

Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) szakmai folyóirata • 2021/3-4.

kapocs



KINCS

KOPP MÁRIA INTÉZET
A NÉPESEDÉSÉRT
ÉS A CSALÁDOKÉRT

TERMÉKENYSÉG - TUDATOSSÁG?!

TARTALOM

Köszöntő	2
Dr. Vesztergom Dóra - Szomszéd Orsolya - Nagy Tímea - Papházi Tibor A magyar fiatalok termékenységtudatossága	3
Dr. Vesztergom Dóra - Szomszéd Orsolya - Balogh Enikő - Baráté Edina A meddőségi ellátás Magyarországon egy kvalitatív kutatás tükrében	21
Markos Valéria – Dusa Ágnes A fiatalok termékenységtudatosságának vizsgálata a pedagógusok tapasztalatai alapján	36
Dr. Párducz László A „biológiai ablak” reprodukciós jelentősége	43
Székely Levente Tudatos gyermekvállalás és anyagi biztonság	60
Pári András Egyszerre kettő? Az asszisztált reprodukció (mesterséges tényező) és az anyák gyermekvállalási életkorának (természetes tényező) szerepe az ikerszületések alakulásában	64
Raffael Mónika Roma nők gyermekvállalási attitűdjei a felzárkózó településeken	74
Regős Judit - Móczár Luca A perinatális szociális munka szerepe a krízisterhességek gondozásában- A családvédelmi konzulens feladata	88
Nagy Emese - Pári András A tudatos gyermektelenség lehetséges okai egy kvalitatív felmérés alapján	98
Várfalvi Marianna Családtervezés a termékenység érdekében	106

KÖSZÖNTŐ

Számos oka lehet annak, amikor nem születnek meg a vágyott és tervezett gyermekek. Ezek közül az egyik biztosan az, hogy manapság a babavárás nehézségeivel egyre több párnak kell szembeesnie és megküzdenie. A termékenység kérdésköréről sokan sokféleképpen beszélnek, gondolkoznak, nyilatkoznak, miközben bizonyos tekintetben még mindig tabutémának számít.

Mostani Kapocs számunkban a termékenység tudatosságról olvashatnak neves szakemberek által írt tanulmányokat - kendőzetlenül, őszintén és elfogulatlanul.

Bemutatjuk, hogy milyen hitek és tévhitek jellemzik a gyermekvállalási korban lévő fiatalokat a reprodukcióval és a fertilitással kapcsolatban. Körbejárjuk, hogy a nehezített babavárással küzdő párok milyen ellátásban részesülnek, hogyan élik meg a babáért való küzdelem nehéz időszakát. Megmutatjuk Önöknek, hogy a pedagógusok az iskolai nevelés során hogy látják a fiatalok családtervezéssel, termékenységgel kapcsolatos ismereteit. Több évtizedes gyakorlati tapasztalatok alapján a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság elnöke,

valamint a Magyar Védőnők Szövetségének elnöke is megosztja velünk gondolatait a családtervezés és a „biológia ablak” termékenységre gyakorolt hatásairól és jelentőségéről. Kapocs számunkban ezen kívül szó esik arról is, hogy a családtámogatások hogyan képesek befolyásolni a tudatos gyermekvállalást, de nem kerüljük meg a tudatos gyermektelenség jelenségét sem. A termékenység tudatossághoz kapcsolódóan az ikerszületések izgalmas világáról, valamint a felzárkózó településeken élő roma asszonyok és a krízishelyzetben lévő nők várandósságainak, szüléseinek jellemzőiről is olvashatnak.

A termékenység fogalma ugyan nehezen megragadható és értelmezhető, miközben az emberi lét természetes velejárója, amely képes az életünket alapjaiban befolyásolni és megváltoztatni. De vajon elég tudatosan gondolkozunk-e róla? Helyesen vagy helytelenül viszonyulunk hozzá? A termékenység egyáltalán lehet tudatos? Bízom benne, hogy a mostani Kapocs szám segít válaszokat találni ezekre a kérdésekre.

Fűrész Tünde
KINCS elnöke

2021. október

Dr. Vesztergom Dóra - Szomszéd Orsolya -
Nagy Tímea - Papházi Tibor

A magyar fiatalok termékenységtudatossága

Betekintő

A 21 és 35 év közötti magyar fiatalok többségének fontos a gyermekvállalás, többségük legalább két gyermeket szeretne élete során. Az első gyermek vállalásának tervezett időpontja átlagosan 30 éves kor, míg az utolsó gyermeket 35 éves korra tervezik, miközben többségük szerint a legideálisabb kor a gyermekvállalásra a nők esetében a 25-29 éves kor. A fiatalok fele tudja csak, hogy a nők legtermékenyebb időszaka 20-24 év között van. A válaszadók többsége tisztában van a dohányzás és a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás nagymértékű termékenységszökkentő hatásával, ám az elhízásnak már kevésbé tulajdonítanak jelentőséget, annak negatív hatását alulbecsülik. Abban az esetben, ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalniuk, a kutatásban résztvevő fiatalok 46 százaléka valószínűnek tartja, hogy igénybe venne meddőségi kezelést, az örökbefogadást 31 százalék választaná valószínűleg. A gyermek nélküli életet a fiatalok többsége akkor is elutasítja, ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalnia. A megkérdezettek 56 százaléka tudja, hogy hazánkban 10-19 százalék a meddő párok aránya. A lombikprogram hazai sikerességét azonban túlbecsülték, 30-39 százalék közé tették azt, miközben 20-29 százalék közötti valójában. A fiatalok termékenységgel kapcsolatos ismeretei összességében nem mondhatók megfelelőnek, de ez nincs összefüggésben a gyermekvállalás fontosságának kérdésével, illetve gyermekvállalási szándékaikkal. A legkevesebb termékenységi ismerettel a 21-24 évesek (72 százalék), a tanulók (71 százalék) és az egyedülállók (73 százalék) rendelkeznek, míg leginkább a felsőfokú végzettségűek és a már gyermeket nevelők közül kerülnek ki azok, akik a termékenységgel kapcsolatos kérdésekre helyes válaszokat adtak.

Bevezetés

A gyermekvállalási kedv ugyan növekszik hazánkban, a teljes termékenységi arányszám a 2011-es 1,23-ról 2020-ra már 1,56-ra emelkedett, de 2014 óta a Magyarországon született gyermekek száma stagnál, ugyanis a gyermekvállalási korban lévő nők száma jelentősen csökken. 2010 óta a szülőképes korú nők létszáma 18,1%-kal csökkent, miközben a teljes termékenységi arányszám (TTA, amely azt mutatja meg, hogy ha az adott év termékenységi adatai állandósulnának, akkor egy nő élete folyamán átlagosan hány gyermeknek adna életet) 24%-kal, a születésszám pedig 2,1%-kal nőtt 2010 óta. Az anyák átlagéletkora a gyermekvállaláskor kissé emelkedő tendenciát mutat, míg 2010-ben átlagosan 29,8 évesen születtek a nők, addig 2020-ra 30,3 éves korban (KSH). Az édesa-

nya átlagéletkora a gyermekvállaláskor tehát fél évvel toódott ki az elmúlt tíz évben. Az első gyermeküket a magyar nők átlagosan 28 éves korban hozzák világra. Emellett duplájára nőtt a 40 éves koruk felett szülő édesanyák számaránya, a 45-49 év közöttiekénél pedig csaknem háromszorosára emelkedett ez a mutató. A nők életkorának növekedésével csökken a petesejtek száma, és ezzel párhuzamosan csökken a petesejtek minősége is (Broekmans et al., 2007), így magasabb a korai vetélések aránya, és emelkedik a szülészeti és perinatalis komplikációk száma (Carolan et al., 2011).

Az idősebb életkor mindkét nemből meghosszabbítja a várandósság kialakulásához szükséges eltelt időt (Dunson et al., 2004; Hassan et al., 2003).

Újabb vizsgálatok azt mutatják, hogy amennyiben egy pár meddőségi kezelések nélkül 90%-os eséllyel szeretne két gyermeket, legkésőbb a nő 27 éves korában kell elkezdni a védekezés nélküli szexuális együttléteket (Habbema et al., 2015).

Az életkoron kívül vannak olyan egyéb, változtatható kockázati tényezők, melyek csökkentik a termékenységet: pl. a dohányzás, az elhízás, az alkoholfogyasztás, a kórosan alacsony vagy magas testsúly, vagy a szexuális úton terjedő betegségek (Lintsen et al., 2005).

A legtöbb tanulmány szerint a fiatalok többsége szeretne gyermeket, de nem megfelelő a tájékozottságuk az életkor, az életmód és a termékenység kapcsolatáról (Lampic 2006, Peterson 2012). Az iskolában a termékenységgel kapcsolatos oktatás inkább a nem kívánt terhességek megelőzésére koncentrálnak.

Tanulmányok igazolják, hogy a termékenységtudatossággal kapcsolatos felvilágosító tevékenység különösen fontos az átlagnál edukáltabb embereknél, akik a többiekénél is optimistábbak a gyermekvállalást illetően, és nehezen tudják elképzelni, hogy szükségük lehet meddőségi kezelésre (Simoni et al., 2017).

A szakorvosok szerint Magyarországon jelenleg minden ötödik párkapcsolatban nehézségbe ütközik a tervezett teherbeesés, mintegy 150 ezer pár küzd meddőségi problémákkal. Annak érdekében, hogy minden vágyott gyermek megszülethesen, az államnak kiemelt szerepet kell vállalnia

a hatékony, és minden érintett számára elérhető rendszer megteremtésében. Ennek fontos lépéseként 2020-tól jelentősen átalakult a meddőségi ellátások rendszere Magyarországon. 100%-os támogatottságúvá váltak az ellátásban használatos gyógyszeres kezelések, közfinanszírozottá váltak diagnosztikai beavatkozások, eltörölték az állami támogatással a lombikkezelést végző klinikák teljesítmény- és volumenkorlátját, illetve állami kézbe került a meddőség kezelése. Nagyjából megduplázódott a meddőségkezelésre fordított finanszírozás összege. A gyermekvállalás idejének kitolódása miatt azonban a meg nem született, tervezett gyermekek számának csak a fele pótolható asszisztált reprodukciós kezeléssel (Leridon et al., 2004).

A termékenységtudatossággal kapcsolatos eddigi nemzetközi vizsgálatok sokszor heterogén csoportot vizsgáltak, és a női nem általában felül volt reprezentálva. A termékenységgel kapcsolatos tervek és információk egy adott ország oktatási rendszerétől és kulturális háttérétől is függenek, ezért is volt fontos a magyarországi helyzet felmérése, hiszen hasonló vizsgálat korábban még nem történt. Vizsgálatunk fő célja a termékenységtudatosság szintjének vizsgálata a magyar reprodukzív korú lakosságban. A lombikkezelések sikerességének legfontosabb faktora ugyanis az anyai (és apai) életkor, hiszen a gyermekvállalás késleltetése a termékenységi ismeretek hiánya miatt akaratlan gyermektelenséghez vezethet.

A kutatás módszere és a minta jellemzői

2021 márciusában a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) kutatást végzett a 21-35 éves fiatal magyar lakosság körében, melynek során a fiatalok gyermekvállalási terveit és termékenységtudatosságát vizsgálta. Az országos adatfelvétel online kérdőíves (CAWI) módszerrel, 1000 fő megkérdezésével történt. A minta reprezentatív a 21-35 éves magyar lakosságra, nem, életkor, településtípus, valamint iskolai végzettség szerint. Elemzésünket SPSS adatelemző program segítségével készítettük, ahol Khi négyzet statisztikát alkalmaztunk. Az elemzés során a szignifikáns kapcsolatokra koncentrálnak, de hipotézis jelleggel kiemelünk olyan összefüggéseket is, ame-

lyek egy nagyobb mintán, a logikai következtetést alapul véve lényegesek lehetnek esetleges további vizsgálatok szempontjából.

A termékenységi ismereteket 10 kérdés¹ mentén vizsgáltuk a kutatásban. Az adatgyűjtést Lampic és mtsai. által kidolgozott kérdőív alapján végeztük el (Lampic et al., 2006). Az egyes kérdésekre négy válaszlehetőség volt adott, melyek közül csak az egyik a „helyes válasz”. A helyes válaszokat közölt irodalmi adatok alapján határoztunk meg (Van Noord-Zaadstra et al., Zinaman et al., 1996, Dunson et al., 2002, CDC 2019, Van Voorhis et al., 2007, ACOG 2014., Lintsen et al. (2005), Török et al., 2018).

Az elemzés során a megkérdezetteket két csoportra osztottuk: tudta a helyes választ és nem tudta a helyes választ az adott kérdésre. Majd a helyes válaszokat összegezve 3 kategóriát alakítottunk ki, ami a termékenységi ismeretekben való jártasságot mutatja. 0-3 helyes válasz esetén alacsony termékenységi ismeretről beszélünk, 4-5 jó válasz esetén közepesen tájékozottak a válaszadók, 6-9 jó válasz esetén magas termékenységi ismeretek jellemzik az adott csoportot. A megkérdezettek 4,3%-a egyik termékenységi kérdésre sem tudott helyesen válaszolni és alig több, mint 2%-uk adott helyes választ 7, vagy több kérdésre. Mivel egy válaszadó sem tudott az összes kérdésre helyesen válaszolni, ezért a fentebb már leírt módon alakítottuk ki a csoportokat.

A fiatalok az alábbi 3 kérdésre tudtak a legkevésbé helyesen válaszolni: „Hány éves kortól csökken kis mértékben a nők termékenysége?” – csupán 5%-uk tudta a helyes választ, „Hány éves kortól csökken a férfiak termékenysége?” – 21%-a adott helyes választ, „Mekkora a teherbeesés valószínűsége egy hónapon belül, ha egy fiatal pár folyamatosan védekezés nélkül él nemi életet?” – egyötöde tudta a választ. Azt is megvizsgáltuk, melyek azok a kérdések, amelyekre a legtöbb fiatal jól válaszolt. A „Tudja-e, mekkora Magyarországon azon párok aránya, akik szeretnének gyermeket, de nem sikerül nekik?” kérdésre a megkérdezettek 56%-a tudta a helyes választ, a „Tudja-e, a meddőségi problémák hány százalékánál kizárólag férfi eredetű meddőség az ok?” kérdésre a fiatalok fele adott jó választ, a „Mi a nők legtermékenyebb időszaka?” kérdésre pedig 37%-a tudta a választ.

A minta demográfiai jellemzőit nézve a felmérés résztvevőinek 52%-a férfi, 48%-a nő. A megkérdezett fiatalokat korcsoportokra osztottuk: a 21-24 évesek (25%), a 25-29 évesek (34%), illetve a 30-35 évesek (41%) csoportjára. Iskolai végzettség tekintetében 31%-uk alapfokú, 44%-uk középfokú és 25%-uk felsőfokú (25%) végzettségű. Az alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezők legmagasabb iskolai végzettsége a nyolc általános (vagy annál kevesebb), illetve a szakmunkásképző, szakiskola. A középfokú iskolai végzettséggel rendelkezők érettségizettek, vagy érettségi utáni szakképzéssel, felsőfokú szakképzéssel rendelkeznek. A felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők diplomát szerzett (BA/BSc, MA/MSc, PhD) válaszadók voltak. Foglalkozás, illetve gazdasági aktivitás tekintetében öt kategóriát különítettünk el egymástól. Tanulók, akik emellett esetleg állást is keresnek (11%), tanulók, akik mellette dolgoznak is (5%), csed-en, gyes-en, gyed-en, gyet-en lévők, akik mellette esetleg tanulnak vagy dolgoznak is (13%), munkavállalók, akik mellette esetleg állást is keresnek (61%), valamint munkanélküliek, álláskereső (10%). Lakóhely alapján kutatásunk résztvevői közül 21% fővárosi lakos, 21% megyeszékhelyen, megyei jogú városban él, 31% egyéb városban, míg 27% községben, falun lakik. Családi állapot alapján 27% egyedülálló, 13% párkapcsolatban él, de nem él együtt a párjával, 36% párkapcsolatban, élettársi kapcsolatban él (együtt a párjával), 24% pedig házas. A válaszadók 70%-a gyermektelen, 30%-nak van gyermeke. A gyermekesek 52%-ának egy-, 32%-ának kettő-, míg 16%-ának három- vagy több gyermeke van.

.....
¹ Mit gondol, melyik a nők legtermékenyebb időszaka?

Mit gondol, hány éves kortól csökken kis mértékben a nők termékenysége?

Mit gondol, hány éves kortól csökken nagymértékben a nők termékenysége?

Mit gondol, hány éves kortól csökken a férfiak nemzőképessége?

Mit gondol, a meddőségi problémák hány százalékánál kizárólag férfi eredetű meddőség az ok?

Mit gondol, mekkora a teherbeesés valószínűsége egy hónapon belül, ha egy fiatal pár folyamatosan védekezés nélkül él nemi életet?

Mit gondol, ha a pár egy éven keresztül rendszeresen védekezés nélkül él nemi életet, mekkora a teherbeesés valószínűsége, ha a nő 25-30 év közötti?

Mit gondol, ha a pár egy éven keresztül rendszeresen védekezés nélkül él nemi életet, mekkora a teherbeesés valószínűsége, ha a nő 35-40 év közötti?

Mit gondol, mekkora Magyarországon azon párok aránya, akik szeretnének gyermeket, de nem sikerül nekik?

Mit gondol, mekkora a lombikprogram (IVF) sikerességének átlagos aránya hazánkban?

Kutatási eredmények²

Személyes kérdések

Gyermekvállalási tervek, meddőség kérdése

A termékenységi ismeretek feltérképezése előtt a fiatalok gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseire kérdeztünk rá. A gyermekvállalás fontosságát egy tízfokú skálán a válaszadók átlagosan 7,51-esre értékelték, azaz a magyar fiataloknak kiemelten fontos a gyermekvállalás. A gyermekeseknek és a házasoknak az átlagosnál jóval fontosabb. Akinek fontosabb a gyermekvállalás, az több gyermeket is szeretne, átlagosan kettőt. A mintában szereplő fiatalok legnagyobb arányban a kétgyermekes családmódban gondolkodnak. A meglévő gyermekszám is befolyásolja, hogy a megkérdezettek mennyi gyermeket szeretnének összesen életük során. Azok, akik szeretnének gyermeket, átlagosan 1,9-et, azaz két gyermeket szeretnének, de akiknek már van gyermekük, azok 1,3-at, míg akiknek nincs, 2,2-t.

A megkérdezettek 15%-a válaszolta, hogy nem szeretne gyermeket. A gyermekvállalást nem tervezők ennek okaként egyszerre több tényezőt is megjelölhettek. Az okok közül kiemelkedik a bizonytalan jövőre hivatkozás és az anyagi okok megjelölése. Az egyéb okot említők közül viszonylag sokan hivatkoztak a már meglévő gyermekek számára. Mindössze 19 esetben említették a megfelelő párkapcsolat hiányát, ami elsősorban a legfiatalabb korosztályt érinti.

Azoktól a gyermeket tervezőktől, akiknek még nincs gyermekük, megkérdeztük, hogy első gyermeküket hány éves korukban tervezik. Átlagosan 30,5 év az a kor, amit a válaszolók megadtak, a fér-

fiak, a felsőfokú végzettségűek, a munkanélküliek, és az egyedülállók ennél későbbi időpontot jelöltek meg. Van összefüggés a szülővé válás tervezett kora, valamint a kérdezett neme és iskolai végzettsége között: a férfiak későbbre tervezik az első gyermek vállalását, mint a nők, és a felsőfokú végzettségűek azok, akiknél a legjobban kitolódik az első gyermek vállalásának tervezett időpontja.

1. táblázat: Gyermek nem tervezésének okai, % (N = 255)³

Felsorolt okok	Válaszok száma	%
egészségügyi okok	23	9,2
megfelelő párkapcsolat hiánya	19	7,3
karrierépítés	23	9,2
anyagi okok	56	21,9
túl idős életkor miatt	16	6,3
otthonról hozott családi minta	11	4,4
bizonytalan jövő	68	26,6
egyéb	39	15,1
összes válasz	255	100,0

² A kutatási eredmények feldolgozásában a KINCS kutató-elemző munkatársai, Balogh Enikő és Fail Ágnes vettek részt.

³ Többes választási lehetőség alapján.

2. táblázat: Az első gyermek vállalásának tervezett kora nemek és iskolai végzettség szerint

Megnevezés	Átlagos életkor	Válaszolók száma	Szórás	%
Férfi				
Alapfok	31,4	108	5,385	16,9%
Középfok	30,9	163	4,034	25,3%
Felsőfok	32,2	112	4,444	17,4%
Összesen	31,4	383	4,589	59,7%
Nő				
Alapfok	28,7	51	3,948	7,9%
Középfok	28,4	136	3,996	21,2%
Felsőfok	30,7	72	3,267	11,2%
Összesen	29,1	259	3,912	40,3%
Együtt				
Alapfok	30,5	159	5,117	24,8%
Középfok	29,8	299	4,193	46,5%
Felsőfok	31,6	184	4,077	28,6%
Összesen	30,5	641	4,468	100,0%

Az utolsó gyermek vállalását átlagosan 34,6 éves korukra teszik a fiatalok, azaz bő négy évvel későbbre az elsőnél. Ha nemek szerint vizsgáljuk az utolsó gyermek tervezését, és csak a legalább két gyermeket tervezőket vesszük figyelembe, akkor azt állapíthatjuk meg, hogy a nőknél alacsonyabb az utolsó gyermek vállalásának átlagos kora (33,5 év) a férfiakénál (36,1 év).

