarean section rates. *J. Perinat. Med.* 49(1).1-4.
- Todman, D. (2007): A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 47(5):357-61.
- WHO Statement on Caesarean Section Rates. World Health Organization 2015
- További információ:  
[Boros Julianna, boros@demografia.hu](mailto:boros@demografia.hu)



KSH NÉPESSÉGTUDOMÁNYI  
KUTATÓINTÉZET

## KORFA – NÉPESEDÉSI HÍRLEVÉL

Szerkesztő: Monostori Judit [monostori@demografia.hu](mailto:monostori@demografia.hu)  
 Kiadó: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet  
 Cím: 1024 Budapest, Buday László utca 1-3.  
 Terjesztő: Törő Ágnes [toro@demografia.hu](mailto:toro@demografia.hu)  
 Telefon: 06-1-345-6631; Fax: 06-1-345-1115  
 ISSN 1586-7684 (nyomtatott) HU ISSN 2062-7599 (online)

## TISZTELT OLVASÓNK!

A Korfa korábbi számai letölthetők a [www.demografia.hu](http://www.demografia.hu) oldalról. A kiadvány szövege és ábrái tovább szerkeszthető formátumban igényelhetők Monostori Judit szerkesztőtől a [monostori@demografia.hu](mailto:monostori@demografia.hu) e-mail címen.