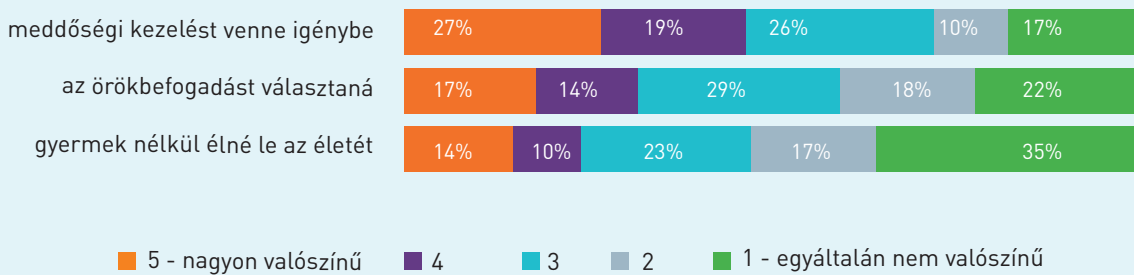
A gyermekvállalás fontosságát és a gyermekvállalási szándékot összevetettük a későbbi termékenységi kérdésekre adott válaszokkal is. A minta alapján nem mondhatjuk, hogy akiknek a termékenységszintjük viszonylag kicsi, azoknak kevésbé lenne fontos a gyermekvállalás. Sőt, inkább az ellenkező tendencia figyelhető meg, amennyiben az alacsonyabb termékenységi ismeretszint esetében az átlagosnál fontosabb a gyermekvállalás, a magasabb ismeretszintnél viszont alacsonyabb. Hasonló a kapcsolat a termékenységi ismeretek és a vágyott gyermekek átlagos száma között is, amennyiben az alacsonyabb termékenységi ismeretekkel inkább együtt jár a magasabb átlagos gyer-

mekszám a jövőre vonatkozó elképzelésekben, de ez utóbbi összefüggés nem szignifikánsan jelenik meg. A változók együttjárása nem oksági kapcsolatot jelent, a tervezett gyermekszámot más tényezők hatása alakítja, amelyek kihatnak az ismeretekre, és a gyermekvállalásra is, mint pl. a meglévő gyermekek száma: feltételezhetjük, hogy akinek több gyermeke van, az általában idősebb és ennél fogva tájékozottabb is, ugyanakkor már kevesebb gyermeket szeretne. A meglévő gyermekek száma növeli a termékenységgel kapcsolatos ismereteket, mivel a több gyermek általában a termékenységgel kapcsolatos ismeretek magasabb szintjével jár együtt.

A fiataloktól azt is megkérdeztük, mennyire tartják valószínűnek, hogy a meddőségi kezelést, az örökbefogadást, vagy a gyermek nélküli életet választanák, ha természetes úton nem születne gyermekük. 46%-uk gondolja úgy, hogy valószínűleg meddőségi kezelést venne igénybe, míg 26%-uk bizonytalan ebben. Az örökbefogadással a megkérdezettek 31%-a élne valószínűleg, 29%-uk azon-

ban bizonytalan e téren. A gyermek nélküli életet a fiatalok többsége (52%) akkor is elutasítja, ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalnia.

1. ábra: Mennyire valószínű, hogy az alábbiakhoz fordulna, ha nem sikerülne természetes úton gyermeket vállalnia? Mennyire valószínű, hogy... (N=1000)



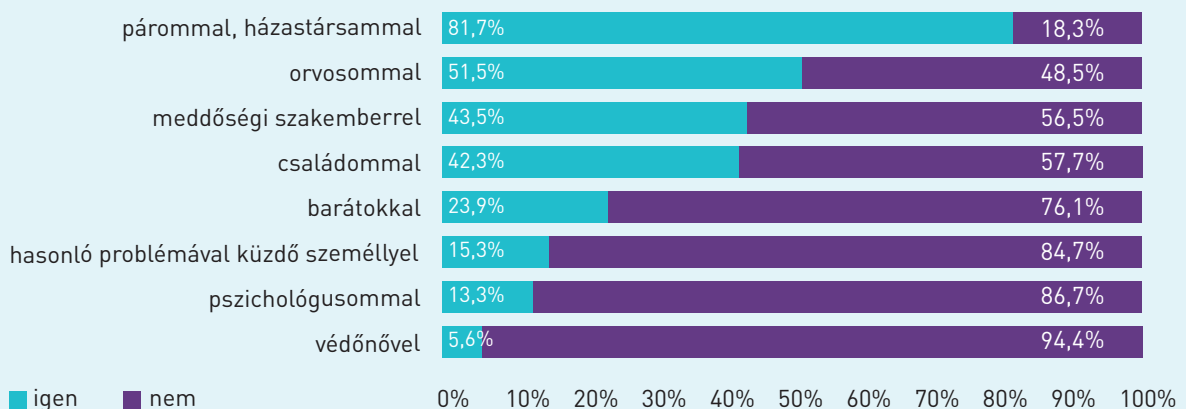
A 25-29 évesek 48%-a valószínűnek, vagy nagyon valószínűnek tartja, hogy ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalnia, akkor meddőségi kezelést venne igénybe. A felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők közel kétharmada (60%) tartja ezt valószínűnek, vagy nagyon valószínűnek. Az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők több mint egyharmada (36%) nem tartja valószínűnek, hogy az orvosi kezelést választaná. A munkanélküliek vagy álláskeresőik közel fele (47%) sem tartja valószínűnek, hogy meddőségi kezelést venne igénybe. Az örökbefogadás kérdése az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőket osztotta meg leginkább, hiszen 31%-uk valószínűnek tartja, 36%-a nem tartja valószínűnek, 33%-uk pedig bizonytalan abban, hogy ezt az utat választaná, ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalnia. Minél

magasabb a válaszadók iskolai végzettsége, annál kevésbé valószínű, hogy az örökbefogadást választaná.

A nők valamivel nagyobb arányban utasítják el a gyermek nélküli életet, mint a férfiak. Ahogy növekszik az életkor, úgy növekszik a bizonytalanság, illetve annak lehetősége, hogy beletörődjenek a gyermek nélküli életbe abban az esetben, ha természetes úton nem lehet gyermekük.

Ha meddőségi problémával kerülnének szembe a válaszadó fiatalok, akkor elsősorban párjukkal, házastársukkal (82%) beszélnek meg azt. Második helyre az orvosukat (51%), a harmadikra pedig a meddőségi szakembereket tették (43%). Legkevésbé védőnővel (6%), pszichológussal (13%) és a hasonló problémával küzdő társaikkal (15%) osztanák meg ezt a gondjukat.

2. ábra: Kivel beszélné meg a meddőségi problémáit? % (N = 1000)



A nők nyitottabbak, mint a férfiak, hiszen ők több mindenkivel megosztanák meddőségi problémájukat. A 25-29 évesek több mint kétharmada (68%), a felsőfokú végzettséggel rendelkezők több mint 80%-a hasonlóan gondolkodik. Minél magasabb a válaszadók iskolai végzettsége, annál inkább előtérbe helyezik a szakemberek véleményét. Településtípus szerint nézve, minél kisebb településen él a megkérdezett, annál zárkózottabb, és csak a párjával vagy házastársával osztaná meg a meddőségi problémáját. Mindebből arra következtethetünk, hogy a meddőség még mindig inkább tabu témának számít, főleg vidéken. Ha nem szívesen beszélnek erről az érintettek, akkor pedig a megfelelő segítség megtalálása is nehezebb lehet számukra.

A megkérdezettek háromnegyedének (75%) nincs olyan ismerőse, aki meddőségi kezelésben vett volna részt, vagy nem tud ilyenről. Összesen 8% azok aránya, akik saját maguk, vagy párjuk/családtagjuk révén érintettek meddőségi kezelésben.

Termékenységgel kapcsolatos ismeretek Tájékozottság

A termékenységgel kapcsolatos tájékozottságukat ötfokú skálán átlagosan 3,42-re értékelték a válaszadók, azaz a közepesnél valamivel jobban tájékozottnak tartják saját magukat. Tájékozottabbnak elsősorban az alapfokú végzettségűek, a tanulók és a megyeszékhelyen lakók gondolják magukat, de a 4-es átlagot ők sem érik el. Nemek, korcsoportok, párkapcsolati helyzet és gyermekszám tekintetében nincs szignifikáns különbség a tájékozottság megítélésében, tehát nem mondhatjuk

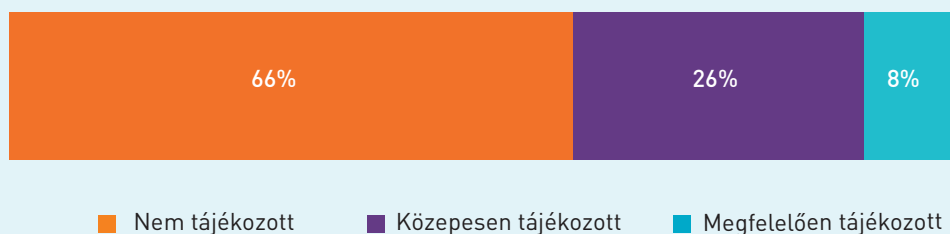
kellő bizonyossággal, hogy a férfiak vagy a nők gondolnák tájékozottabbnak magukat, és a gyermekes-gyermektelen csoport sem tér el egymástól ebben a tekintetben.

A termékenységgel kapcsolatos ismereteiket különböző forrásokból szerezhetik a fiatalok. Ezen források közül a TV és az internet a legnépszerűbb, ezután az iskola és a barátok következnek, a család csak a negyedik a sorban, amelyet az orvos/szakember zár. Az ismeretforrásokat tekintve az iskolai végzettségnek és az életkornak jelentős szerepe van, az alapfokú végzettségűek inkább tartoznak a sehonnan, senkitől nem tájékozódók csoportjába, és az iskolai végzettség emelkedésével nő a több forrást igénybe vevők aránya. Az életkor emelkedésével megfigyelhető a TV, internet igénybevételének növekvő aránya és ez látható a gyermekesek, különösen a 3 vagy több gyermekkel rendelkezők esetében is.

Habár a megkérdezettek a közepesnél valamivel tájékozottabbnak gondolják magukat, a későbbi, termékenységgel kapcsolatos kérdésekre adott válaszaik azt mutatják, hogy a magyar fiatalok többségét alacsony termékenységtudatosság jellemzi. Tehát a tájékozottságukról alkotott képük és a valós ismereteik eltérnek egymástól.

A korábbiakban ismertetett módszertan alapján, a 10 termékenységi kérdésre adott válaszokat összegezve az látható, hogy a magyar fiatalok kétharmadának (66%) alacsony a termékenységi ismeretük, kicsivel több mint egynegyedük (26%) közepesen tájékozott, és csupán 8%-uk rendelkezik széles termékenységi ismeretekkel.

3. ábra: A termékenységi ismeretekben való jártasság mértéke, % (N = 1000)



Leginkább a házások (11%), az anyasági támogatásban részesülők (9%), illetve a 3 vagy több gyermeket nevelők (21%) rendelkeznek megfelelő termékenységi ismeretekkel. A legkevesebb tudással a 21-24 évesek (72%), a tanulók (71%), az egyedülállók (73%), valamint éppen azok rendelkeznek, akik teljes mértékben tájékozottnak gondolják magukat a termékenységi ismeretek terén (76%), de ezeket az összefüggéseket nagyobb mintán történő vizsgálat alapján érdemes pontosítani. Szignifikáns különbség ugyanis nem látható a korcsoportok és a gazdasági aktivitás szerint, de bizonyos szintű különbségről beszélhetünk, és látszódik egyfajta tendencia.

Tehát megállapítást nyert, hogy ha valaki önmagát tájékozottnak gondolja, nem jelenti, hogy a termékenységgel kapcsolatos ismeretei is feltétlenül helyesek. A vizsgált mintából az is kimutatható, hogy a gyermekek számával az ismeretek szintje emelkedik, valamint a párkapcsolati helyzet is befolyásolja azt. Az egyedülállók a legtájékozatlanabbak, míg az élettársi kapcsolatban élők és a házások a legtájékozottabbak.

Az iskolai végzettség és a tényleges ismeretek kapcsolata a minta alapján további, nagyobb mintán történő vizsgálatot igényel, azonban az látszik, hogy a felsőfokú végzettségűek közül

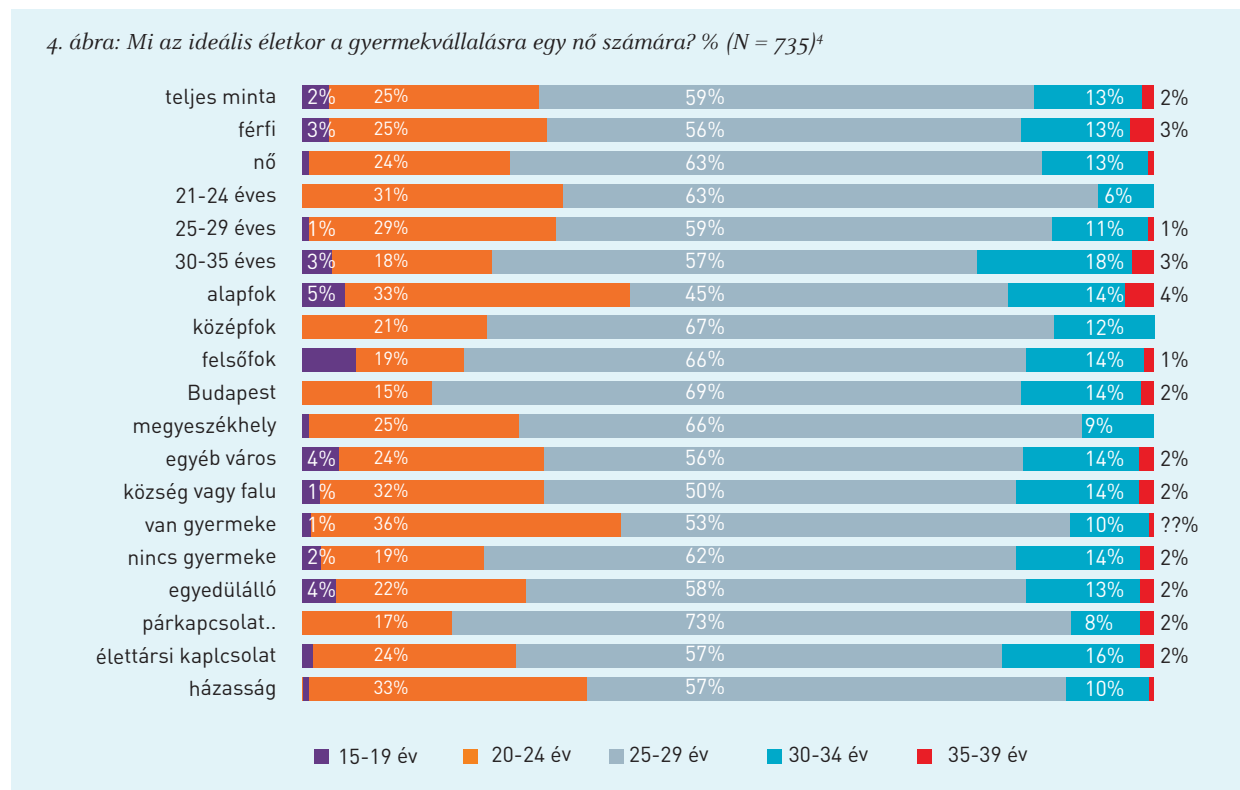
kerülnek ki azok, akik a termékenységgel kapcsolatos kérdésekre leginkább helyes válaszokat adtak. További megállapítás, hogy a termékenységgel kapcsolatos ismeretek magasabb szintje és a meddőségi kezelés inkább együtt jár, a kis esetszám miatt azonban ez inkább hipotézisnek tekinthető egy esetleges nagyobb mintás kutatáshoz. Feltehetőleg épp a meddőségi kezelésben való részvétel eredményezi a magasabb szintű ismereteket a termékenységi kérdésekben.

Az ideális gyermekvállalási kor egy nő számára

A megkérdezettek többsége, 59%-a úgy gondolja, hogy a 25-29 éves kor a legideálisabb arra, hogy egy nő anyává váljon, 25%-uk szerint 20-24 éves kor között van ez az időpont, 13% pedig úgy véli, hogy 30-34 éves kor az ideális a gyerekvállalásra a nők esetében.

A válaszadók többsége tehát a 25-29 éves kort tartja az ideális gyermekvállalási kornak, miközben a későbbiekben látjuk majd, hogy többségük úgy véli (helyesen), hogy egy nő legtermékenyebb időszaka 20-24 éves korában van. Azt pedig korábban láttuk, hogy a gyermektelen válaszadók átlagosan 30 éves koruk felett tervezik első gyermeküket, az ideálisnak tartott és a valóságban tervezett gyermekvállalási életkor tehát eltérő.

4. ábra: Mi az ideális életkor a gyermekvállalásra egy nő számára? % (N = 735)⁴

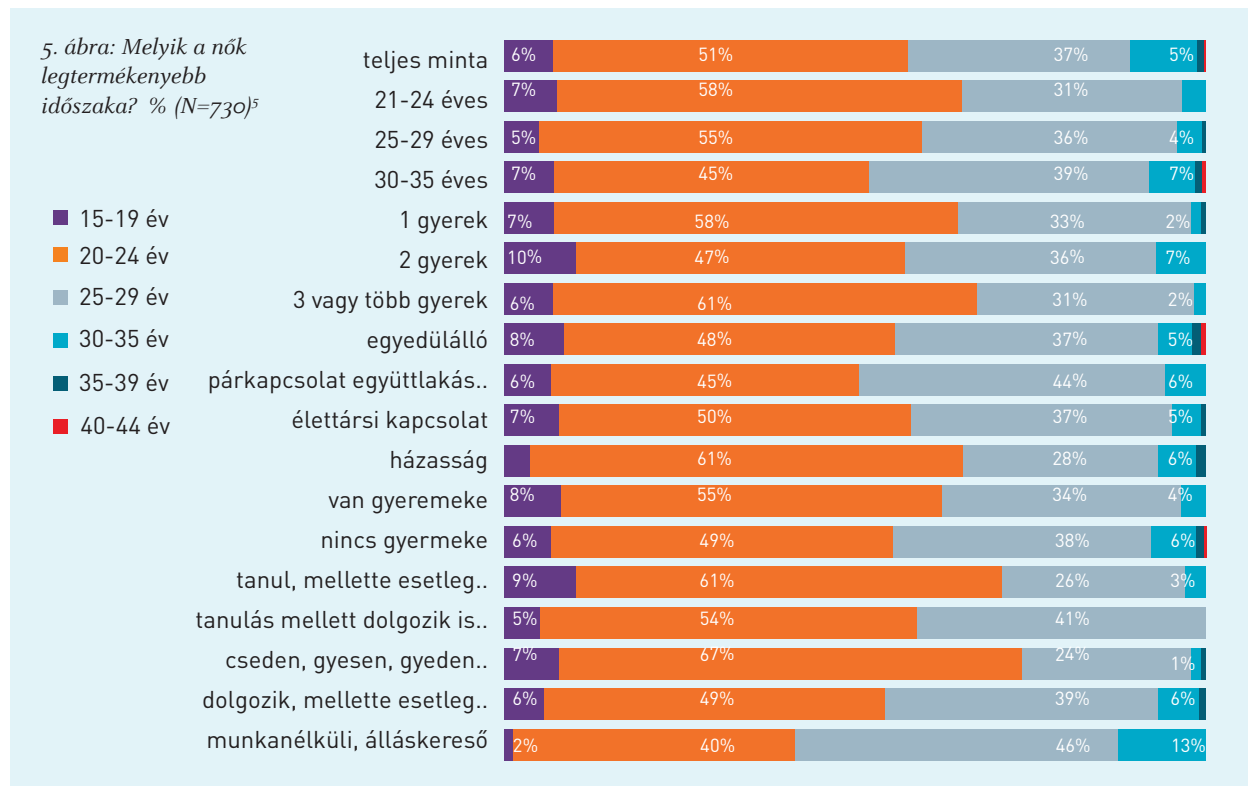


Életkor szerint nézve a legfiatalabbak gondolják legnagyobb arányban (31%), hogy az a legjobb, ha egy nő 20-24 éves kora között vállal gyermeket. Az alacsony végzettségűek egyharmada van ugyan ezen a véleményen. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőknek átlagosan csak 20%-a gondolja ugyanígy. A községekben élők 32%-a tartja a 20-24 éves kort az ideális gyermekvállalási kornak egy nő számára, szemben a Budapesten élőkkel, ahol a fiatalok mindössze 15%-a van ezen a véleményen. A gyermekesek és a házások szintén nagyobb arány-

ban tartják a fiatalabb, 20-24 éves kort ideálisnak mint a gyermektelenek. Ez látható a házások és egyedülállók vonatkozásában is.

A nők termékenysége

A fiatalok fele tudja csak, hogy a nők legtermékenyebb időszaka 20-24 év kor között van. A megkérdezettek 37%-a 25-29 éves korra tette ezt az időpontot. 6% szerint 15-19 éves korban, 5% szerint pedig 30-34 éves kor között van a nők legtermékenyebb időszaka.



A 21-24 évesek (58%), a 3 vagy több gyermekkel rendelkezők (61%), a házások (61%) és a csed-en, gyes-en, gyed-en, gyet-en lévők (67%) tudták a legnagyobb arányban, hogy mikor a legtermékenyebbek a nők. A legkevésbé tájékozottak a női termékenységet illetően a 30-35 évesek (45%), és a munkanélküliek (40%). Szignifikáns különbség azonban csak a korcsoportok és a gazdasági aktivitás mentén látható. Fontos azonban megjegyezni, hogy a fiatalok több mint egynegyede (27%-a) nem tudott a kérdésre válaszolni,

ami a hiányos és pontatlan termékenységi ismeretekre utal. A termékenységgel kapcsolatos ismeretek terén magukat tájékozottnak gondolók ugyanolyan arányban tudtak helyesen válaszolni a kérdésre, mint azok a válaszadók, akik nem gondolják magukat informáltként a témában. Összességében elmondható, hogy minden második fiatal tudja csak pontosan, hogy egy nőnek mikor van a legnagyobb esélye a teherbeesésre. A korábbi gyermekvállalás és a házasság pozitív hatást gyakorol a tájékozottságra e kérdésben.

⁴ Azok a megkérdezettek, akik több mint egy kategóriát jelöltek meg, nem kerültek be az elemzésbe.

⁵ Azok a megkérdezettek, akik több mint egy kategóriát jelöltek meg, nem kerültek be az elemzésbe.

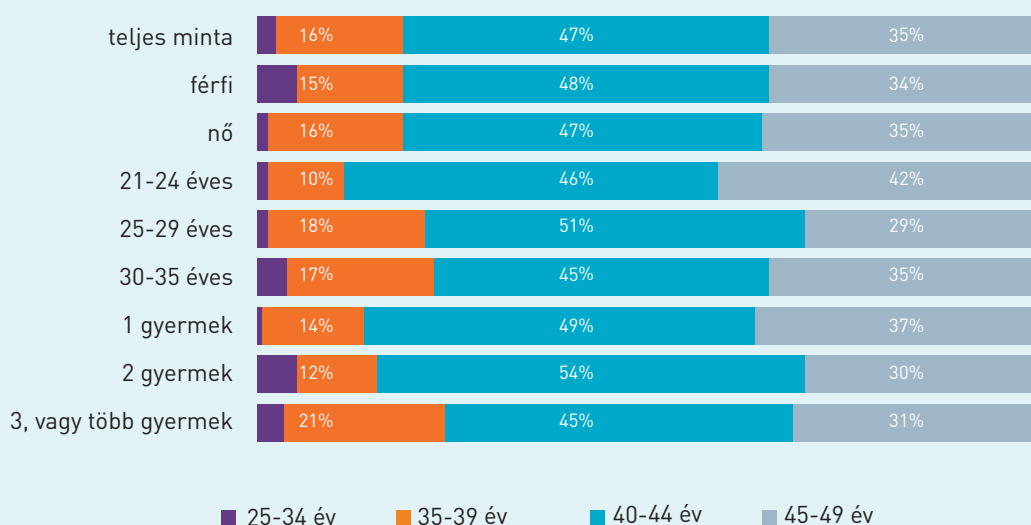
A fiataloknak csak a 43%-a gondolja, hogy a nők figyelembe veszik, mikor a legtermékenyebbek, ha kisbabát szeretnének. A válaszadók több mint fele (52%) szerint azonban ritkán figyelnek erre a nők. A 21-24 évesek fele gondolja úgy, hogy a nők figyelnek erre, a 25-35 évesek 41%-a gondolja így. Minél alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezik a megkérdezett, annál inkább gondolja úgy, hogy a nők figyelembe veszik a legtermékenyebb időszakukat a gyermekvállalásnál: az alapfokú végzettséggel rendelkezők 54%-a középfokúval rendelkezők 42%-a felsőfokúval rendelkezők 32%-a gondolja így. Leginkább tehát a 20-24 évesek (50%), az alapfokú végzettséggel rendelkezők (54%), a munkanélküliek (49%) és a községekben élők (48%) gondolják azt, hogy a nők figyelnek arra, hogy a gyermekvállalás a legtermékenyebb időszakban történjen.

Arról is megkérdeztük a fiatalokat, szerintük mikortól csökken kis mértékben a női termékenység. A válaszadók 35%-a szerint 35-39 éves korban, 31% szerint 30-34 kor között, és csupán 5%-uk gondolja helyesen, hogy már 25-29 éves korban elindul ez a folyamat. A legkevésbé tájékozottak e téren a 21-24 évesek (4%), a középfokú végzettségűek (3%), és a

községekben élők (4%). A három vagy több gyermekesek tudtak a legnagyobb arányban helyesen válaszolni a kérdésre: 12%-uk szerint 25-29 éves korban kismértékben csökken a női termékenység. Összességében azonban az látható, hogy a fiatalok nem tudják, mikor kezdődik a női termékenység kismértékű csökkenése, és közel harmaduk 5 évvel, kétharmaduk pedig 10 vagy még több évvel későbbre helyezi ezt az időpontot.

A női termékenység nagymértékű csökkenésének idejére is rákérdeztünk. A megkérdezettek közel fele (47%-a) szerint ez 40-44 éves korban kezdődik, 35%-uk szerint 45-49 év között, míg a valóságban ebben a korban a spontán, vagy lombikkezeléssel fogant terhességek statisztikai esélye már közel nulla. A válaszadók csupán 16%-a tudta a helyes választ, hogy 35-39 éves korban kezd el jelentősen csökkeni a női termékenység. Csupán minden tizedik 21-24 éves tudja ezt, a 25-39 évesek már valamivel tájékozottabbak: közel egyötödük (18%) tudta a helyes választ. A 21-24 évesek hiányos termékenységi ismerettel rendelkeznek: 42%-uk azt gondolja, hogy csak 45-49 éves korban csökken jelentősen a női termékenység.

6. ábra: Mit gondol, hány éves kortól csökken nagymértékben a nők termékenysége? % (N = 1000)



A három, vagy több gyermeket nevelők a legtájékozottabbak: 21%-uk tudta a helyes választ. A termékenységgel kapcsolatos ismeretek terén magukat tájékozottnak gondolók ezúttal is ugyanolyan

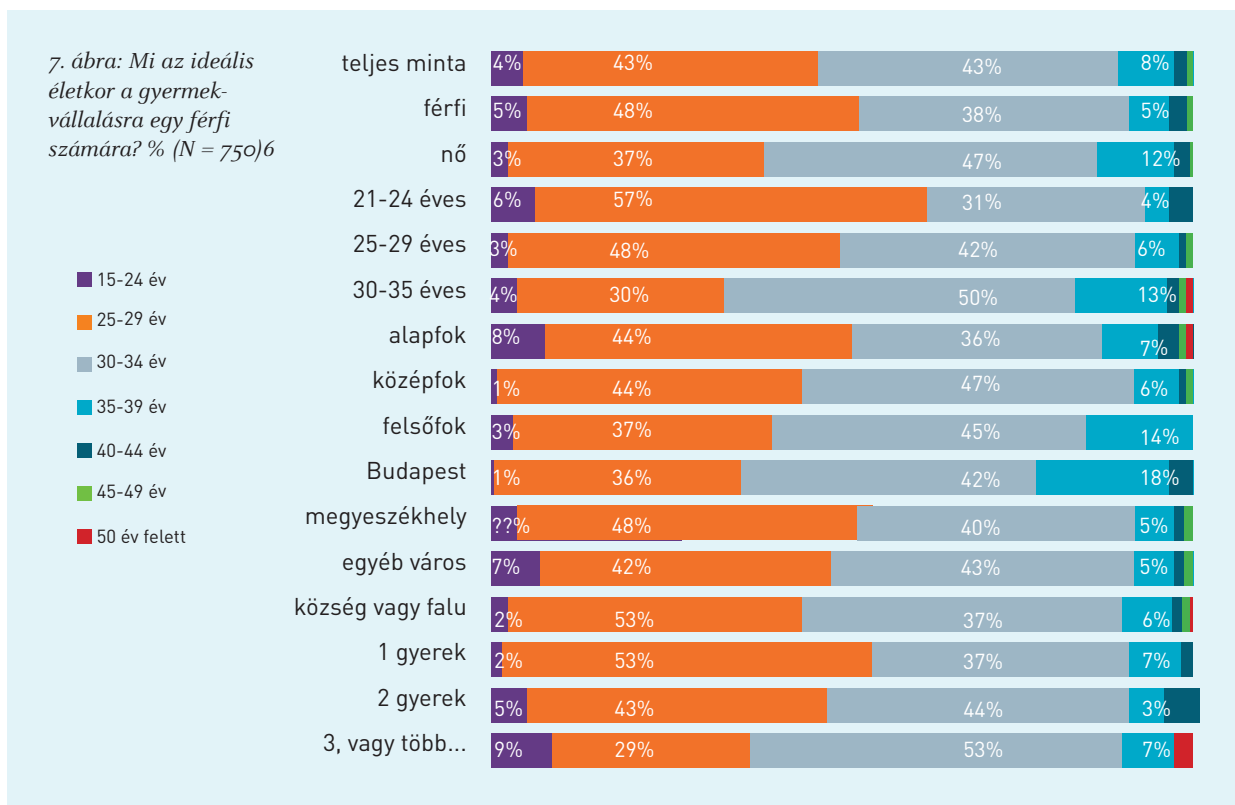
arányban tudtak helyesen válaszolni a kérdésre, mint azok a válaszadók, akik nem gondolják magukat informáltkak a témában. Összességében a fiatalok jelentős része 5 évvel későbbre helyezi

a női termékenység jelentős csökkenését, és sokan gondolják azt is, hogy 10 évvel később következik be, mint valójában.

Az ideális gyermekvállalási kor a férfiak számára és termékenységük csökkenése

A fiatalok 43%-a úgy gondolja, hogy a férfiak eseté-

ben a 25-29 éves kor a legideálisabb a gyermekvállalásra, és ugyanilyen arányban vannak, akik 30-34 év közé teszik ezt az időpontot. 8% szerint a 35-39 éves kor a megfelelő. A fiatalok egynegyede nem tudta megmondani, mikor érdemes gyermeket vállalnia egy férfinak.



Nemek szerint szignifikáns eltérés látható: a férfiak közel fele (48%) szerint 25-29 kor a legmegfelelőbb időpont a gyermekvállalásra számukra, ezzel szemben a nőknek csak 37%-a gondolja ugyanezt. A hölgyek legnagyobb része (47%) inkább azon a véleményen van, hogy a 30-34 éves kor a legjobb időpont a férfiaknak apává válni. Minél fiatalabb a megkérdezett, annál korábbra helyezi a férfiak ideális gyermekvállalási korát. Településtípusok szerint is szignifikáns különbség látható: a Budapesten élők 36%-a szerint 25-29 év között, közel egyötödük (18%) szerint pedig 35-39 évesen a legideálisabb gyermeket vállalnia egy férfinak. A többi településtípuson élők azonban eltérően gondolkoznak: átlagosan 45%-uk szerint egy fér-

finak a 25-29 éves kor a megfelelő a gyermekvállalásra, és csupán 6%-uk szerint a 35-39 éves kor. Az egygyermekesek 53%-a is a 25-29 éves kort tartja ideálisnak, azonban a három- vagy több gyermekeseknek csak 29%-a gondolja ugyanezt.

Azt is megkérdeztük, hány éves kortól csökken a férfiak nemzőképessége. A válaszadók 43%-a szerint 50 éves kor felett csökken a férfiak gyermekvállalási esélye, 35% pedig úgy gondolja, hogy 45-49 éves korban. A válaszadók csupán egyötöde tudja helyesen, hogy a férfiak nemzőképességének csökkenéséről már 40-44 éves korban beszélhetünk. A 21-24 évesek tudása a leghiányosabb: csak 14% tudta a helyes választ, ezzel szemben a 25-35 évesek közel negyede (24%-a) jól válaszolt.

⁶ Azok a megkérdezettek, akik több mint egy kategóriát jelöltek meg, nem kerültek be az elemzésbe

Az alapfokú iskolai végzettségűek (25%), a községben élők (23%) az egygyermekesek (23%), és a 25-35 évesek (24%) a legtájékozottabbak. A 21-24 évesek jelentősen túlbecsülik a férfi nemzőképesség csökkenésének időpontját is: 56%-uk szerint csak 50 éves kor felett csökken a férfiak gyermekvállalási esélye. Összességében elmondható, hogy a fiatalok nem tudják, mikor csökken a férfiak nemzőképessége: 10 évvel későbbre teszik ezt az időpontot.

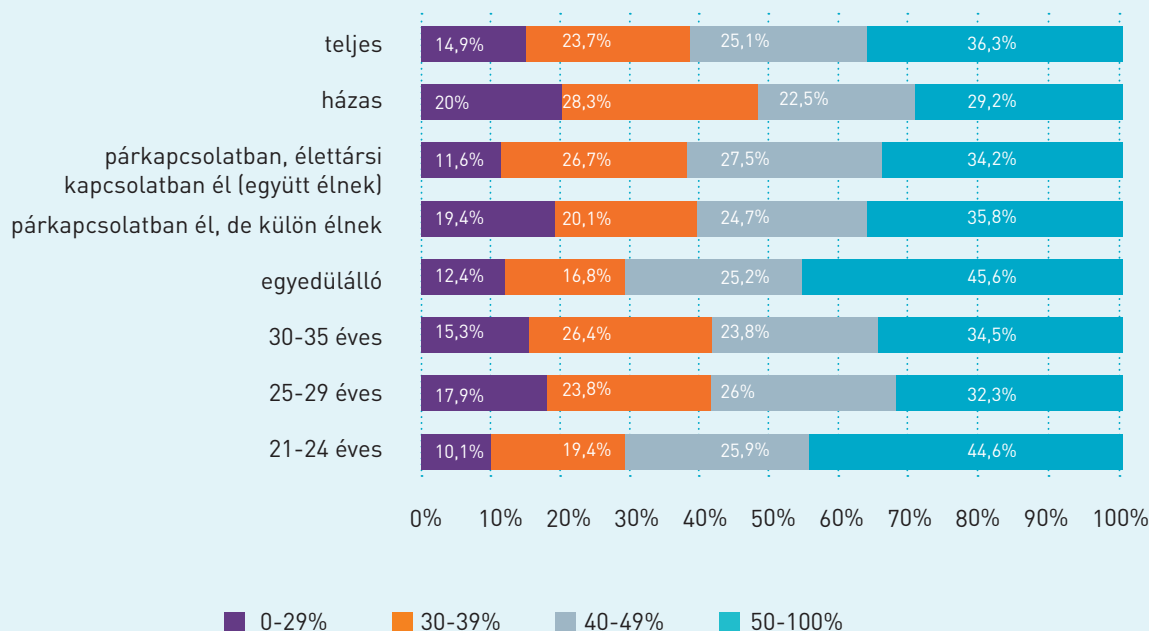
A fiataloknak csak a fele tudja, hogy a sikertelen gyermeknemzések 21-40%-a az, amelyben kizárólag férfi eredetű meddőség az ok. A válaszadók negyede úgy gondolja, hogy 41-60%-ban lehet beszélni kizárólagos férfi meddőségről, 21% pedig úgy véli, hogy maximum 20%-ban. A nők (54%), a középfokú végzettségűek (55%), az anyasági támogatásban részesülők (53%), a Budapesten élők (55%) és a kétgyermekesek (55%) a legtájékozottabbak a kérdésben.

Teherbeesés esélye

Egy olyan fiatal pár esetében, akik egy hónapon keresztül folyamatosan, védekezés nélkül élnek nemi életet, a teherbeesés esélye 30-39% közé tehe-

tő. Ezt a felmérésünk résztvevőinek csak negyede (24%-a) tudta jól. Több mint egyharmaduk a teherbeesési esélyt 50-100% közé tette, hibásan. Korcsoportok szerint vizsgálva azt figyeltük meg, hogy minél idősebbeket kérdeztünk, annál nagyobb eséllyel adtak jó választ a kérdésünkre. Ettől függetlenül a jó válaszadók aránya egyik korcsoport esetében sem érte el a 30%-ot. A legfiatalabbak (21-24 évesek) egyötöde, a 25-29 évesek 24%-a, míg a 30-35 évesek 26%-a tudta jól behatárolni a fiatal pár teherbeesési esélyét. A 21-24 évesek közel fele (45%) túlbecsülte azt, hiszen 50-100% közötti esélyt tartott reálisnak. Családi állapot tekintetében a házások (28%) és a párjukkal együtt élők (27%) voltak a legtájékozottabbak. A párjuktól külön élők 20%-a, míg az egyedülállók csupán 17%-a válaszolt helyesen a kérdésre. Az egyedülállók közel fele (46%) a legfiatalabbakhoz hasonlóan túlértékelt a védekezés nélkül nemi életet élő fiatal pár teherbeesési esélyét, hiszen szintén 50-100% közé tette azt. Habár a kérdésre adott helyes válaszok tekintetében kiemelkedtek a 30-35 évesek, a házások, valamint a párjukkal együtt élők, a jó válaszok aránya még esetükben sem érte el a 30%-ot.

8. ábra: Mekkora a teherbeesés valószínűsége egy hónapon belül, ha egy fiatal pár folyamatosan védekezés nélkül él nemi életet? - korcsoport és családi állapot szerint, % (N = 1000)



A teherbeesés esélyét legnagyobb mértékben a pár nő tagjának életkora határozza meg. Ha 25-30 éves korú nőről beszélünk, a teherbeesés esélye 70-79%-os, ha egy pár egy éven keresztül rendszeresen védekezés nélkül él nemi életet, míg ha egy 35-40 év közötti nőről, az esély már csupán 50-59% közé tehető. A fiatalabb nő esetében a válaszadók egynegyede (26%), az idősebb esetében pedig egyharmada (34%) adott helyes választ erre a kérdésre, tehát az utóbbit tudták jobban. Nemi bontásban elmondható, hogy az első példa esetében a nők és férfiak válaszadása között nem volt eltérés, hiszen mindkét nem 26-26%-a válaszolt helyesen a kérdésre. A férfiak 60%-a, a nők fele tartotta 80% felettinek a fiatalabb nő teherbeesési esélyét. Tehát a férfiak egy kevéssel túlbecsülték azt. Az idősebb nőnél a nők 37%-a adott jó választ a kérdésre. A férfiak esetében ez az arány 31% volt. A nők közül tehát többen válaszoltak helyesen a kérdésre. A férfiak ebben az esetben is túlbecsülték a teherbeesési esélyeket (46% vs. 34%). Korcsoportok szerint vizsgálva a kérdést, azt mondhatjuk, hogy a fiatalabb nő teherbeesési esélyeit a 25-29 év közöttiek tudták jobban. A 25-29 évesek 30%-a adott helyes választ a kérdésre, de mind a három korcsoport jellemzően túlbecsülte azt: a legfiatalabbak 62%-a, a 35-39 évesek fele, a 30-35 évesek 55%-a gondolta, hogy 80% feletti a példában szereplő fiatal nő teherbeesési esélye. Az idősebb nő esetében több helyes választ kaptunk, és a teherbeesési esélyek túlértékelése is kisebb mértékű volt (35-43% közötti). Családi állapot alapján elmondható, hogy a fiatalabb nő teherbeesési esélyét az egyedülállók tudták legkisebb arányban helyesen megválaszolni (21%). A házasok és a párjukkal együtt élők 29%-a adott helyes választ, de a párjuktól külön élők egynegyede is jól válaszolt. Az egyedülállók 35%-a hibásan, 90% feletti teherbeesési esélyt tartott reálisnak a 25-30 éves nő esetében. A 35-40 éves nő teherbeesési esélyét nézve az egyedülállók ugyancsak túlértékelték azt a többiekhez képest, hiszen egyötödük hibásan 70% feletti esélyt gondolt.

Termékenységet csökkentő tényezők

Az elhízásnak, a dohányzásnak és a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztásnak bizonyítottan jelentős fertilitáscsökkentő hatása van. Kutatásunk során kiderült, hogy a megkérdezettek többsége tisztában van a dohányzás és a nagyobb

mennyiségű alkoholfogyasztás termékenységsökkentő hatásával, ám az elhízásnak már kevésbé tulajdonítanak jelentőséget.

A nagymértékű alkoholfogyasztást a megkérdezettek 60%-a, míg a dohányzást 55% ítélte nagymértékű termékenységsökkentő tényezőnek. Az elhízást ugyanakkor csupán alig egyharmaduk (32%). Az elhízás esetében volt a legmagasabb a válaszolni nem tudók aránya (11%), negatív hatását pedig jellemzően alulbecsülték. A nők nagyobb arányban tették felelőssé a termékenységsökkenésért az elhízást (37%) és a nagymértékű alkoholfogyasztást (67%), mint a férfiak (28% és 54%). A nőknek és a férfiaknak is közel fele (47%) jellemzően csupán kismértékű termékenységsökkentő hatást tulajdonított az elhízásnak. A férfiak 13%-a meg sem tudta ítélni az elhízás termékenységre gyakorolt hatását, mivel nem tudott választ adni erre a kérdésre.

Korcsoportonként nézve az látszik, hogy az elhízást a 25 éven felüliek egyharmada, míg a 21-24 évesek 27%-a tartotta nagymértékű termékenységsökkentő hatású tényezőnek. Összességében – életkortól függetlenül – valamennyi korcsoport 46-48% körüli kismértékű termékenységsökkentő hatást tulajdonított az elhízásnak. A legfiatalabbak 17%-a nem tudott választ adni a kérdésre.

Az elhízást a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 39%-a nagymértékű termékenységsökkentő hatású tényezőnek tartja, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek esetében ez az arány 30% körüli. A középfokú iskolai végzettségűek fele csak kisebb negatív hatást tulajdonít az elhízásnak, míg az alacsony végzettségűek 15%-a szerint az elhízás nincs is hatással a termékenységre.

A dohányzásnak az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők csupán 41%-a tulajdonított nagymértékű termékenységsökkentő hatást, a közép- és felsőfokú iskolai végzettségűek esetében ez az arány 59-67% volt. A magasabb iskolai végzettségűek többsége tehát inkább tisztában volt a dohányzás termékenységre gyakorolt káros hatásával. Az alacsony iskolai végzettségűek esetében a válaszolni nem tudók aránya (10%) és a dohányzásnak termékenységsökkentő hatást nem tulajdonítók aránya (9%) is magasabb volt, mint bármely más demográfiai változónál.

A válaszadók 55-60%-a iskolai végzettségtől függetlenül helyesen tudta, hogy a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás jelentősen csökkenti a termékenységet. Az alacsony végzettséggel rendelkezők

10%-a ebben a kérdésben sem tudott állást foglalni.

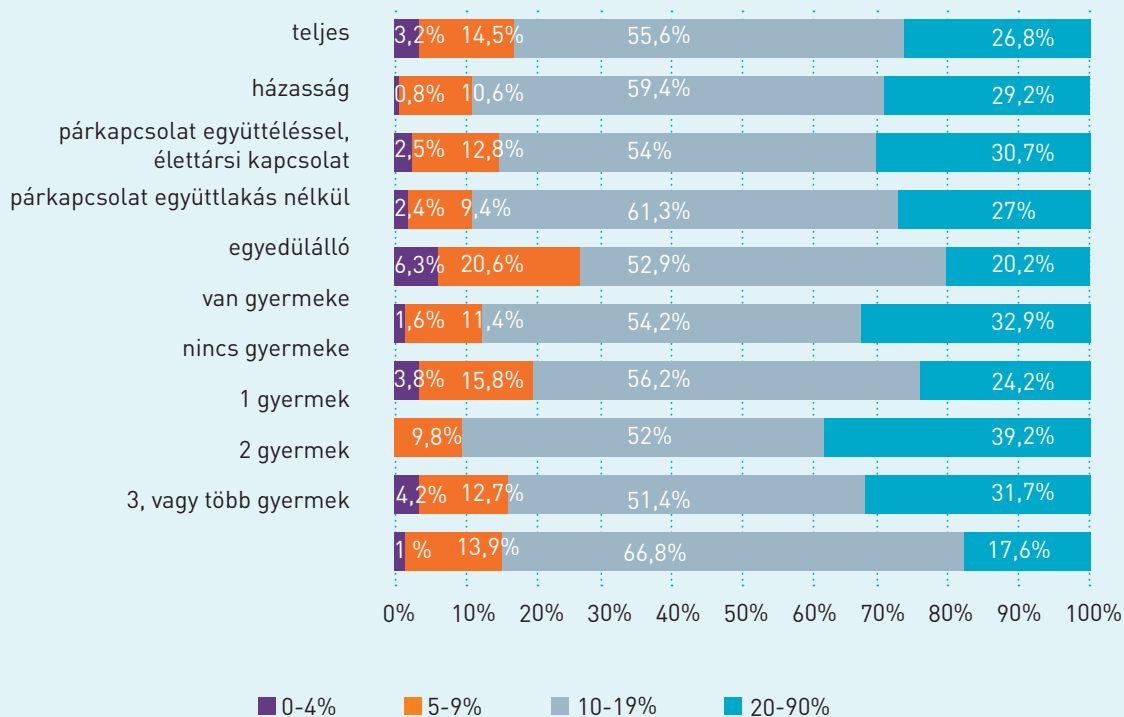
Meddőség és lombikprogram Magyarországon

A meddőség Magyarországon a párok 10-19%-át érinti. A fiatalok több mint fele (56%) ezt helyesen tudja, míg 27%-uk 20-29% közé teszi ezen párok arányát. A férfiak és nők többsége (57; 54%) is jól tudja, hogy Magyarországon 10-19% közé tehető azon párok aránya, akiknek egészségügyi okból nincsen gyermeke, bár szeretnének. A nők több mint egyharmada (35%) ezt az arányt 20-90% közé teszi, ami majdnem duplája a hasonlóan vélekedő férfiakénak (19%).

A párkapcsolatban vagy házasságban élők összeségében tájékozottabbak e téren, mint az egyedülállók. A gyermektelen párok egy kicsivel nagyobb arányban gondolják azt, hogy 10-19% között van a meddő párok aránya, mint a gyermekesek. A gyermektelenek 56%-a, a gyermekesek 54%-a vélekedik így.

Akik tisztában vannak a meddő párok hazai arányával, azoknak több mint a fele férfi, többségben középfokú végzettséggel rendelkeznek, és a 30-35 éves korcsoportba tartoznak. Akik tisztában vannak a meddő párok arányával, azok a lombikprogram sikerességét is helyesen becsülték meg.

9. ábra: Mekkora az országban azoknak a pároknak az aránya, akik szeretnének gyermeket, de nem járnak sikerrel?, % (N = 1000)



A lombikprogram sikerességi aránya hazánkban 20-29%-os, azonban a válaszadók 42%-a 30-39% közé teszi ezt, 24%-uk pedig 40-100% közöttire becsüli. A fiatalok túlbecsülik a lombikkezeléssel elérhető eredményeket.

A lombikprogram sikerességéről a nők közel fele

(47%-a) azt gondolja, hogy 30-39% közötti az arányuk. A nők összességében tévesen sikeresebbnek vélik a lombikprogramot, mint a férfiak. Tehát a férfiak tudják jobban ezt a kérdést.

A tanulás mellett munkát vállalók 43%-a úgy véli, hogy a lombikprogramok több mint 40%-ban

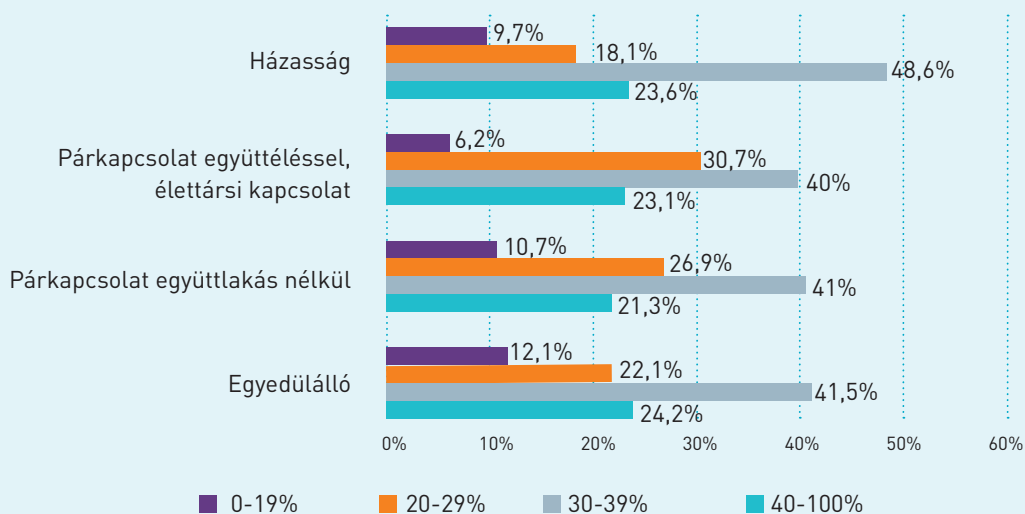
sikeresek. Ez a foglalkozási csoport bízik leginkább a lombikprogram sikerességében. A csed-en, gyes-en, gyed-en, gyet-en lévők (mellette tanulók vagy dolgozók) (48%) 30-39% közé teszik az IVF eljárások sikerességét.

A házasságban élők közel háromnegyede (72%) úgy gondolja, hogy a lombikprogram legalább 30%-ban sikeres Magyarországon. A házasságban élők után az egyedülállók bíznak leginkább ennek sikerességében, több mint egyharmaduk (42%) szerint az IVF eljárások 30-39%-a eredményes.

Összességében a fiatalok túlbecsülik a lombikprogram hazai sikerességét. A megkérdezettek negyede tudja csak, milyen a lombikprogram sike-

rességének átlagos aránya az országban. A nők, a házasságban élők és az egyedülállók hasonlóan túlbecsülték azt. Akik helyesen ítélték meg a lombikprogram sikerességét, azoknak több mint a fele férfi (52%), kicsivel több mint háromnegyede gyermektelen (76%). Településtípus szerint legnagyobb arányban a városokban (31%) és a kisebb településeken (28%) lakók vannak tisztában azzal, hogy 20-29% közötti a lombikprogram sikeressége az országban. A gyermektelenek kicsivel több mint háromnegyede (76%) és az egygyermekesek 45%-a szintén jól becsülte meg a lombikprogram sikerességét Magyarországon.

10. ábra: Mekkora a hazai sikeres lombikprogramok aránya? % (N = 1000)



A lombikprogram sikerességére vonatkozó kérdésünket összevetettük azzal, hogy ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalniuk a megkérdezetteknek, akkor mennyire valószínű, hogy a meddőségi kezelést, az örökbefogadást vagy a gyermek nélküli életet választanák. A lombikprog-

ram sikeressége mindössze a meddőségi kezelésre vonatkozó változóval korrelált. Azt mondhatjuk, hogy aki valamilyen szinten sikeresnek véli a lombikprogramot, az inkább választaná a meddőségi kezelést, ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalnia.

Összegzés

A magyar fiatalok számára fontos a gyermekvállalás és többségük a kétgyermekes családmódban gondolkodik. A termékenységi ismeretek és a gyermekvállalás, összefüggéseit vizsgálva azt mondhatjuk, hogy a meglévő gyermekek számával növekszik az ismeretek szintje, viszont a gyermek-

vállalási szándékokra nincs hatással (nem mutat szignifikáns kapcsolatot a kettő, a tájékozottságból a gyermekvállalási tervek nem következnek). Az ismeretek elmélyítése – különös tekintettel az életkor és a meddőség kapcsolatára – viszont elősegítheti a meddőség elkerülését, vagy azt, hogy még

időben forduljanak szakemberhez az érintettek. A fiatalok közel fele a meddőségi kezelést választaná abban az esetben, ha természetes úton nem lehetne gyermeke, közel egyharmaduk pedig az örökbefogadás mellett döntene. Legnagyobb arányban a gyermek nélküli életet utasítják el. A fiatalok túlnyomó többsége párjával vagy házastársával beszélné meg esetleges meddőségi problémáját, második helyre az orvosukat, a harmadikra pedig a meddőségi szakembereket tették. A megkérdezettek közel háromnegyedének nincs olyan ismerőse, vagy nem tud olyanról, aki meddőségi kezelésen venne vagy vett volna részt. Úgy látszik, a meddőség még mindig tabu témának számít, főleg vidéken. Miközben a meddőségi kezelés igénybevételét szükség esetén valószínűbbnek tartják a fiatalok, mint az örökbefogadást (bár ez utóbbi időben követheti az elsőt sikertelenség esetén), a válaszadók kevesebb mint fele fordulna szakemberhez és csak 13%-uk beszélné meg pszichológussal a problémát. A kezeléseket sikere nagymértékben függ a nő életkorától, az időnek tehát rendkívül fontos szerepe van. Minél előbb szembesülnek a problémával és kerülnek tisztába a megoldási lehetőséggel, annál jobb esélyük van az eredményes kezelésre a pároknak. Emiatt kulcsszerepe lehet a tájékoztató kampányoknak a témában. Célzott kommunikációs kampányok segítségével egyfelől a mielőbbi gyermekvállalásra ösztönözhetőek a fiatalok a termékenységtudatosság növelésével, másrészt szükség esetén a megfelelő helyre irányíthatók a kellő információk átadásával, kialakítva a bizalmat az állami ellátórendszer iránt. A termékenységgel kapcsolatos valós ismeretekről független, hogy a válaszadók mennyire gondolják magukat tájékozottnak a témában. Ez arra enged következtetni, hogy a fiatalok sok téves információval rendelkeznek, és hiába gondolják magukat tájékozottnak a témában, valójában hiányos és pontatlan a tudásuk. A legnépszerűbb forrás, ahonnan ismereteiket szerzik a fiatalok, a TV és az internet, míg az iskola és a család csak ezután következik, szakemberrel vagy orvossal pedig a legkisebb arányban beszélnek termékenységi ismeretekről. Az internet szerepe tehát óriási, azon belül pedig a fiatalok elsősorban a közösségi médiaplatformokon töltik legnagyobb idejüket, így ismereteiket is onnan szerzik. Számos influencer foglalkozik életmód és táplálkozási tanácsadással, és osztja meg ma már akár egész-

ségügyi problémáit is ezeken az oldalakon, felhívva a követőik figyelmét fontos kérdésekre. Kétségtelen, hogy a fiatalokat leginkább ők tudják elérni, és befolyásoló szerepük hatalmas. Így a különböző egészségügyi témákban (endometriózis, menstruáció) megnyilvánuló ismert emberek saját életük tapasztalatait bemutatva segíthetik a fiatalok gyermekvállalással, termékenységgel kapcsolatos ismeretinek bővítését.

Szakemberrel, orvossal a fiatalok negyede beszél termékenységi kérdésekről. Az alapellátásban részt vevő szakembereknek (házi orvos, szülész-nőgyógyász, védőnő) nagy szerepük lehetne abban, hogy felhívják a figyelmet azokra a tényezőkre, melyek nagymértékben rontják a későbbiekben a termékenységet, különös tekintettel az életkor szerepére. Megfelelő tájékoztatással és odafigyeléssel hozzájárulhatnak a szakemberek is ahhoz, hogy a magyar fiatalok megfelelő tudással rendelkezzenek a témában.

Mivel az alapfokú végzettségűeknél fordul elő legnagyobb arányban, hogy semmilyen forrásból nem tájékozódnak, ezért a termékenységgel kapcsolatos ismeretek oktatása már az általános iskolában indokolt a Családi életre nevelés tantárgy keretein belül. Az iskolában is csak a szexuális felvilágosítás keretében hallanak a témáról, tehát a termékenységgel kapcsolatos jelenlegi oktatás inkább a nem kívánt terhességek megelőzésére koncentrálnak. Azaz a fiatalok megfelelő, és ellenőrzött forrásból származó termékenységi ismereteinek megszerzéséhez olyan iskolai edukációs kampányokra lenne szükség, amelyek fókuszában az életkor, az életmód és a termékenység kapcsolata áll. Ehhez elengedhetetlen a pedagógusi munkát megkönnyítő edukációs (online) tananyag fejlesztése.

A saját termékenységi ismeretüket a válaszadók jellemzően túlbecsülték, hiszen a teherbeesés esélyére irányuló kérdéseket éppen azok választották meg legrosszabbul, akik korábban magukat kímélően tájékozottnak gondolták a témában. Az egy hónapon, illetve egy éven át folyamatosan, védekezés nélkül nemi életet élő párok teherbeesési esélyével a megkérdezettek egynegyede volt tisztában. Amikor a pár női tagjának életkorát növeltük, a jó válaszok aránya is egyharmadra emelkedett. Jellemző volt, hogy az idősebb válaszadók nagyobb arányban voltak tisztában a teherbeesési esélyek alakulásával.

A termékenységet negatívan befolyásoló tényezők

közül az elhízás szerepét gondolták a fiatalok a legkevésbé jelentősnek. Csupán egyharmaduk tulajdonított neki nagymértékű termékenységszökkentő hatást, míg a dohányzás és a nagymennyiségű alkoholfogyasztás negatív hatását a válaszadók többsége helyesen tudta. Olyan edukációs kampányra lenne szükség, melynek fókuszában az egészséges életmód és a termékenység kapcsolódása áll, mindemellett külön felhívja a figyelmet az elhízás nagymértékű fertilitáscsökkentő hatására. Egy 2021-es tanulmány szerint a késői gyermekori, illetve serdülőkori elhízás fokozza a termékenységi problémák előfordulásának kockázatát: a 7-15 éves, túlsúlyos lányoknál gyakrabban fordul elő gyermektelenség a felnőttkorban (Laru et al., 2021). Célszerű már iskoláskorban megkezdeni az elhízás aktív megelőzését és kezelését, valamint hangsúlyozni kell a normál testsúly fenntartásának termékenységben (is) betöltött fontos szerepét. Az egészséges életmódot és helyes táplálkozást népszerűsítő influencerekre itt is fontos szerep hárulhat, de alapvetően gyermekkorban a megfelelő életmód kialakításában a családnak és az oktatási rendszernek van kiemelkedően fontos szerepe.

Akik saját bevallásuk szerint kimondottan tájékozottak a termékenységi témában, jellemzően az azt csökkentő tényezőkkel kapcsolatos kérdéseinkre is nagyobb arányban adtak jó választ. A nők és a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők jellemzően nagyobb arányban adtak jó választ ezekre a kérdésekre. Igazolást nyert az a feltételezés is, mely szerint azok, akik számára kiemelten fontos a gyermekvállalás, tudatosan készülnek is rá, így inkább tisztában vannak azzal, milyen tényezők hatnak negatívan a termékenységre.

Magyarországon a párok 10-19%-át érinti a meddőség, és a fiatalok több mint a fele ezt helyesen tudja. A lombikprogram sikerességét viszont túl-

becsülik. A megkérdezettek mindössze egynegyede tudja, hogy valójában csak 20-29%-os a lombikkezelések sikerességi aránya hazánkban. A gyermekvállalás idejének kitolódása miatt a meg nem született, tervezett gyermekek számának csak a fele pótolható asszisztált reprodukciós kezeléssel. (Leridon et al., 2004). Éppen ezért a gyermekvállalás idejének kitolódása akaratlanul is gyermektelenséghez vezethet.

Összességében a 21-35 éves magyar fiatalok termékenységgel kapcsolatos ismeretei meglehetősen hiányosak, és véleményük szerint a nők nem is veszik figyelembe, hogy a legtermékenyebb időszakban vállaljanak gyermeket. Az általunk megkérdezett gyermektelen fiatalok első gyermeküket átlagosan 30,5 éves korukban tervezik, a férfiak, a felsőfokú végzettségűek, a munkanélküliek, és az egyedülállók ennél későbbi időpontot jelöltek meg. Ehhez képest a válaszadók több mint a fele úgy gondolja, hogy a 25-29 éves kor a legideálisabb arra, hogy egy nő anyává váljon, negyedük pedig 20-24 éves kor közé teszi ezt az időpontot, ami ténylegesen a nők legtermékenyebb életkora. Az utolsó gyermek vállalását átlagosan 34,6 éves korukra teszik a fiatalok, és többségük két gyermeket szeretne. Az idősebb életkor azonban mindkét nemből meghosszabbítja a várandósság kialakulásához szükséges eltelt időt (Dunson et al., 2004, Hassan et al., 2003), és újabb vizsgálatok azt mutatják, hogy amennyiben egy pár meddőségi kezeléseket nélkül 90%-os eséllyel szeretne két gyermeket, legkésőbb a nő 27 éves korában kell elkezdeni a védekezés nélküli szexuális együttléteket (Habbema et al., 2015). Tehát fontos, hogy minél több fiatal időben megfelelő tudással rendelkezzen ahhoz, hogy gyermekvállalási terveit megvalósíthassa. Ennek érdekében komplex segítségre van szükségük, mind az iskola, a család, a média és a szakemberek részéről.

Felhasznált irodalom

- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Fertil Steril.* 2014;101(3):633-634. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.12.032
- Broekmans, F.J., Knauff, E.A.H., te Velde, E.R., Macklon, N.S., Fauser, B.C., 2007. Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. *Trends in Endocrinology & Metabolism* 18, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2007.01.004>
- Carolan, M., Frankowska, D., 2011. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery* 27, 793–801. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.006>
- Center for Disease Control and Prevention (2019) Assisted reproductive technology (ART) report.
- Dunson DB, Colombo B, Baird DD. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2002;17(5):1399-1403. doi:10.1093/humrep/17.5.1399
- Dunson, D.B., Baird, D.D., Colombo, B., 2004. Increased Infertility With Age in Men and Women: *Obstetrics & Gynecology* 103, 51–56. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000100153.24061.45>
- Habbema, J.D.F., Eijkemans, M.J.C., Leridon, H., te Velde, E.R., 2015. Realizing a desired family size: when should couples start? *Hum. Reprod.* 30, 2215–2221. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev148>
- Hassan, M.A.M., Killick, S.R., 2003. Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertility and Sterility* 79, 1520–1527. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)00366-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)00366-2)
- KSH: Élveszülések az anya és az újszülött főbb jellemzői szerint (Megtétele: 2021. 07.16. http://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0007.html
- Lampic, C., Svanberg, A.S., Karlström, P., Tydén, T., 2006. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction* 21, 558–564. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei367>
- Laru, J., Nedelec, R., Koivuaho, E., Ojaniemi, M., Järvelin, M.-R., Tapanainen, J.S., Franks, S., Tolvanen, M., Piltonen, T.T., Sebert, S., Morin-Papunen, L., 2021. BMI in childhood and adolescence is associated with impaired reproductive function—a population-based cohort study from birth to age 50 years. *Human Reproduction* deab164. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab164>
- Leridon, H., 2004. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction* 19, 1548–1553. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh304>
- Lintsen, A.M.E., Pasker-de Jong, P.C.M., de Boer, E.J., Burger, C.W., Jansen, C.A.M., Braat, D.D.M., van Leeuwen, F.E., 2005. Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF. *Human Reproduction* 20, 1867–1875. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh898>
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Tucker, L., Lampic, C., 2012. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction* 27, 1375–1382. <https://doi.org/10.1093/humrep/deso11>
- Simoni, M.K., Mu, L., Collins, S.C., 2017. Women’s career priority is associated with attitudes towards family planning and ethical acceptance of reproductive technologies. *Human Reproduction* 32, 2069–2075. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex275>
- Török Péter, Major Tamás: Új lehetőségek a női meddőség ambuláns kivizsgálásában. *Orv Hetil.* 154(33): 1287-1290.
- Van Noord-Zaadstra BM, Looman CW, Alsbach H, Habbema JD, te Velde ER, Karbaat J. Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. *BMJ.* 1991;302(6789):1361-1365. doi:10.1136/bmj.302.6789.1361
- Van Voorhis B. In vitro fertilization. *N Engl J Med* 2007;356:379–386 *N Engl J Med* 2007; 356:379-386 doi: 10.1056/NEJMcp065743
- Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC, O’Connor J, Selevan SG. Reprint of: Estimates of human fertility and pregnancy loss. *Fertil Steril.* 2019;112(4 Suppl1):e229-e235. doi:10.1016/j.fertnstert.2019.08.096

Dr. Vesztergom Dóra - Szomszéd Orsolya,
Balogh Enikő - Baraté Edina

A meddőségi ellátás Magyarországon egy kvalitatív kutatás tükrében

Betekintő

A meddőségi kezelésben érintett interjúalanyok többsége az ideális gyermekvállalási életkort egy nőnél a 20-as évek végére, a férfiaknál pedig a 30-as évekre tette. Többségük a lombikprogram hazai sikerességének arányát 50% felettire becsülte, ami valójában jóval alacsonyabb. A beszámolók alapján a megfelelő kezelés megkezdéséig eltelt idő hossza, a meddőségi centrumok területi lefedettségének hiánya, a vizsgálatokra történő hosszú várakozás mind hátráltató tényező a sikeres lombikprogram felé vezető úton. A meginterjúvoltak többsége ugyanakkor elégedett volt az intézménnyel, ahol a kezeléseket végezték, az orvosok felkészültsége és az ott dolgozók hozzáállása miatt. A kezeléssel járó fizikai megpróbáltatásokon túl a meddőségi kezelésen résztvevők többsége nagyfokú stresszről és pszichés teherről számolt be. A koronavírus-járvány megjelenése pedig sokak számára okozott nehézséget, többségüknek el kellett halasztaniuk a mesterséges megtermékenyítést. A hazai lombikprogramról mégis a legtöbb interjúalany pozitív véleménnyel volt, és bízik annak sikerességében.

Bevezetés

A meddőséggel küzdő nők és férfiak száma világszerte növekszik, amelynek számos oka lehet az egészségtelen táplálkozástól kezdve a hormontartalmú gyógyszerek gyakoribb használatán át a gyermekvállalás kitolódásáig. A gyermekvállalási életkor Magyarországon 2011-ig folyamatosan emelkedett az első gyermek születésénél és átlagosan is. 2000-ben az első gyermek születésénél az édesanyák átlagosan 25 évesek voltak, míg 2011-ben már 28,3 évesek. Ezután már csekélyebb mértékű növekedést láthatunk, 2019-ben 28,8-ra, 2020-ban pedig 28,9-re emelkedett a nők átlagos életkora az első gyermek születésénél. A gyermekvállalás átlagos életkora szintén nagymértékben növekedett a kétezres évek elejétől 2011-ig. Ebben az évben a nők átlagéletkora gyermekvállaláskor már 30 év volt, majd 2020-re 30,3-re emelkedett (KSH, 2020). A gyermekvállalási életkor kitolódásával csökken a természetes úton történő gyermekvállalás esélye.

A nők életkorának előrehaladtával csökken a pete-

sejtek száma és ezzel párhuzamosan, csökken a petesejtek minősége is (Broekmans et al., 2007), így magasabb a korai vetélések aránya és emelkedik a szülészeti és perinatalis komplikációk száma (Carolan et al., 2011;). Az idősebb életkor mindkét nemből meghosszabbítja a várandósság kialakulásához szükséges eltelt időt (Dunson et al., 2004).

A családtervezésnél meghatározó tényező az életkor mellett a kívánt gyermekek száma. Ha egy pár több gyermeket tervez, kevesebb idő áll rendelkezésre a várandósságra. Számítógépes modell segítségével az egy-, két- vagy háromgyerekes család megvalósításának esélyét szimulálták az életkor függvényében. Ha egy pár egy-, két-, vagy három gyermeket szeretne, és szükség esetén nem utasítja el a lombikkezelést, akkor az első gyermeknek a nő 35, 31, és 28 éves kora előtt kell megszületnie. Amennyiben az IVF kezelés nem elfogadható a pár számára, kizárólag természetes úton szeretnének gyermeket vállalni, legkésőbb a

nők 32, 27 és 23 éves korában kell megkezdeni a családalapítást. (Habbema et al., 2015)

A gyermekekre váró párok 15-20 %-át érinti a meddőség hazánkban. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának (EMMI) adatai szerint a gyermekek 1,5-2%-a köszönhető mesterséges megtermékenyítésnek. Infertilitásról vagyis meddőségről akkor beszélünk, ha egy év rendszeres és fogamzásgátlástól mentes házaseset ellenére sem jön létre a terhesség, 35 év felett pedig már fél év után javasolható a meddőségi kezelések megkezdése. A meddőség előfordulása egyre gyakoribb, melynek hátterében részben a kitolódott gyermekvállalás áll. A családalapítás halogatásában fontos szerepet játszik a karrierre való koncentráció, az anyagi biztonság megteremtése (Molina-Garcia et al, 2019).

Az asszisztált reprodukciós kezelések célja a zavart szenvedett reprodukciós működés helyreállítása az ivarsejtek találkozásának elősegítése révén. In vitro fertilizációnak (IVF) nevezünk minden olyan beavatkozást, melynek során a petesejtet a petefészekből eltávolítják és laboratóriumi körülmények között megtermékenyítik (EMMI, 2019).

Hazánkban 5 teljes mesterséges megtermékenyítési eljárás vehető igénybe az első gyermek megszületéséhez az Egészségbiztosítási Alap finanszírozásával, 2017. október 1-jétől kezdődően pedig – amennyiben ezen eljárások valamelyikéből legalább egy gyermek születik –, közfinanszírozottan további 4 mesterséges megtermékenyítési eljárás végezhető. A mesterséges megtermékenyítési eljárásokhoz kapcsolódó gyógyszerköltségek támogatása ekkor 70%-ról 90%-ra növekedett, így a biztosítottak számára lényegesen csökkentek a kezelések közvetlen költségei is. Az emberi reprodukcióra irányuló különleges kivizsgálások és beavatkozások, valamint az ivarsejt-, illetve embrióletét a kötelező egészségbiztosítás terhére a nő reprodukciós kora felső határának eléréséig, de legfeljebb 45. életéve betöltéséig kezdhetők meg. 2020-tól jelentősen átalakult a meddőségi ellátások rendszere Magyarországon, miután 100%-os támogatottságúvá váltak az ellátásban használatos gyógyszerkezelések, eltörölték az állami támogatással lombikkezelést végző klinikák teljesítmény- és

volumenkorlátját (TVK), közfinanszírozottá váltak diagnosztikai ellátások, átalakult az inszemináció (mesterséges ondóbevitel) finanszírozása, illetve állami kézbe került a meddőség kezelése. Összeségében mintegy megduplázódott a meddőségi kezelésre fordított finanszírozás összege 2019-hez képest. A lombikprogram kiemelt támogatása – az évi 90 ezer körüli születésszámmal kalkulálva – néhány ezerrel több születést eredményezhet.

Szalma Ivett 20-35 éves budapesti nőkkel készült fókuszcsoportos kutatásának résztvevői a meddőségi problémákat inkább a nőknek tulajdonították és a 35 éves életkort vízválasztónak tekintették a termékenység és az életkor kapcsolatában. Az idősebb korcsoportba tartozók viszont úgy gondolták, hogy az életkor szerepét lehet más egyéb tényezőkkel kompenzálni. A megkérdezettek mind támogató attitűdöt mutattak a meddőségi kezelésekkal kapcsolatban, amit jó lehetőségnek tartanak a meddő párok számára. A kutatásból kiderült, hogy a többség hajlandó lenne részt is venni ilyen kezelésen, főképp a 30 év alattiak, a 30 év felettiak megfontoltabbak voltak. Ez a korosztály hezitált vagy éppen elutasította a meddőségi kezeléseket, például negatív párkapcsolati vagy hosszútávú egészségügyi hatásokra hivatkozva (Szalma 2021).

A magyar fiatalok többsége szeretne gyermeket, de nem megfelelő a tájékozottságuk az életkor, az életmód és a termékenység kapcsolatáról. A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) 2021. májusi termékenységi ismeretekre vonatkozó, 1000 fős, kérdőíves kvantitatív kutatásából kiderül, hogy a 21-35 év közötti fiatalok fele nem tudja, hogy a nők legtermékenyebb időszaka 20-24 év kor között van. A többség helyesen becsülte meg a meddő párok arányát az országban, hiszen 56%-uk 10-19% közé tette azt. A lombikprogram sikerességét viszont túlbecsülték. Emellett a fiatalok 52%-a elutasítja a gyermek nélküli életet akkor is, ha természetes úton nem sikerülne gyermeket vállalnia, és több mint egyharmaduk valószínűnek tartja, hogy ez esetben részt venne meddőségi kezelésben (KINCS 2021).

A kutatás módszere és a minta jellemzői

Kvalitatív kutatásunkban meddőségi kezelésben résztvevők véleményére és tapasztalataira voltunk kíváncsiak. A kutatás során összesen 25 interjú készült 2021 júniusában. Ebből egyenként 60-90 perces mélyinterjú került rögzítésre meddőségi kezelésben érintett 20, 18-45 éves nő (Nyugat, Közép, Kelet Magyarország 1-1 nagyvárosából), és 5 férfi részvételével. A lakossági interjúk félig strukturált, vezérfonal alapján moderált, négy szemközti interjúk voltak, melyek előnye, hogy az egyes vélekedések mögött meghúzódó egyéni indokokra, motivációkra kaphatunk részletesebb válaszokat, és felszínre kerülnek olyan szubjektív vélemények, percepciók is, amelyeket kérdőíves, vagy akár egy fókuszcsoportos kutatás során nem nyerhetnénk ki. Összességében tehát így több információhoz juthatunk, másrészt ezzel a módszerrel a legnehezebben megközelíthető célcsoportok is elérhetők, a beszélgetés pedig rugalmasan alakítható. Az interjú módszer az érzékeny téma miatt is különösen jó módszer. Az általános demográfiai adatok után a gyermekvállalási tervekre, a meddőségre, a meddőségi kezelésekre, azok lelki nehézségeire és hatására, majd pedig a kezeléseket érintő vál-

tozásokra kérdeztünk rá. A felvett interjúkból készített szószerinti átiratok révén összegeztük az interjúkat, azt követően pedig meghatározott struktúrában elemeztük azokat.

Az interjúalanyok többségében 30 és 43 év közöttiek voltak, csaknem felük pedig 38 és 42 év közötti. Lakóhelyük szerint a legtöbben Győr-Moson-Sopron megyében, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Baranya, valamint Zala megyében élnek. Az interjúalanyok családi állapotát nézve több mint háromnegyedük házasságban él.¹ Iskolai végzettségüket tekintve az alanyok kétharmada felsőfokú, egyharmaduk pedig középfokú végzettséggel rendelkezik. Az interjúalanyok csaknem felének van már gyermeke, többségük lombikkezeléssel fogant. A többség a Kaáli Intézetben vette igénybe a meddőségi kezelést, legtöbben a budapesti klinikán, néhányan Győrben. Budapesten még a Forgács Intézetet, illetve a még magánkézben lévő Versys-t választották az interjúalanyok. Többen fordultak továbbá a tapolcai Pannon Reprodukciós Intézethez, valamint a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központoz, páran pedig a debreceni és szegedi meddőségi központhoz.

A kutatás eredményei

Gyermekvállalási tervek

A termékenység egyik legfontosabb tényezője az életkor. A gyermekvállalás kitolódásával pedig sok esetben nem születnek meg a vágyott második, esetleg harmadik gyermekek, hiszen az anya termékenysége életkorából kifolyólag csökken (KSH 2011). A gyermekvállalás kitolódásának egyik legfőbb oka a tartós párkapcsolat hiánya, továbbá az oktatásban töltött idő növekedése. Szintén befolyásoló tényezőként jelenik meg az egzisztenciális háttér, a saját otthon megteremtésének nehézsége. Kutatásunkban megkérdeztük az interjúalanyoktól, véleményük szerint, mi az ideális életkor a gyermekvállaláshoz egy nő, illetve egy férfi életében.

Az interjúalanyok harmada szerint 30 éves kora körül ideális gyermeket vállalnia egy nőnek, szintén egyharmaduk szerint pedig 25 és 30 év között

van a legideálisabb életkor a gyermekvállalásra (a férfiak valamivel korábbi időpontot jelöltek meg, mint a nők). A KINCS termékenységtudatosságra vonatkozó kvantitatív kutatásában erre a kérdésre a 21-35 év közötti fiatalok 60%-a azt válaszolta, hogy a 25-29 év közötti kor a legideálisabb arra, hogy egy nő anyává váljon, egynegyedük szerint pedig 20-24 éves kor között van ez az időpont. Tehát a meddőségi kezelésben érintett interjúalanyok későbbi életkort tartanak ideálisnak a gyermekvállalásra egy nő életében, mint a 21-35 év közötti átlag magyar fiatalok, miközben a nők legtermékenyebb időszaka 20 és 24 év között van (KINCS 2021).

A női interjúalanyok harmada szerint a férfiaknak 30-35 éves kor között a legideálisabb gyermeket vállalniuk, és hasonló arányban voltak azok, akik szerint 35-40 éves kor a legmegfelelőbb számukra

¹ Az IVF-programban való részvétel egyik kritériuma, hogy a segítséget kérő pár házasságban, vagy regisztrált élettársi kapcsolatban éljen.

(szerintük akkor „érnek meg rá” a férfiak). Érdekes megfigyelni, hogy a férfi interjúalanyok valamivel korábbra, 26-30 éves kor közé helyezik az ideális életkorukat a gyermekvállalásra.

Szintén fontos kérdés, melyek azok a feltételek, amelyeket a gyermekvállaláshoz szükségesnek tekintenek a leendő szülők. Az interjúalanyok túlnyomó többsége úgy gondolja, hogy a családalapítás legalapvetőbb feltétele a stabil párkapcsolat, ezzel együtt pedig a bizalom.

„Nem kell túlbonyolítani, nyilván hogyha jön magától az a legjobb, de legyen meg a megfelelő partner, szerintem ez a legfontosabb. Tehát akinek tudom, hogy biztosan szívesen szülnék gyereket, akivel felnevelném. Akibe látom az apatípust, a határozottságot...” (39 éves nő)

Bár az interjúalanyok közül sokan már a húszas éveikben vállaltak volna gyermeket, a legtöbbszörüknél igazán csak akkor merült fel a gyermekvállalás gondolata, amikor megtalálták hozzá a megfelelő partnert. A megfelelő társ megtalálása és az

elköteleződés a legfontosabb tényező volt az interjúalanyok életében a családtervezés során.

„amikor a volt férjemmel együtt voltunk, akkor még az volt bennem, hogy két-három évet azért szeretnék élni, szórakozni. És amikor a jelenlegi férjemmel összejöttünk, rögtön láttam benne az apa képet, vagy a férj szerepet. Úgyhogy rövid időn belül a családalapítás gondolata is kialakult bennem.” (36 éves nő)

A gyermekvállalás ugyanakkor tagadhatatlanul költségekkel jár, ami az interjúkban is előkerült. Nagyon fontosnak bizonyult az anyagi biztonság az interjúalanyok számára, többségük második helyen említette azt, mint a gyermekvállalás feltételét.

„... nekem fontos az anyagi biztonság, szeretnék megadni mindent a gyerekeimnek, amit én nem kaptam meg..., tehát nekem az anyagi biztonság az nagyon fontos, meg az érzelmi háttér, egy stabil kapcsolat.” (42 éves nő)

Meddőség

A kutatásban résztvevők csaknem fele szerint 30% fölötti ma Magyarországon az akaratlanul gyermektelen párok aránya, ami a valóságban 15-20%-ra tehető. A lombikprogramok sikerességének hazai arányát is túlbecsülték az interjúalanyok, többségük 50% fölötti eredményességet gondolt, ám a valóságban 100-ból 15-20 alkalommal járnak sikerrel az IVF-kezelések.

Fontos kérdés, hogy az érintettek mikor fordultak először orvoshoz és kitől kaptak segítséget a problémájuk kapcsán. A legtöbbször 1-2 év sikertelen próbálkozás után mentek orvoshoz, és az esetek túlnyomó többségében először nőgyógyásztól kértek segítséget. A nőgyógyászok által kiírt vizsgálatok után a pácienseknek a meddőségi klinikákat javasolták, ahol újabb vizsgálatok következtek. Volt olyan interjúalany, aki először a háziorvosához vagy endokrinológushoz fordult, de a vizsgálatok után őket is meddőségi klinikára irányították. A meddőségi kivizsgálások menete rendkívül heterogén képet mutat, az érintettek sokszor nem voltak tisztában a lehetőségekkel, sokszor a meddőség valódi oka nem derült ki elsőre, így a kezelés

sem lehetett hatékony. Kulcsfontosságú, hogy a párok időben kapjanak segítséget és a megfelelő helyre kerüljenek, hiszen az egészségügyi probléma feltárása időigényes, és ahogy telik az idő, csökkennek a várandóssági esélyek.

Az IVF-centrumokban már a pár mindkét tagját vizsgálták a probléma feltárása érdekében, hogy a lehető legsikeresebb legyen a kezelés. A szakszerű, meddőségi központokban elvégzett vizsgálatok (hormonális kivizsgálás, átjárhatósági vizsgálat, spermavizsgálat) elvégzése után többeknél a meddőség oka megállapítható volt. A meginterjúvált személyek fele arról számolt be, hogy a pár női tagját érinti a meddőség, egyharmaduknál a pár férfi tagját, a többi esetben pedig mindkét fél érintett valamilyen módon a meddőségben. Az interjúalanyok közül öten endometriózissal² küzdenek, de volt olyan, akinek emellett petevezeték elzáródása és autoimmun betegsége is volt (szklerózis multiplex). Két interjúalanynál egy műtét során eltávolították a petevezetékét, endokrinológiai problémát diagnosztizáltak, de előfordult a túlműködő immunrendszer is, ami miatt nem sikerül a páciensnek

²Endometriózisról akkor beszélünk, amikor a méh nyálkahártyája a méhen kívül máshol is megtalálható a szervezetben. Számos kellemetlen panasz mellett a meddőség egyik gyakori oka is lehet.

természetes úton teherbe esnie. Ugyanakkor voltak olyanok, akiknél nem tártak fel semmilyen betegséget, amely a meddőség hátterében állhat. Az alanyok többsége már több éve, átlagosan 3-4 éve próbálkozik lombikkal sikertelenül, de volt olyan is, aki már 8 éve jár kezelésre. A kezelések előtti vizsgálatok is sok időt vesznek igénybe. A kezelésekre való várakozási idő az elmondások

IVF-kezelések

Az interjúalanyok kétharmada először inszeminációval kezdte a meddőségi kezelést (minimum kétszer), egyharmaduk pedig eltérő indikáció miatt (legtöbbször endometriózis) egyből lombikkezelést kapott. Inszeminációval az interjúalanyok egyike sem termékenyült meg, a lombikkezelések során három esetben már az első beültetés sikeres volt, egy esetben a második, két esetben pedig a harmadik hozott eredményt. A kutatásban résztvevők között azonban többen is voltak (mind 38-40 év közöttiek), akik a harmadik beültetés után sem jártak sikerrel, sőt, már az ötödik IVF-kezelésen is túl vannak, közülük ketten donorspermiumból történő lombikkezelést végeztek, sikertelenül. A sikertelen kezelésben résztvevők a Forgách Intézetben, a budapesti Kaáli Intézetben, a tapolcai Pannon Reprodukciós Intézetben és a pécsi meddőségi klinikán voltak a kezeléseken. A donorsperma beültetésen résztvevők a budapesti Kaáli Intézethez fordultak. Az interjúalanyok többségénél fagyasztott embriót ültettek be, általában egyet vagy kettőt egyszerre. A leszívott petesejtek száma változó volt az alanyoknál. Volt, akinél több mint 20 petesejtet is le tudtak szívni, de átlagosan nyolcat. Az egyik interjúalany említette, hogy nála a stimuláció sem volt sikeres, így újabb stimulációra kellett mennie, és csak ezután sikerült két petesejtet leszívniuk.

„Megtermékenyítették a leszívott petesejteket, 22-ből 5 termékenyült meg. Ugye az elég... azt mondták, hogy az jó arány, de ötnaposan ültették volna vissza, és már csak egyetlen embrió maradt. Akkor már éreztem, hogy nem fog sikerülni. Nem is sikerült, úgyhogy akkor nagyon elkeseredtünk.“ (31 éves nő)
A sikeres embrióbeültetés nagyban múlik az embriók életképességén, és minőségén. A embriók tenyésztése során az embriók kiszelektálódnak, általában csak a jó minőségű, életképes embriók

alapján eltérő az állami és a magánintézményekben: míg az állami intézményekben fél-másfél évet kell várniuk a pácienseknek egy beültetésre, addig a magánszektorban pár hónap alatt kapnak időpontot. Többen is megemlítették, hogy a koronavírus-járvány is eltolta a beültetés időpontját, így még többet kell várniuk egy beavatkozásra.

jutnak el az 5. napos embriókra jellemző un. blasztociszta stádiumig. Az embriók további szelekciójára, a tenyésztésen kívül, Magyarországon a hagyományos, morfológiai osztályozás áll csak rendelkezésre. Egy 5. napos, blasztociszta stádiumú, jó minőségű embrió beültetése során tehát nagyobb az esély a várandósságra, mint a 3. napon. Előfordult, hogy az érintettek csak később szereztek tudomást arról, hogy az ötnaposnál hamarabb beültetett embrió megtapadásának esélye kisebb lehet. Mivel az 5 államilag finanszírozott lombikkezelés a beültetések száma alapján történik, így egy fejletlen embrió beültetése miatti sikertelen próbálkozás az egészségpénztár által finanszírozott mesterséges megtermékenyítési kezelések számát csökkenti. Az érintettek kellő tájékoztatás hiányában nem tudhatják, hogy nagyobb esélyük lehet a sikeres megtermékenyítésre, ha várnak a megfelelően kiszelektált embrióra.

A kutatás résztvevői közül ketten még az eredményre vártak az interjúk idején, hatan akkor tervezték a következő IVF-kezelést, a többség pedig épp szünetet tartott a következő beültetésig, amit a legtöbben ősszel terveztek elkezdeni.

Centrumok megítélése

A reprodukciós intézetek több mint fele Budapesten található, az ország keleti felében alig van szolgáltató, vagyis azok területi eloszlása egyenetlen. Kelet-Magyarországon csak Debrecenben és Szegeden van meddőségi intézet, számos településről csak órák alatt érhetőek el ezek a központok, tömegközlekedéssel megoldhatatlan részt venni a kezelésen. A nyugati országrészen Tapolcán, Kaposváron, Pécsen és Győrben van ellátás. Az interjúalanyok több mint háromnegyede állami kézben lévő IVF-centrumba ment, négyen pedig inkább magánklinikát választottak. Volt olyan interjúalany,

aki azért választotta a magánklinikát, mert elvesztette a bizalmát az előző intézetben. Egy másik megkérdezett pedig azért váltott intézetet, mert már túl sok volt a páciens és egyre kevesebb idő jutott egy-egy betegre az állami intézetben. Egy olyan interjúalany is volt, aki a magánklinika magas költségei miatt két sikertelen beültetés után állami intézménybe ment át.

A résztvevők közel felét a budapesti Kaáli Intézetben kezelték, de többeknek volt tapasztalata a győri klinikával, továbbá a tapolcai Pannon Reprodukciós Intézettel, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központtal és a Debreceni Egyetem Klinikai Központtal is. A magánintézmények közül a Versys Clinics-t említették. A megkérdezettek közel fele a lakóhelyéhez közeli meddőségi klinikára ment, viszont az alanyok másik fele gyakran áttazta az országot egy-egy meddőségi centrumért. Ketten-ketten Nagykanizsáról Pécsre jártak vagy Sajószentpéterről Budapestre, illetve Győrből Tapolcára. De volt olyan is, aki Szolnokról a szege-di vagy pedig a győri meddőségi centrumot választotta, vagy éppen Székesfehérvárról felutazott a pesti Forgács Intézetbe. Akik ilyen messzire jártak, kiemelték, hogy egy-egy vizsgálatra elmegy egy egész napjuk is a sok utazás miatt. Több érintett azért választott egy távolabbi intézetet, mert volt egy jó orvosuk ott, vagy sok jót hallottak magáról az intézményről. A győri intézetről viszont ketten is inkább rosszakat hallottak, pl. hogy nagyon hosszú a várólista és nehéz bekerülni, illetve nem mindenki számára volt szimpatikus az intézet, ezért inkább Tapolcára mentek a kezelésekre. Az interjúalanyok túlnyomó többsége elégedettséggel beszélt az általa ismert centrumról.

A tapolcai intézetről, a pécsi, valamint a debreceni meddőségi klinikáról csak pozitív tapasztalata volt a résztvevőknek. A legtöbben a kellemes környezetet, a tisztaságot, az alkalmazottak kedvességét, valamint az orvosok kiváló szakértelmét emelték ki. A budapesti és a győri Kaáli Intézet esetében nagyjából hasonló arányban voltak a pozitív és a negatív vélemények.

„Abszolút nagyon barátságos, otthonos, korrektek és nagyon-nagyon kedves a személyzet. Mikor az ember azért már három-négy éve oda jár, akkor már mindenkit ismer nagyon jól, de amikor még csak bementünk elsősre, akkor is nagyon jó benyomást keltettek, akkor is nagyon kedvesek voltak, nagyon aranyosak, segítőkészek... idézõjelben az ember szájába rágtak mindent... tehát, hogyha még nem is akartam érteni is értettem..., meg türelmesek nagyon, pedig rengeteg, rengeteg az ember.” (40 éves nõ, tapolcai centrum)

A lombikprogramról általánosságban az összes interjúalany hasonlóan vélekedett, mind a nõk, mind a férfiak. Fõleg pozitívumokat említettek, és a késõbbiekbõn másoknak is „ajánlanák” szükség esetén a meddõségi kezeléseket. Minden megkérdezett hatalmas lehetõségnek tartja a lombikprogramot, amellyel mesterséges úton segíteni tudnak a gyermekre vágyó párokon. Nagyon hálásak amiatt, hogy van lehetõség erre Magyarországon, és hogy tudnak hova fordulni a problémájukkal.

„Mindamellet, hogy elsõhallásra nekem is egy kicsit idegennek tûnt az egész, külsõ beavatkozásnak az emberi életbe, annak keletkezésébe, de ettõl függetlenül szerintem ez maga a csoda, tényleg, hogy ez lehetséges.” (41 éves nõ)

1. ábra: Pozitív és negatív tapasztalatok a lombikprogramról

POZITÍVUMOK

- szakmai tudás
- az orvos tapasztalata
- empátia és támogatás az intézetek részérõl
- új kapcsolatok, sorstársak megismerése
- ingyenesség
- van Magyarországon hova fordulni a meddõséggel
- látni a megtermékenyített petesejtet, embriót

NEGATÍVUMOK

- várakozási idõ: sikeres lesz-e a beültetés vagy sem
- bizonytalanság
- terhességek elvesztése
- páciensek magas száma, kevesebb idõ jut egy-egy betegre
- a vizsgálatokra való bejárás megoldása pl. helyettesítés, szabadság
- a járvány idején: PCR tesztek költsége, csúszások és bezárások

Az interjúalanyok fele leginkább a szakmai tudást és az orvosok tapasztalatát emelte ki a lombikprogram legfőbb pozitívumaként. Nagyon hálásak, hogy vannak Magyarországon olyan orvosok, akik a meddőségi kezelések elvégzéséhez megfelelő tudással és szakértelemmel rendelkeznek, és hogy ezek az orvosok kedvesek és támogatók az egész kezelés során.

„A legpozitívabb élmény az, hogy vannak Magyarországon olyan orvosok is, akik európai színvonalat képviselnek. Akik egyszerűen tudósok. Normálisan beszélnek az emberrel, nem néznek szerencsétlennek, hanem tényleg normálisan elbeszélgetnek veled, embernek néznek, segítenek, és minden kérdésre válaszolnak.” (39 éves nő)

A sikeresen zárult lombikprogram természetesen a legnagyobb öröm a páciensek számára. Akiknek elsőre sikerült a lombikkezelés, azoknál átlagosan fél-1,5 évet vett igénybe a kezelés. A többieknek minimum két évet kellett várniuk a sikeres beültetésre. Akiknek a harmadik kezelés lett eredményes, jóval több ideig tartott a folyamat: 5 év telt el mire a lombikból kisbabája született. Többen kiemelték, mennyire jó érzés volt, hogy mikroszkóp alatt megnézhatték a kis embriót, ami hatalmas segítséget, erőt nyújtott számukra a program végig viteléhez.

A sok pozitív vélemény mellett több negatívum is elhangzott, többek között a hosszú várakozási idő, a túlsúlyosság, valamint a „futószalag szerű ellátás”, amit az idő hiányával és a páciensek számának gyarapodásával magyaráztak a résztvevők. *„(...) a debreceni intézetet tudom mondani, tényleg mikor én, ott voltam, mindenki kedves volt, mindenki aranyos volt, normálisak voltak, tehát erre nem volt panasz. Én inkább erre a futószalag jellegre gondolok, mert itt is próbálták azért az embert emberségesen megközelíteni, vagy emberként bánni vele, de hogy lett volna ott egy külön kis sarok, ahol esetleg lett volna egy pszichológus és oda be tudnál ülni, és ki tudnád sírni magad nála, hogy ez meg ez a bajod, na, olyan nincsen. Nem is volt.” (38 éves nő, Debreceni Egyetem Klinikai Központ)*

Az IVF program rengeteg várakozással, időbefektetéssel jár, a rendelések mindig túlterheltek, általános jelenség, hogy a váró tele van és már „az udvaron várakoznak a páciensek”. Emiatt a vizsgálat gyorsan zajlik, sokszor nincs idő feltett kérdések megbeszélésére, hiszen közben sokan

várakoznak. Időpontot is nehéz egyeztetni konzultációra, az orvosok és asszisztensek maximálisan oadaadó hozzáállása ellenére.

Fizikai és lelki nehézségek

Fontos kiemelni, hogy bár mindenki reményekkel telve és bizakodóan vágott bele a programba, egy-egy kezelés rendkívül megterhelő a női szervezetnek, mindemellett pedig lelkileg is küzdelmes a pár mindkét tagja számára. A sikertelen kezelésket megtapasztaló interjúalanyok mindegyike beszélt arról, mennyire nyomasztó a kudarc érzése lelkileg, hiszen ők mindent megtettek, minden előírást betartottak, mégsem jártak sikerrel.

„Nagyon pozitív reményekkel vágtunk neki a dolgoknak. És akkor jöttek az arculcsapások, hogy nem volt elég a hormon, nem úgy reagált a szervezetem, kevesebb lett a tüsző, a háromból csak egy termékenyült meg. Aztán beültették, és egyszer csak nem sikerült. Akkor nagyon összetört az ember, vártunk 3 hónapot, aztán újra nekiindultunk. Úgyhogy nem volt könnyű, nagyon nehéz volt.” (42 éves nő)

A meddőségi kezelések során tehát fizikai és lelki nehézségekkel egyaránt szembe kell nézniük a programban résztvevőknek. Az interjúalanyokat összehasonlítva azt láthatjuk, hogy inkább a nők viselték nehezebben a lelki megpróbáltatásokat a kezelések során. Bár a férfi alanyok is beszámoltak nehézségekről, mégis többször megemlítették, hogy véleményük szerint a párjukat jobban megviselték – érthető módon – a kezelések során átélt negatív élmények.

Az interjúalanyok fele stresszesnek és kimerítőnek írta le a lombikkezeléseket. A sikertelen kezelések mindig visszavetették a pácienseket és kudarcként élték meg azokat, viszont a sikeres beültetések feltöltötték őket, és végül pozitívan élték meg a programban való részvételt. A pozitív hozzáállás fontos, hogy sikeresek legyenek a kezelések, így az érintett nők a nehézségek ellenére igyekeztek bizakodók maradni, ami hatalmas akaratierőről tanúskodik.

„Hát úgy csinálom végig, hogy a babára gondolok, hogy megcsinálok őmiattuk, hogy legyen tényleg családom. És a párom miatt, mert szeretem...” (30 éves nő)

Legnehezebben a kudarcot és a várakozási időt élték meg a női interjúalanyok, a sikertelen beültetések viselték meg leginkább őket. Ehhez kap-

csolódott az időfaktor, melynek következtében a bizonytalanság érzése uralkodott el rajtuk.

„Megélni a sikertelenségeket, és egy idő után szembesülni azzal, hogy talán sose leszek anyuka, az borzasztó... Bármennyire is próbáljuk tartani magunkat, a többiek, és a környezetünk előtt, hát sok-

szor, akik nyilván nem tudják, hogy mibe vagyunk benne, azok annyit látnak, hogy rosszkedvűek vagyunk, de nem tudják az okát. De lelkileg ez egy hosszú és fájdalmas út, amiben igazán senki nem tud segíteni, csak mi magunk.” (38 éves nő)

2. ábra:
A leggyakrabban előforduló nehézségek



A stresszt az interjúalanyok különböző módon próbálták csökkenteni annak érdekében, hogy könnyebben tudják átvészelni a kezeléseket. Többségüknek a párjuk, a családjuk és a barátok nyújtottak támogatást, velük tudták megbeszélni a helyzetet. Egy-egy esetben fordul elő, hogy mivel már van gyermekük, könnyebb volt elfogadniuk a kezeléseket sikertelenségét. Az egyik interjúalany pedig a lombikprogram miatt kezdett el futni, ami a stresszkezelésben hasznos volt, most már azért fut, hogy levezesse a feszültséget. De volt olyan páciens is, aki azt mondta, hogy semmivel sem tudta oldani a kezelésekkal járó stresszt.

A KINCS korábbi reprezentatív termékenységi kutatásából az derült ki, hogy a fiatalok több mint 80%-a, ha meddőségi problémával kerülne szembe, elsősorban a párjával vagy házastársával beszélne meg azt, a válaszadók kevesebb mint fele fordulna csak szakemberhez és csak 13%-uk beszélne meg pszichológussal a problémát (KINCS 2021). Pedig a lelki nehézségek kezelésében sokat segíthet egy

szakember, egy meddőségi terapeuta. A meginterjúvoltak egy részének ugyan lett volna lehetősége arra, hogy szakemberhez forduljon, de végül nem kívánták igénybe venni a szakértő segítségét, mert túl drága lett volna, vagy inkább családon belül próbálták megbeszélni a lelki problémákat. A nők között összesen hárman voltak, akik pszichológushoz fordultak annak érdekében, hogy a sikertelenségeket és a stresszt feldolgozzák.

A sikertelen IVF-kezelések után mindig nagyon nehéz a folytatás kérdése, hogy újra belevágjanak-e, van-e még elég erejük és kitartásuk, hitük az érintetteknek. Többen sok esetben bele sem mernek gondolni a kudarcba, vagy teljesen bizonytalanok a következő lépésben. Az interjúalanyok közel fele próbálna tovább a meddőségi kezeléssel, hármuknál akár a donáció is szóba jöhet. Örökbefogadással a résztvevők közel negyede gondolkodna el. Négyen teljesen elzárkóztak az örökbefogadástól, hárman pedig nem tudják, mit tennének több sikertelen lombik után.

„Nem tudom, arról még nem igazán beszélünk, hogy ha nem sikerül közösen gyermeket vállalnunk, akkor együtt tudunk-e maradni. Nyilván nem akarom megfosztani ettől a páromat, de nem beszélünk erről. Ez egy érzékeny és fájó téma, amikor az ember szereti a másikat, de nem akarja úgy magához

láncolni, hogy nem tudja teljes mértékben boldoggá tenni.” (38. éves nő)

„Nem is biztos, hogy B terv, mert hogyha így összejön a terhesség, amellet is szeretnénk mi ebbe belevágni, végig csinálni egy örökbefogadást, egy testvéren gondolkodtunk, hogy ne legyen egyedül...” (43 éves nő)

A kezelések hatása a mindennapi életre

Az interjúk során rákérdeztünk arra is, hogy a lombikprogramban való részvétel hogyan hatott a párok életére, kapcsolatára. Kíváncsiak voltunk, hogy a közvetlen környezetük, a család és a barátok, illetve a munkahelyük miként reagált arra, hogy természetes úton nem lehet gyermekük és lombikkezeltésre járnak. Egyáltalán kívül osztották meg ezt.

Párkapcsolat, család

A párok egyharmada közösen döntötte el, hogy ezen az úton próbálkoznak a gyermekvállalás terén, szintén egyharmaduknál pedig a nők szerették volna, ha elinduljanak ezen az úton. Három interjúalany mondta azt, hogy a párjuk, vagyis a pár férfi tagja kicsit határozottabban érvelt a lombikprogram mellett.

Egy házasság, egy párkapcsolat számára is kihívást jelent, hogyan birkóznak meg közösen azzal a ténnyel, hogy természetes úton nem lehet gyermekük. A női válaszadók arról számoltak be, hogy a sikertelenségeket nagyon nehezen tudták feldolgozni, de szerencsére egy támogató pár állt mellettük, aki mindenben segítette őket. Az interjúalanyok közel egyharmada azt mondta, hogy sokkal erősebb, szorosabb lett a párkapcsolatuk, és a lombikprogramban való részvétel még jobban összekovácsolta őket. Egy párnál merült csak fel a kapcsolat felbontása, de végül együtt maradtak, illetve egy élettársi kapcsolatban lévő párnál pedig a kezelések során történt egy partnerváltás.

A család és a barátok támogatása is sokat jelenthet azok számára, akik a meddőségi kezeléseket nehezebben élik át. A női alanyok fele csak szűk családi körben osztotta meg életének ezt a szeletét, egyharmaduk pedig mindenkinek elmondta a környezetében, hogy meddőségi kezelésen vesznek részt. Ketten

a sok sikertelen beültetés után már egyre kevesebb rokonnak mondták el, milyen úton szeretnének gyermeket, és volt olyan, aki már csak a várandósság tényét osztotta meg rokonaival. Ennek az volt az oka, hogy sokan megterhelőnek érezték a folyamatos érdeklődést, és miután sikertelenül próbálkoztak, rosszul esett nekik a sok-sok kérdés.

„Tehát nem azért kezeljük titokként, merthogy szégyelljük, hanem ez nekünk jobb, hogy nem faggatnak arról, hol tartotok. És nem kell millió embernek beszámolni arról, hogy hát megint nem sikerült. És én nem akarom, hogy sajnáljanak, nem akarom, hogy már a végén azzal teljen az idő, hogy én vigasztalok mást, hogy ne sajnáljon már engem” (38 éves nő)

A férfi interjúalanyok közül mindenki arról számolt be, hogy csakis a szűk családi és baráti körben mondta el, hogy lombikprogramban vesznek részt a párjukkal.

Munkahelyi nehézségek

Az érintetteknek komoly problémát jelenthet az időigényes kezelésekre való összehangolás a munkaidővel, főleg, ha olyan jellegű munkát végeznek, hogy nem tudják megoldani a távollétet. Ezért sokan a kezelésekre miatt abbahagyják a munkát, kilépnek a munkahelyükről, vagy éppen a nyugalom érdekében szüneteltetik a munkába járást. Így jártak el azok az interjúalanyok is, akik ezt meg tudták tenni, például saját vállalkozásukat függesztették fel a lombikprogram miatt.

Az interjúalanyok közül mindenki elmondta a munkahelyén, hogy meddőségi kezelésen vesznek részt párjukkal. Sokan azért mondták el, mert muszáj volt megoldaniuk a helyettesítést, amikor a vizsgálatokra mentek.³ A megkérdezettek közül ketten nem

³Garanciális szabály a munkavállalók támogatása érdekében a munkaidő-kedvezmény. Amennyiben a munkavállaló az Eütv. szerinti emberi reprodukciós eljárással összefüggő kezelésen vesz részt, a munkavállaló az Mt. 55. § (1) bekezdés b) pont mentesül rendelkezésre állási és munkavégzési kötelezettségének teljesítése alól.

dolgoznak a lombikkezeltések miatt. Bár az alanyok többségénél pozitívan reagáltak és támogatták őket a munkahelyükön, a meginterjúvottak közül egy alanyt elbocsájtottak a védett időszak letelte után, egyet

pedig leépítés során küldtek el.⁴ A többieknél minden logisztikai kihívást sikerült megoldani a munkahelyükön, vagyis mindig el tudtak menni az egyes kezeltésekre és meg tudták oldani a helyettesítéseket is.

Változások az IVF-kezelések terén

2020-ban több pozitív változás is könnyítette a meddőségi kezelésben résztvevők helyzetén. Lehetővé vált bizonyos genetikai és hormonvizsgálatok (de nem teljes körű) ingyenes elvégzése, amelyeket – azok magas költségei miatt – korábban nem rendelt el a kezelőorvos. Ezáltal fény derülhet olyan egészségügyi problémákra, amelyek korábban (anyag okokból) rejtve maradtak. Így azok megfelelő kezelése is lehetővé válik, növelve a sikeres IVF-program esélyét. A gyógyszerek ingyenessé válásával is számottevő anyagi teherrel mentesülnek az érintettek.

A kedvező hatású intézkedések mellett a pandémia negatívan érintette a meddőségi kezeléseknél résztvevőket. A vírushelyzet jelentősen hátráltatta a lombikprogramok sikerességét, komoly idővesztést okozva az érintetteknek, ezáltal legalább egy évvel eltolva a gyermekvállalási tervek megvalósításának esélyét.

A járványhelyzet hatása

A koronavírus-járvány nemcsak az emberek mindennapi életét változtatta meg, de a meddőségi kezeléseknél résztvevőket is hátrányosan érintették a bevezetett korlátozások. A koronavírus-járvány berobbanása miatt nőttek a várólisták, volt, ahol 2 hónapra teljesen leálltak a kezelések. A járványügyi helyzetben, a biztonságos ellátás érdekében a személyes megjelenés időpontra történt. Ezek a biztonsági rendelkezések határt szabtak az egyszerre indítható meddőségi kezeléseknél számának. Ennek következtében előfordult, hogy egy adott időszakban a ciklusnapokhoz kötött kezeléseknél többen szerettek volna a programba kerülni, mint amennyit az intézetek kapacitása lehetővé tett. Ez akár több hónapos halasztást jelentett egy-egy páciens számára, vagyis a gyakorlatban azt, hogy akár egy újabb évet is elveszített az illető (a laboreredmények is lejárhatnak idővel stb.).

A pandémia alatti kezeléseknél kérdése megosztotta a válaszadókat. Többen is megemlézték, hogy sokan várólistára kerültek vagy időben elcsúsztak a kezeléssel. Felmerült, hogy az az intézet, ahová jártak a kezelésekre, a járvány miatt bezárt és felfüggesztették a lombikkezeléseket. Általánosságban megemlézték a járványügyi korlátozásokról is, amely szerint kötelező volt maszkot viselni, fertőtleníteni és a vizsgálatok előtt PCR-tesztet csináltatni a pácienseknek, illetve a vizsgálatokra kizárólag egyedül, kísérő nélkül mehettek be. Sokakat ez negatívan érintett, mert a párjukra támaszkodtak a vizsgálatok alkalmával, együtt beszéltek az orvossal, míg ezután egyedül kellett bemenniük, a párok férfi tagjának az utcán kellett várakozni. A szigorításoknak köszönhetően gyorsabban zajlottak a vizsgálatok, kevesebb volt a várakozási idő, mivel az időpontokat szigorúbban kezelték, a várótermekben kevesen tartózkodhattak, amit viszont pozitívan értékelték a páciensek.

„A váróba mindig rengetegen voltunk. Tehát egymás mellett ültünk, nyomorogtunk, és ezt látni, hogy mennyien vagyunk, az nem volt olyan jó. Meg amikor megy az ember egy leszívásra, és várakozik, úgy nem nagyon kívánja ezt a nyüzsit, vagy amikor már rá van stresszelve a beültetésre...És ugye most az van, hogy nem engednek be, tehát a férfiakat egyáltalán nem engedik be, hacsak nem vizsgálatra mennek, a kocsiba kell kint várakozni...És így kevesen vagyunk benn, kettő-három nő ül velem együtt a váróba. És ez valahogy nekem így jobb a lelkemnek, hogy így nem nyomorgunk, nem lógnak bele az intimszférámba, ez nekem sokkal kényelmesebb.” (38 éves nő)

„...a covid helyzetet is jól kezelték igazából ezzel, hogy beosztották jól az idejüket, a betegeteket. Annyi ember volt ott, tényleg, így viszont minimális, csak akivel foglalkozni kellett. Nem voltak sorok, nekem ez végül nagyon pozitív, hogy megmondták ekkor menjünk.” (35 éves férfi)

⁴A 2012. évi I. törvény (Mt.) 65. § (1) bek. e) pontja alapján a munkáltató felmondással nem szüntetheti meg a munkaviszonyt a nő jogszabály szerinti, az emberi reprodukciós eljárással összefüggő kezelésének, de legfeljebb ennek megkezdésétől számított hat hónap tartama alatt.

Az IVF-eljárások költségei

Megkérdeztük az érintettektől azt is, milyen költségekkel járnak a meddőségi kezelések, illetve, hogy ezeket hogyan tudták finanszírozni. Az állami intézményekben korábban a gyógyszerekért fizetniük kellett a pácienseknek, a változtatásoknak köszönhetően azonban már csak dobozdíjat kell kifizetniük. Több érintett részéről elhangzott azonban, hogy bár állami intézménybe jártak, de a speciális vizsgálatok így is költségesek voltak, illetve sokan a magánlaborokat választották, hogy hamarabb sorra kerüljenek.

Emellett többféle pluszkiadás is felmerült a beszélgetések során, mint pl. az előzetes kezelésekre, a külső orvosi konzultációkra, egyéb vérvételekre, a receptfelírásra, a vitaminokra, a plusz vizsgálatokra, az utazásra vagy éppen a táplálékkiegészítőkre vonatkozó költségek. Sok interjúalany említette még, hogy a lombik miatt áttértek egy sokkal egészségesebb életmódra, amely szintén megnövekedett költségekkel jár. A járványhelyzet ideje alatt pedig újabb kiadásként jelent meg a PCR-teszt, melyet a pár mindkét tagjának be kellett mutatni minden vizsgálat előtt.

Az összes interjúalany arról nyilatkozott, hogy egy-egy lombikprogram nagyon drága és költséges egy pár számára. Bár a meginterjúvoltak többsége szerencsére minden költséget állni tudott még azelőtt is, hogy ingyenessé tették a kezeléseket és a gyógyszereket, de mindenképp szóba került, hogy a lombikra összpontosítva osztották be a költségvetésüket. Volt olyan, aki inkább félretett és nem ment nyaralni a párjával, hogy legyen miből gazdálkodniuk és legyen tartalékuk a sikertelen beültetések után is, hogy újra meg tudják próbálni. Rendkívül pozitívan értékelték a gyógyszerek ingyenességét. Úgy gondol-

ják, hogy ez egy hatalmas segítség és könnyebbség a meddőségben érintett párok számára. Többen említették, hogy az ingyenesség bevezetésével már nyugodtabban mennek tovább és próbálkoznak egy újabb beültetéssel. Legfőképp azoknak a pároknak jelentett igazán nagy segítséget, akik az állam támogatása nélkül nem engedhetnék meg maguknak anyagilag az IVF-kezelést.

„Hát örülök neki, hogy ennyire próbálják támogatni, a doktor úr is mindig azt szokta mondani nekem, hogy a mai kornak egy új népbetegsége a meddőség. És örülök, hogy így próbálják támogatni a fiatalokat is, hogy próbálják meg minél többen, mert azért nem mindenki keres annyit, hogy ki tudja ezt fizetni. Mert azért tényleg rengeteg pénzt el tud vinni. Rengeteget. De ez egy jó dolog így. Talán többen felbátorodnak.” (39 éves nő)

„Szerintem az most már egy pozitív dolog, mert mi, amikor elkezdtünk először járni, akkor nem voltak ingyenesek. Államilag támogatott volt, de igazából nem voltak ingyenesek a dolgok. Közel ilyen egymillió forint környékére rúgott volna ez az összeg, amiből meg tudtunk volna oldani egy lombikot. És, hogyha az sem sikerül, akkor egy második, harmadik? Ott azért már elég hatalmas összegek lettek volna. Én azt mondom, hogy ez egy hatalmas segítség, hogy most ingyenessé tudták tenni.” (40 éves férfi)

Az interjúalanyok közül csak néhányan számoltak be negatív következményekről a változásokat illetően. Felmerült, hogy már most egyre több a jelentkező és így egyre kevesebb idő jut egy-egy páciensre. A megfogalmazott kritikák többek között a színvonal csökkenésére, a hosszú várakozási időre, valamint a zsúfoltságra és orvosok túlterheltségére vonatkoztak.

Összegzés, javaslatok

Egészségügyi és népesedéspolitikai szempontból is kiemelkedő fontosságú kérdés a gyermekvállalások lehetőség szerinti előrehozatala mellett a meddőségkezelések állami támogatása. A Magyarországon született gyermekek száma stagnál, ugyanis a gyermekvállalási korban lévő nők száma jelentősen csökken. A 20-40 éves nők körében csökkent a születések száma, míg 40 év felett családi állapotól függetlenül jelentősen nőtt. A nők átlagos életkora az első gyermek születésekor 2020-ban már 28,9 év volt. A gyer-

mekvállalás idejének kitolódása pedig akaratlanul is gyermektelenséghez vezethet.

A magyar családpolitikai intézkedések célja, hogy a nők anyává válhassanak, és minden tervezett gyermek megszülethessen. Magyarországon minden ötödik párkapcsolatban nehézségbe ütközik a tervezett teherbeesés, ami érzékelhető mértékben járul hozzá ahhoz, hogy az elmúlt tíz év családpolitikai beavatkozásai ellenére sem állt meg hazánk népességének természetes fogyása. Ezért szükséges

az érintett párok gyermekvállalásra tett erőfeszítéseinek támogatása, amihez elengedhetetlen a jelenlegi helyzet felmérése, az érintettek tapasztalatainak megismerése.

Egy egészséges gyermek megszületéséhez szükséges idő

A meddőségi kezelésben a legfontosabb kérdés, hogy egy párnak lesz-e gyermeke, de amiről még fontos beszélni, hogy mikor. Az asszisztált reprodukciós kezelések sikerességét ugyanis az életkor határozza meg. A nőknél az életkor előrehaladtával (30-35 éves korban) kis mértékben, de fokozatosan csökken a termékenység, majd 35 éves kor felett ez a folyamat felgyorsul. A meddőségi kezelésre kerülő párok átlagéletkora pedig fokozatosan nő, tehát az életkor kérdése egyre fontosabb.

A 35 év feletti nők esetében különösen fontos a szembélyre szabott kezelés mielőbbi megkezdése, és a kezelés időtartamának minimalizálása, azaz az egy egészséges gyermek megszületéséhez szükséges idő lerövidítése. (Bosch E., 2019)

Vizsgálatunkban a legtöbben 1-2 év sikertelen próbálkozás után kértek orvosi segítséget, és keresték fel leggyakrabban a nőgyógyászatot, így a nőgyógyász kezdte meg a meddőségi kivizsgálásokat, sőt esetenként a kezeléseket is. Fontos megjegyezni, hogy egy szülész-nőgyógyász szakvizsgálóval rendelkező szakorvos nem jártas a meddőségi kivizsgálások, eljárások területén, hacsak külön nem az érdeklődési területe. A kivizsgálások menete ezért rendkívül heterogén, így a megajánlott kezelés (leggyakrabban tüszőérés serkentés, inszemináció, progeszteronpótlás), ahogy a vizsgálatunkban is láttuk, nem lehet hatékony.

Az időben megkezdett kezelések legfőbb akadálya tehát, hogy a meddőséggel küzdő párokat későn irányítják megfelelően képzett szakemberhez, vagy meddőségi centrumba. **Olyan edukációs kampányokra lenne szükség, melyek fókuszában az életkor és a termékenység áll, és felhívják a figyelmet a sikeres várandósság és egy egészséges gyermek megszületéséhez szükséges időre. Oktatásban kellene részesíteni az alapellátásban részt vevő szakembereket (házi orvos, szülész-nőgyógyász, belgyógyász, endokrinológus, védőnő), illetve már**

az általános iskolában indokolt lehet a termékenységi ismeretek oktatása. A köznevelésben megjelenő termékenységi ismeretek oktatása révén kevésbé számítana a meddőség témaköre tabutémának, vagy akár stigmának, ezáltal a párok hamarabb keresnének szakszerű segítséget, és talán ritkábban hangozna el az a „jótanács” hogy próbálkozzanak még nyugodtan, nincs semmi gond, majd csak jön a baba. Családalapítás előtt álló pároknak készült tájékoztató anyagokban hangsúlyozni kellene az életkor és a meddőség kapcsolatát (például amelyet egy ciklus lombikkezelésből született gyermekek aránya szemléltethetne grafikonon, életkor szerinti lebontásban).

Szükségszerű a betegutak egységesítése, hogy a subfertilis⁵ párokat a megfelelő helyre irányítsák, hogy időben kellő segítséget kapjanak. Leegyszerűsítene például a betegirányítást, ha életkortól függetlenül, 6 hónap sikertelen próbálkozásban határoznák meg egységesen a megfelelően képzett meddőségi szakemberhez való irányítás indikációját. A megkérdezettek véleménye szerint az állami meddőségi központok túlterheltek, sokszor 0,5-1,5 -évvan szükség, hogy eljusson egy pár az első lombikkezelésig, és országosan, a területi eloszlás sem megfelelő még.

A lombikkezelés időtartamának csökkentése

Kvalitatív kutatásunk résztvevőinek többsége már több éve, átlagosan 3-4 éve próbálkozik lombikkal sikertelenül, de volt olyan is, aki már 8 éve jár kezelésre. A kezeléseket előtti vizsgálatok is sok időt vesznek igénybe. A kezelésekre való várakozási idő az elmondások alapján eltérő az állami és a magánintézményekben: míg az állami intézményekben fél-másfél évet kell várniuk a pácienseknek egy beültetésre, addig a magánszektorban pár hónap alatt kaptak időpontot. Felmérésünk a lombik intézetek teljes államosítása előtt történt. A koronavírus-járvány is eltolta a beültetés időpontját, így még többet kell várniuk egy beavatkozásra.

Az életkor előrehaladtával, ahogy fent már többször említettük, a várandósság esélye csökken, ezért 35 éves kor felett az egy gyermek megszületéséhez szükséges idő felértékelődik. Minden olyan „elvesz-

⁵ Subfertilitás esetén a fogamzás lehetősége létezik, de az átlagnál hosszabb időt vesz igénybe.

tegetett” idő, mely nem zárul elveszüléssel, tovább rontja a későbbi esélyeket. **A gyors kivizsgálást követően a lombikintézetekben minél hamarabb meg kellene kezdeni a kezeléseket, és arra kellene törekedni, hogy a kezelés időtartama a lehető leg-rövidebb legyen. Ez úgy érhető el, hogy maximalizálják az egy lombik ciklusra eső elveszülések számát.** (Kocourkova et al., 2014).

Minden olyan tényezőt, mely potenciálisan csökkentheti a teherbeeséshez szükséges időt, fontolóra kell venni. Egy-egy apró változtatás a lombikellátásban 2 évről akár fél évre csökkentheti 3 lombik ciklushoz szükséges időt. (Bosch E. et al., 2019)

Az embriológiai labor kompetenciája, minőségirányítás

Bár vizsgálatunk nem reprezentatív, de a 25 megkérdezett közül, 3 ciklus lombikkezeléssel összesen csak 6 esetben zárult a lombikkezelés sikeres gyermekszüléssel (három esetben már az első hozott sikeres várandósságot, egy esetben a második, két esetben pedig a harmadik). A várandósság esélyét alapvetően az embriológiai labor teljesítménye határozza meg. Az eredmények maximalizálása érdekében elengedhetetlen egy minőségbiztosítással rendelkező embriológiai labor, mely folyamatosan monitorizálja az eredményeit, akár nyilvánossá téve azt. A szakmai kompetenciák bővítése érdekében szükség van továbbá az orvosok, és az embriológusok rendszeres képzésére.

A petefészkek konvencionális, személyre szabott stimulációja

Egy konvencionális lombikkezeléssel többszörös tüsszőérés jön létre a petefészkek gyógyszeres stimulációja során. Az ún. „természetes” lombik ciklusban nem történik petefészkek stimuláció, egy petesejt kerül leszívásra, így kerülhető el a számfeletti embriók létrejötte. Nagy hátránya azonban a természetes ciklusból történő lombikkezelésnek, hogy majdnem ötször annyi idő szükséges egy gyermek megszületéséhez, mint egy stimulált ciklusban. (Sunkara et al, 2016). A vizsgálat szerint egy gyermek megszületéséhez átlagosan 4,4 stimulált, és 21,3 természetes lombik ciklusra van szükség. A „természetes” lombik ciklus hatékonysága tehát jóval alulmarad egy konvencionális lombikkezeléshez képest, ennek az oka az, hogy nem minden petesejtből jön létre életképes (euploid) embrió. Az életkor előrehaladtával a petesejtek minősége romlik, ezáltal

nő a kromoszómáisan rendellenes (aneuploid) embriók előfordulásának aránya, így 40 éves kor felett nagymértékben csökken a várandósság esélye. Az életképes embriók száma függ tehát a páciens életkorától, és a kezelés során leszívott petesejtek számától. 8-10 petesejt leszívása esetén például 35 év alatt 55 %-ban jön létre életképes embrió, 40 éves kor felett csupán 30 %-ban, tehát kevesebb, mint minden harmadik embrió lenne alkalmas beültetésre (Ata et al, 2012).

A modern molekuláris biológiai módszerek alkalmazása

Amennyiben rendellenes embrió kerül visszaültetésre a kezelés során, terhesség általában nem jön létre, ha mégis, akkor az leggyakrabban vetéléssel végződik. Az életkortól függetlenül az életképes embriók száma a leszívott petesejtek számával párhuzamosan nő, ezért fontos a megfelelő, személyre szabott petefészkek stimuláció (Ata et al., 2012). Megfelelő indikációval a modern molekuláris biológiai módszerek alkalmazásával a teherbeeséshez és egy egészséges gyermek megszületéséhez szükséges időtartam lerövidíthető. (Ubaldi et al., 2015). Preimplantációs genetikai vizsgálattal ugyanis a kromoszómáisan rendellenes, aneuploid embrió kiszelektálható, így az a későbbiekben nem kerül beültetésre, ezáltal a korai vetélések előfordulása is jelentősen csökken (39 % vs. 2,7 %). Mindemelllett az eljárás költséghatékony, az életképes embriók szelekciójával ugyanis az orvosi beavatkozások száma csökken (pl. embrióbeültetés, vetelés műszeres befejezése) ezáltal csökken a sikeres kezeléshez szükséges időtartam is. Az eljárás alkalmazásával továbbá csökkenteni lehetne minden olyan, a legtöbb esetben teljesen felesleges és költséges additív terápiák alkalmazását (IVIG, intralipid, LDN, plaquenil) melyet a többszörös sikertelen beültetések miatt ajánlanak meg a pácienseknek. Ha a lombikkezelések pszichés megterhelésének oldaláról nézzük a helyzetet, akkor egyértelmű, hogy miért jó, ha a páciens nem tesszük ki a többszörös embrióbeültetés sikertelenségének megélésére.

A preimplantációs genetikai eljárások alkalmazásának feltétele azonban az eljárás bioetikai engedélyezése, erre szakosodott genetikai laboratórium megléte, és minden lombikintézetben legalább egy, a témában jártas, képzett embriológus. A három feltételből jelenleg egy sem teljesül hazánkban.

Mindemelllett a jelenlegi finanszírozási rendszer a mielőbbi embrióbeültetéseket támogatja, hiszen

ha nem marad beültetésre alkalmas embrió, az intézet nem kapja meg a teljes lombikciklusért járó finanszírozást. Így kerül előtérbe a mennyiségi lombikkezelés a minőségi ellátáshoz képest az államilag finanszírozott intézetekben.

A finanszírozás és az egyenlő hozzáférés javítása

Összességében az interjúalanyok inkább pozitívan nyilatkoztak a lombikprogramról, hatalmas lehetőségnek tartják, hogy Magyarországon vannak olyan intézmények és szakemberek, akik tudnak segíteni a meddő párokon és ezt az állam támogatja. **Egy gyermek megszületéséhez szükséges idő lerövidíthető, amennyiben a kezeléseket, illetve a beültetéseket folytatólagosan, egymást követve lehetne elvégezni.** Éppen ezért nem szerencsés a magyarországi lombikkezelések finanszírozásának azon szabályozása, mely 3 hónapos időkorlátot ír elő két beavatkozás között. A várandósság esélye független attól, hogy egy pár tart vagy nem tart a kezeléseket között szünetet, azonban egyértelműen nő a gyermek megszületéséhez szükséges idő. A várakozás mindamelllett a sikertelen lombikkezelést követően egyértelműen fokozza a stresszt, így nő annak a kockázata, hogy a páciens idő előtt abbahagyja a kezelést, mielőtt reális esélye lenne a várandósságra. A meddőségi kezeléseket érintő változásokat, a gyógyszerek ingyenességét üdvözlötték az érintettek, hiszen olyanok számára is elérhetővé vált a kezelés, akik eddig anyagi korlátok miatt nem tudták igénybe venni azt. Ugyanakkor néhány negatívum is elhangzott az IVF-centrumok államosítása kapcsán, mint például a színvonal csökkenése, a hosszú várakozási idő, valamint a túlzásfoltosság és az orvosok túlterheltsége. A résztvevők többsége ugyanakkor elégedettséggel beszélt az általa ismert meddőségi centrumról. A páciensek leginkább a kellemes környezetet, a tisztaságot, az alkalmazottak kedveségét, valamint az orvosok kiváló szakértelmét értékelték. Az említett negatívumok között szerepelt a hosszú várakozási idő, a páciensek magas száma – ami miatt kevesebb idő jut egy-egy betegre –, illetve a vizsgálatokra való bejárás megoldása. **Sokan órákat utaznak a meddőségi centrumba, aminek jelentős költségvonzata is van. Az egyenlő hozzáférés biztosítása miatt javítani kellene a centrumok országos lefedettségét. Az érintetteknek továbbá komoly problémát jelenthet az időigényes kezelések összeegyeztetése a munkaidővel, ezért**

számukra hasznos lenne a vizsgálatokra fordítható extra szabadság lehetősége.

A sikertelen lombikkezelések és a lombikkezelés idő előtti abbahagyása

Sikertelen lombikkezelést követően a párok egygyede gondolkodna el az örökbefogadáson, de többen nem tudják, milyen további lehetőségeik vannak, tanácstalanok a folytatást illetően. Az interjúalanyok közel fele próbálkozna tovább a meddőségi kezeléssel, hármuknál akár a donáció is szóba jöhet. Ez is mutatja, hogy nagyon eltérő az egyes centrumok szolgáltatási köre, ellátási rendje, és sokszor hosszú évekbe telik, míg egy pár tisztába kerül a saját helyzetével és a megoldási lehetőségekkel.

A lombikkezelések rendkívül megterhelőek fizikailag és lelkileg is a páciensek számára. Legnehezebben a hosszú várakozási időt és a sikertelenségeket viselték az interjúalanyok. Irodalmi adatok alapján a páciensek közel fele két sikertelen lombik ciklust követően abbahagyja a kezelést, egyharmaduk pedig már egyetlen ciklust követően. (Troude et al., 2014). A kezelés megszakítása részben az anyagi korlátok, részben pedig a pszichoszociális tényezőknek köszönhető, legyen az a sikeres várandósság reményének elvesztése, vagy a kezelés lelki nehézségei. (Lande et al., 2015; Van Dongen et al., 2015). Általában több ciklus lombikkezelésre van szükség egy egészséges gyermek megszületéséhez, ezért a lombikkezelés idő előtti abbahagyásával a párok nem kapnak reális esélyt arra, hogy gyermekük szülessen. **A mentális egészség szükséges a sikeres lombikprogramhoz, és csökkenti az abbahagyott lombikkezelések számát. Ezért fontos lenne a mentális segítség, a terápiás lehetőségek támogatása is (például személyi jövedelemadóból levonható mentálhigiéniai kezelés révén).**

Összességében elmondható, hogy nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az olyan edukációs kampányokra, melynek fókuszában az életkor és a termékenység áll, és amely felhívja a figyelmet a sikeres várandósság és egy egészséges gyermek megszületéséhez szükséges időre. Oktatásban kellene részesíteni az alapellátásban résztvevő szakembereket, és már az általános iskolában szükség lenne a termékenységi ismeretek oktatására. Ezáltal lehetne biztosítani azt, hogy a meddőség ne legyen stigma, ne számítson tabutémának, és az érintett párok időben forduljanak szakemberhez. Mindemelllett szükséges a betegutak egyszerűsítése, hogy a párok minél hamarabb szakszerű

segítséget kapjanak. A lombikellátásban a gyors kivizsgálást követően minél hamarabb meg kellene kezdeni a kezeléseket, és arra kellene törekedni, hogy a kezelés időtartama a lehető legrövidebb legyen.

Elengedhetetlen tehát az egyénre szabott kezelés, a minőségi labor, a megfelelő tájékoztatás és a pszichés támogatás.

Felhasznált irodalom

A magyar fiatalok termékenységtudatossága, KINCS 2021. május

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. "Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589." *Fertility and sterility* vol. 101,3 (2014): 633-4. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.12.032

Ata, Baris et al. "Array CGH analysis shows that aneuploidy is not related to the number of embryos generated." *Reproductive biomedicine online* vol. 24,6 (2012): 614-20. doi:10.1016/j.rbmo.2012.02.009

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az infertilitas és subfertilitas kivizsgálásáról és az aszisztált reprodukciós kezelésekről, 2019. https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2953/fajlok/EMMI_iranyelve_infertilitas.pdf

Bosch, Ernesto et al. "How time to healthy singleton delivery could affect decision-making during infertility treatment: a Delphi consensus." *Reproductive biomedicine online* vol. 38,1 (2019): 118-130. doi:10.1016/j.rbmo.2018.09.019

Broekmans, Frank J et al. "Female reproductive ageing: current knowledge and future trends." *Trends in endocrinology and metabolism: TEM* vol. 18,2 (2007): 58-65. doi:10.1016/j.tem.2007.01.004

Carolan, Mary, and Dorota Frankowska. "Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence." *Midwifery* vol. 27,6 (2011): 793-801. doi:10.1016/j.midw.2010.07.006

Dunson, David B et al. "Increased infertility with age in men and women." *Obstetrics and gynecology* vol. 103,1 (2004): 51-6. doi:10.1097/01.AOG.0000100153.24061.45

Habbema, J Dik F et al. "Realizing a desired family size: when should couples start?." *Human reproduction (Oxford, England)* vol. 30,9 (2015): 2215-21. doi:10.1093/humrep/dev148

Kocourkova, Jirina et al. "Demographic relevancy of increased use of assisted reproduction in European countries." *Reproductive health* vol. 11 37. 26 May. 2014, doi:10.1186/1742-4755-11-37

KSH: Élveszületések az anya és az újszülött főbb jellemzői szerint (Megtékitve: 2021. 07.16. http://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0007.html)

KSH: Gyermekvállalás és gyermeknevelés (Megtékitve: 2021.07.09.)<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemkvallalasneveles.pdf>

Lande, Yechezkel et al. "Why do couples discontinue unlimited free IVF treatments?." *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology* vol. 31,3 (2015): 233-6. doi:10.3109/09513590.2014.982082

Molina-García, Leticia et al. "The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level." *PloS one* vol. 14,12 e0227063. 30 Dec. 2019, doi:10.1371/journal.pone.0227063

Rubio, Carmen et al. "In vitro fertilization with preimplantation genetic diagnosis for aneuploidies in advanced maternal age: a randomized, controlled study." *Fertility and sterility* vol. 107,5 (2017): 1122-1129. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.03.011

Sunkara, Sesh Kamal et al. "Live birth and perinatal outcomes following stimulated and unstimulated IVF: analysis of over two decades of a nationwide data." *Human reproduction (Oxford, England)* vol. 31,10 (2016): 2261-7. doi:10.1093/humrep/dew184

Szalma Ivett: Mesterséges megtermékenyítési eljárásokkal kapcsolatos attitűdök a fiatal gyermektelen nők körében Magyarországon, 2021/1. <https://socio.hu/index.php/so/article/view/859>)

A fiatalok termékenységtudatosságának vizsgálata a pedagógusok tapasztalatai alapján

Betekintő

A fiatalok termékenységtudatosságát a pedagógusok szemszögéből vizsgáló fókuszcsoportos interjúelemzés eredményei azt mutatják, hogy az általános és középiskolás tanulók termékenységtudatossága, valamint a termékenységgel kapcsolatos tudása alacsony szinten áll. A kutatásban részt vevő pedagógusok diákjai és a megkérdezett szakemberek látókörében lévő tanulók jellemzően kevés információval rendelkeznek a szexualitással, termékenységgel kapcsolatban, de gyakori a dezinformációk terjedése is. Ennek egyik legfőbb oka, hogy a fiatalok nem érzik időszerűnek a saját termékenységükkel, a jövőbeli gyermekvállalásukkal kapcsolatos kérdésekkel való foglalkozást. A pedagógusok és szakemberek szerint azonban fontos lenne minél korábban felvilágosítást nyújtani a fiatalok számára. A tanulmányban bemutatjuk azokat a javaslatokat is, amelyek az iskola és a család együttes közreműködésének lehetőségeit vizsgálják.

Bevezetés

A nemzetközi kutatások felhívják a figyelmet arra, hogy a fiatalok termékenységgel kapcsolatos információi hiányosak (Ekstrand-Ragnar et al. 2018, Boivin et al. 2019). A tanulók számára szervezett tájékoztató előadások elsősorban a nem kívánt terhesség elkerülésére koncentrálnak, és kevés szó esik arról, milyen tényezők segíthetik a későbbi gyermekvállalást. A hiányos információknak számos negatív társadalmi következményei lehetnek, többek között a csökkenő termékenység vagy a növekvő terhességmegszakítás. Bár Magyarországon az elmúlt években nőtt a termékenységi ráta és csökkent a terhességmegszakítások száma, az egyre javuló demográfiai mutatók fenntartásához szükséges a fiatalok tudatos felkészítése a gyermekvállalásra, amely a családi életre nevelés koncepciójának egyik fontos alapja (Buda 1995,

Komlósi 2014, Bodó 2016, Engler et al. 2020).

Tanulmányunkban két fő kérdést járunk körül. Egyfelől feltérképezzük, hogy az általános és középiskolás korú gyermekeknek milyen információi vannak a termékenységgel, a szexualitással kapcsolatban, másfelől megvizsgáljuk, hogy az iskolának milyen feladata van a termékenységgel kapcsolatos szexuális nevelésben, szükséges-e, és milyen formában ezekről a kérdésekről iskolai keretek között beszélni. A kérdésekre fókuszcsoportos interjúk keretein belül kerestük a választ, ahol pedagógusok, valamint olyan szakemberek számoltak be tapasztalataikról, akik mindennapi kapcsolatban állnak általános és középiskolás tanulókkal. Elemzésünkben a fókuszcsoportos interjúkból levont következtetéseinket interjúrészekkel támasztjuk alá.

A kutatásról

A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért 2021 nyarán négy fókuszcsoportos beszélgetést készített azzal a céllal, hogy jobban megismerje a köznevelési intézményben dolgozó szak-

emberek tapasztalatait, véleményét a diákok termékenységtudatosságával kapcsolatban. Az interjúk átlagos hossza másfél óra volt, s a koronavírussal való tekintettel mindegyik online módon zajlott.

A részvétel anonim módon és önkéntes alapon történt, az alanyok kiválasztásában a területi elhelyezkedés mellett a szakmai sokszínűség is fontos szempont volt, továbbá az is, hogy minél több szemszögből információt kapjunk a fiatalok termékenységtudatosságát érintő tapasztalatokról, problémákról, ötletekről.

Összesen 24 résztvevő (10 férfi és 14 nő) vett részt a fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatban: 6 fő Észak-Magyarországról, 6 fő Nyugat-Magyarországról, 6 fő Pest

A fiatalok termékenységtudatossága

A családalapításnak, gyermekvállalásnak az előfeltétele a termékenységtudatosság. Megkérdeztük a fókuszcsoporthoz tartozó tanárokat, szakembereket, hogyan látják, mennyire vannak tisztában a fiatalok a saját termékenységükkel kapcsolatos kérdésekkel. A válaszadók egy része a nagyobb időtávlattal magyarázta azt, hogy a fiatalok egyelőre nem foglalkoznak a kérdéssel, leghamarabb majd csak huszoneves korukban kezdenek el érdeklődni a téma iránt.

„Igen ez egy elég távoli téma megint nekik. Tehát, ez, ez nem egy menő téma. Vagy, ha valaki gondolkozik rajta, az azért teszi, mert mondjuk a környezetében egy nála idősebb családtag átesett egy ilyen, vagy valami volt, akkor eszébe jut. De magától miért jutna eszébe? Hát nem, nem azon gondolkozik. Azon gondolkozik, hogy melyik csaj tetszik neki, vagy melyik fiú tetszik neki, az az övé legyen, és mi lesz utána, de maximum egy héttel későbbig, de utána ilyen, ilyen messzire ők nem gondolkoznak előre.” (férfi, alapítványi iskola, Pest megye)

Elsősorban a terhesség elkerülése kap hangsúlyt a felvilágosítás során, ez a témakör a fiatalokat is jobban érdekli. Az interjúalanyok tapasztalatai azt mutatják, hogy a fiatalok többsége számára elsősorban a terhesség elkerülése a cél, és gyakran nincsenek tisztában a fogamzásgátló szerek és az ezeknél is drasztikusabb beavatkozások hosszútávú hatásaival.

„Hát, hogy hogyan kerüljék el, azt talán igen, de ezeket a számolásokat, hogy mikor eshetnek teherbe, az biztos, hogy azzal nem foglalkoznak. Csak az, hogy óvszer legyen náluk, esetleg a tablettá, ennyi.” (nő, középiskolai tanár, Pest megye)

megyéből és további 6 fő Budapestről. A résztvevők fele középiskolai tanár, 2 fő általános iskolai tanár, 3 fő iskolai szociális segítő, 2 fő pedagógiai asszisztens, további 1-1 fő kulturális intézményvezető, nevelőtanár, kollégiumi nevelő, védőnő és gyógy-pedagógiai intézményben dolgozó. A megkérdezettek különböző szintű (alapfokú vagy középfokú), és különböző fenntartású (állami, egyházi, alapítványi) intézményekből érkeztek.

„Szerintem ez a korosztály még nem készül erre, tehát ők annyira inkább a mának élnek, hogy nem gondolják, mondjuk azt, hogyha nem tudom én, tíz év múlva gyereket szeretnék, akkor nem kéne tíz évig fogamzásgátlót szedni, mert felgyűlik az a hormon és társai” (nő, iskolai szociális segítő, Nyugat-Magyarország)

A tanárok által említett példák elsősorban a lányokra vonatkoztak, hiszen sokan onnan közelítették meg a termékenységtudatosság kérdését, hogy az iskolás korosztályban még elsősorban a nem kívánt terhesség elkerülése kerül fókuszba – amit még mindig elsősorban a nők felelősségének tulajdonítják. Az egyik pedagógus viszont arra is felhívta a figyelmet, hogy a fiúkra is figyelni kell a termékenységtudatosság kapcsán, hiszen számos területen ők is veszélyeztetettek, ilyenek például a szénsavas üdítők, a dohányzás, a túl szoros ruházat, vagy a laptop és mobiltelefon káros sugárzásai. *„A termékenységgel kapcsolatosan magát az egészséges életmódot hangsúlyoznám, tehát, hogy ne igyanak a fiúk szénsavas italokat, mert az ugye nem csak impotenciát, de meddőséget [is okozhat], a dohányzás kapcsolatában is, tehát olyan életvitelbe éljenek, hogy termékenyebbek lennének. Állítólag, ugye most ki van mutatva, hogy a mostani fiúkának kevesebb a spermaszámuk, mint mondjuk az én időmben volt. Akkor ezek a szoros farmerek... tehát, hogy mondjam, ezek mind, mind, mind, mind hozzájárulnak, a laptop állítólag ugye, amikor a lábukra veszik a férfiak. Tehát, ezekről is kéne beszélni, mert ez a termékenységgel kapcsolatos, mert ugyanis nem lesznek ez által termékenyek, tehát meddők lesznek.” (férfi, pedagógiai asszisztens)*

tens, egyházi fenntartású általános iskola és gimnázium, Pest megye)

Felmerült továbbá, vajon a fiatalok mennyire értik meg valóban pontosan a biológiai fogalmakat és folyamatokat, ezért a termékenységtudatosság kapcsán is hangsúlyoznunk kell az oktatás kiemelt szerepét. A biológiai fogalom- és tudástár szélesítése mellett megjelenik az egészségnevelés, a nemi szerepek, a párkapcsolati nevelés, a családi életre nevelés fontossága is.

„Ez még mindig egy olyan téma, amire az embereknek nagyon kevés a szókincsük, és ha nincs szókincsük, akkor nem is tudja megfogalmazni azt a kérdését, a problémáját, és ha nem tudja 15 évesen, akkor ugyan mitől fogja megtudni majd 25 évesen? Ha ebben nincs fejlesztés, nincs fejlődés, nincs oktatás, akkor csak úgy magától?” (nő, közművelődési intézmény, Észak-Magyarország)

„Ovuláció. A 12 lányból, látva a tekinteteket és a hozzám szólókat, 10 lány megakadt ezen a kérdéskörön, kiderült, hogy tévesen. Tehát, nagyon fontosak az interneten szerzett ismeretek, de én úgy gondolom, hogy amikor kiejtünk egy ilyen kulcsszót, nem magyaros, nem szép. És nem tudták, mit jelent. (...) Tehát, bizonyos kérdéskörök azért még tisztázatlanok ekkor is, még 18 évesen. (...) A technikai részleteket ők nagyon jó tudják. Hogyan lesz majd gyermek? Tehát, az oda vezető utat, a bennünk bekövetkező változásokat, mind hormonális, mind kognitív, mivel jár a test változása, ezt kevésbé. Legalábbis én ezt tapasztalom. (...) Az élmény részét keresik.” (férfi, középiskolai tanár, Észak-Magyarország)

Az egyik interjúalany szerint nem csak arra kellene felhívni a fiatalok figyelmét, hogy hogyan

védkezhetnek a nem kívánt terhesség elkerülése érdekében, hanem arra is, hogy fiatal korban mit tehetnek a testi-lelki felkészülés érdekében.

„Ugye nagyon sokat beszélünk arról, hogy hogy ne legyen, de arról viszont tényleg keveset, hogy hogyan legyen (...), ugye biológiatanárok is viszonylag keveset beszélgetnek a családtervezés részéről, tehát ott is inkább a hogyan védekezzünk a cél és nem feltétlenül az, hogy ha szeretnének babát, akkor mit kéne csinálniuk, és én ezzel kapcsolatosan elég sokat szoktam velük [a gyerekekkel] beszélgetni, és nem igazán tudatosan vállalnak gyereket... (...) , de hogy mondjuk biológiailag hogyan készüljön fel egy gyerekvállalásra, az nagyon-nagyon nincsen benne a fejükben, hogy miért fontos az, hogy mondjuk előtte tegyem le a cigit, hogy alkohol ne legyen, hogy drog ne legyen. (...) Vagy hogy például mondjuk mikor kezdjen el arra gondolni, hogy baj van és esetleg nem lehet gyermeke természetes úton, és hogy erre milyen megoldások lehetnek? És hogy mondjuk ehhez időben el kellene kezdeni, tehát egy lombik program elkezdése ugye nagyon-nagyon sok idő, tehát azt, hogy oda eljusson egyáltalán, hogy beültetés, az akár több év is lehet, mire mondjuk előkészületek megtörténnek, és hogy ezt időbe kezdje el, tehát, hogy amikor már nagyon kicsúszik az időből, akkor ugye biológiailag is egyre nehezebb lesz ezt megtenni, tehát hogy én például ilyenekről is szoktam velük beszélgetni, mert szerintem erről a részéről nagyon keveset beszélünk. Tehát, hogy nyilván nagyon fontos, hogy ne legyen, amikor nem szeretnének, de ha meg szeretnének, akkor is ez egy nagyon nagy sokk lehet egy olyan nőnek, aki viszont szeretne egy gyereket, hogy nem jön össze, és hogy mit kell tenni.” (nő, gimnáziumi és szakközépiskolai tanár, Budapest)

Az iskola feladata a szexuális nevelésben

A fókuszcsoportos beszélgetések során világossá vált, hogy a pedagógusok – bár alapvetően családi (szülői) feladatnak tartják a szexuális életre nevelést – , mégis hangsúlyozzák az iskola és a gyermekeket nevelő szakemberek felelősségét. Elsősorban azokban az esetekben, ahol a szülők nem tartják fontosnak, vagy nem mernek beszélni e témákról, nem tudják beépíteni a szexuális

nevelést a mindennapokba. Előkerült az a probléma, hogy a szexualitás még napjainkban is olyan tabutéma, amiről ösztársadalmi szinten sem beszélnek megfelelő módon, így a szülőknek is nehéz mintát meríteni ezekhez a beszélgetésekhez. Nincs benne a szülői eszköztárban a tudatos, folyamatos, a gyermek életkorának, fejlettségének megfelelő szexuális nevelés mikéntje – sok eset-

ben azért, mert annak idején ők sem kaptak szüleitől ilyesféle nevelést. A családi példák hiánya, a válások, a kedvezőtlen szociokulturális környezet szintén közrejátszhat az elégtelen vagy hiányzó szülői felvilágosításban. Néhány pedagógus a szülők (különösen az egyedülálló szülők) leterheltségét is lehetséges akadályozó tényezőnek említette. Emellett a szülő-gyermek közötti kapcsolat és a kommunikáció minősége is akadály lehet az őszinte beszélgetéseknek, így előfordulhat, hogy a gyermek nem mer kérdezni, vagy a éppen fordítva: elutasítja a szülei felvilágosításra vonatkozó próbálkozásait.

„Én azért tartanám fontosnak, mert van sok család, ahol viszont nem beszélnek róla. És akkor legalább legyen egy fórum, legyen egy olyan hely, ahol ezt meg tudja beszélni a gyerek. Hogyha nem tudja megbeszélni a szülőkkel, akkor egy tanárnővel vagy egy nevelővel, akiben megbízik.” (nő, kollégiumi nevelő, egyházi iskola, Észak-Magyarország)

„Még mindig azért kicsit prűdek a szülők, meg egy kicsit nehezen tudnak erről beszélni a gyerekekkel. Nem mondom, hogy mindegyik, de én azt látom, hogy inkább nem [beszélnek a gyerekekkel].” (nő, kollégiumi nevelő, egyházi iskola, Észak-Magyarország)

A pedagógusok egyetértettek abban, hogy az iskolában kikerülhetetlen a szexuális felvilágosítás. Több fókuszcsoportos beszélgetés során elhangzott, hogy az iskolai felvilágosításnak nem csak a biológiai folyamatok ismertetésére kellene vonatkoznia, hanem a lelki és szellemi felkészítésére is.

„Most az enyémekeknek, akikkel én állok szoros kapcsolatban, nekik az elv is nagyon kellene, hogy mi mentén építsenek fel egy kapcsolatot. (...) Szükség van-e arra, hogy foglalkozzunk párkapcsolati kérdésekkel akár, mondjuk iskolán belüli, kollégiumon belüli, kultúrházon belüli programokon, hiszen kapcsolatban, párkapcsolatban éljük az életünk

A felvilágosítás

A fókuszcsoportos beszélgetés során a résztvevő pedagógusoknak csoportokban kellett kidolgozniuk egy szerintük ideálisnak tartott iskolai szexuális felvilágosító program alapelveit. A javaslatok ismertetését mindenki azzal a kérdéssel

nagyobb részét, és annyi mindenhez kell papír, meg iskola, meg végzettség, meg oktatás, meg vizsga, de ahhoz hogy hogy éljünk kapcsolatban? Na azt nem tanítják sehol, és ha valaki nem olyan szerencsés, hogy jó példa van előtte, vagy nem olyan nyitott szemű, hogy még ha van is előtte jó példa, de nem veszi észre, mert nem. Kell neki a direkt mondat.” (nő, közművelődési intézmény, Észak-Magyarország)

Az iskolai aktív részvételre azért is szükség van, mert sokszor a gyermekek egymás világosítják fel – pontosabban a pedagógusok tapasztalata szerint az általában hamarabb érő lányok a velük egyidős fiúkat. Ez lehet hasznos is, hiszen a kortársaktól jobban elfogadják a fiatalok a tanácsokat, viszont, ha dezinformációk, tévhitek terjednek, azokat később sokkal nehezebb korrigálni. A másik többször szóba kerülő információforrás, ami a család és az iskola riválisaként jelenik meg és egyben veszélyforrást is jelenthet, az az internet.

„És már ezt a hagyományos értékeket is kikezd az internet. És az, hogy az interneten bármihez hozzá tudunk jutni és mindent meg tudunk nézni, például nálunk is volt az, hogy Tiktokon föltettük magunkat ide oda amoda, úgyhogy az szerintem nagyon veszélyes. [A neten] olyan dolgot is megtalálnak a kicsik is, amit régebben nem találtak volna meg, úgyhogy azt gondolom, hogy minél hamarabb kellene ezzel kapcsolatban egy olyan irányt mutatni, ami a kicsiknek is jó lenne. Mert, hogy megszerzik máshonnan [az információt].” (nő, kollégiumi nevelő, egyházi iskola, Észak-Magyarország)

Ezek a tanári tapasztalatok is azt erősítik meg, hogy a szexuális felvilágosítás szükségessége mellett a családi életre nevelés is nagyon fontos – pontosabban a szélesebb témakörű családi életre nevelés részeként mind a szexuális nevelés, mind az első párkapcsolatokkal összefüggő kérdéskörök megjelenése az iskolai nevelésben.

kezdte, vajon milyen életkorban lenne szükség beszélni legegyszerűbben a szexualitásról. A válaszokból az derült ki, hogy a középiskolai felvilágosítás elkészített, hiszen a „15-16 éves lányok már rendszeresen benne vannak ebben a dologban” (nő, pedagógiai

asszisztens, középiskola, Észak-Magyarország). A legkorábbi korosztály, ami felvetődött, az az általános iskola második osztálya volt (8-9 évesek), ekkor elsősorban még a kapcsolatok (családi kapcsolatok, baráti kapcsolatok, szerelem) és a nagyon alapvető biológiai ismeretek kerülhetnének elő, természetesen a gyerekek életkorához igazítva. A legkésőbbi korosztálynak a nyolcadikosokat (13-14 évesek) határozták meg, de ezt is a túlnyomó többség későinek tartja, elsősorban a lányok egyre korábban bekövetkező biológiai érése miatt:

„A lányoknak már egy ilyen tízéves kor környékén jó lenne, ha más nem, a menstruációról, a menstruációs higiénéről tartani valamilyen foglalkozást.” (nő, gimnáziumi és szakközépiskolai tanár, Budapest)

A lányok korai biológiai érése mellett más érvek is elhangoztak arra vonatkozóan, hogy miért fontos korán beszélni a szexuális nevelés különböző dimenzióiról: egyrészt a félelmet, szorongást okozó dezinformációk elkerülése miatt, másrészt az interneten szerzett, majd aztán egymásnak továbbadott „tudás” és tapasztalatok sem feltétlenül a valós és korrekt információkat jelentik.

„Én például láttam olyat, hogy kisebb gyerek hall a nagyobbaktól ezt-azt, és megijedt! Tehát, furcsáll dolgokat, nem tudja pontosan, nem érti, megijedt dolgoktól, és akkor úgy azt helyre kellett tenni, hogy nem kell ettől úgy megijedni, de azért tisztába kellett tenni a normál dolgok felé.” (nő, technikum, osztályfőnök és szaktanár, Pest megye)

Az életkorral kapcsolták össze az alanyok azt is, hogy mikor miről lenne ideális beszélni. Több „program” fontos eleme volt a lépcsőzetesség, a folytonosság, az egymásra épülés. Egyetlen felvilágosító alkalom a tanárok szerint nem elegendő, érdemes minden tanévben visszatérni rá, mindig az adott életkori csoportnak megfelelő szinten, és a gyerekeket leginkább érintő témákat lenne szükséges ismertetni. Így szerintük elsőként a menstruáció témakörét egészen korán érdemes bevezetni.

A HPV oltást szintén egy olyan esemény, ami köré fel lehet építeni az adott korosztályban a felvilágosítást, aminek csak egy része a testet érintő változások vagy a szexualitás, tehát a termékenység biológiai része. Emellett fontos, hogy a párkapcsolatokról, nemi szerepekről, párkapcsolati konfliktusokról, az internet veszélyeiről is essen szó. S később, ahogyan érnek a gyerekek, úgy

kerülhetnek be újabb elemek, így például a fogamzásgátlás hosszútávú hatásai, nemi betegségek, családtervezés, termékenységtudatosság, jogi ismeretek, nem kívánt terhesség, depresszió, szexuális zaklatás stb.

Érdeemes újból felhívni a figyelmet arra, hogy a pedagógusok a szexuális felvilágosítás biológiai oldala mellett mennyire fontosnak tartják a téma tágabb megközelítését, az emberi kapcsolatokról, párkapcsolatokról való témakörök beillesztését. A lehetséges témakörök kapcsán többen kiemelték, hogy fontos a diákok érdeklődésére alapozni, olyan témákat bemutatni, ami megmozgatja őket. Érdemes lehet akár fel is mérni előre az igényeiket, és a felvilágosító alkalmakat ennek megfelelően rugalmasan alakítani. Utóbbi azért is fontos, mert más jellegű kérdések és problémák kerülhetnek elő egy halmozottan hátrányos helyzetű iskolában, s mások egy nagyvárosi elit gimnáziumban, éppen ezért egy szigorúan központosított, merev rendszerű felvilágosító programot nem tartanának hatékonynak a pedagógusok.

Az ideálisnak gondolt iskolai szexuális felvilágosítás ismertetése során előfordult még néhány további ismétlődő elem, ötlet. Az egyik ilyen visszatérő gondolat a család bevonása. Ugyanis a pedagógusok az iskolai felvilágosító programok tervezése kapcsán is hangsúlyozták, hogy bár mindenképpen szükséges azok intézményi szervezése, de mindenképpen úgy, hogy ebben a szülők is részt vegyenek. A tanárok számára evidens, hogy a család szerepe az elsődleges, de látják a nehézségeket, hiányosságokat is. A szülői bevonás módjára több megközelítés is elhangzott. Ezek egyik része az informálásra vonatkozott, tehát arra, hogy a szülő tisztában legyen azzal, milyen témakörök fognak elhangozni a felvilágosításon. De ezen túl az is felmerült, hogy magukat a szülőket is kell segíteni, hogy megtalálják a hangot a gyermekükkel, képesek legyenek párkapcsolati vagy szexuális jellegű kérdésekről beszélgetni gyermekükkel. Ehhez programcsomagot vagy szülői tájékoztató füzet kidolgozását javasolták. Az egyik kiscsoport külön kiemelte az édesapák szerepét:

„Az édesapákat is lehetne érzékenyíteni, mert ugye ebbe témába a férfiak vagy a fiúk kevésbé érzékenyek, mert a nőknek van, vagy a lányoknak van több veszténivalójuk.” (férfi, gimnáziumi tanár, Pest megye)

Másik visszatérő elem volt a megfelelő szakemberek bevonása. A pedagógusok úgy érzik, nincsenek kellően felvértezve minden témakörben, így olyan szakemberek felkérését tartják szerencsésnek, mint a védőnők, iskolapszichológusok, gyermekvédelmi felelősök, ifjúságsegítők, szociális munkások. Az iskolán belül a biológiatanárok mellett az osztályfőnökök és a kollégiumi nevelők merültek fel, mert a fiatalok velük vannak szorosabb kapcsolatban, ők tudnak a legtöbbet a gyerekekről. Az egyik alany arra is utalt, hogy az osztályfőnök szerepe azért fontos, mert hidat jelet a gyermek és a szülő, valamint a gyermek és a szakemberek között egyaránt:

„Nagy általánosságban az osztályfőnököket is be kéne vonni, mert ők azért közelebb vannak a diákjaihoz, mint egy szaktanár. Tehát, hogy ők is valamennyire nyitottak legyenek és tőlük is merjenek kérdezni. De alapvetően a témát meg én is azt gondolom, hogy szakemberre kell bízni, mert hát minden tanárt nem tudunk annyira felkészíteni.” (nő, védőnő, Nyugat-Magyarország)

A konkrét megoldási javaslatokra (felvilágosító programokra) rátérve igen széles módszertani palettában gondolkodtak az alanyok. A nemi bontást több esetben is ajánlották, sőt, még kisebb, 4-5 fős baráti társaságokból álló csapatok számára kidolgozott csoportfoglalkozásokat sem tartanak

Összegzés

A válaszadó tanárok és szakemberek szerint az általános iskolás gyermekek és a középfokon tanuló fiatalok termékenységtudatossága alacsony szintű, melynek legfőbb okát abban látják, hogy a fiatalok még nem érzik időszerűnek a saját termékenységükkel, a későbbi gyermekvállalással kapcsolatos kérdésekkel való foglalkozást.

A pedagógusok egyöntetűen a családot látják a legfontosabb szereplőnek a szexuális nevelés és felvilágosítás során, ugyanakkor azt is tapasztalják, hogy a szülőket ebben segíteni, támogatni kell. Ezért fontosnak tartják az iskolában végzett szexuális felvilágosítás, családi életre nevelés folyamatába bevonni a szülőket. A család és iskola összefogása a dezinformációk terjedése miatt is fontos. Az internet (és a média) lehet nagyon hasznos

túlzásnak. Ezek célja az, hogy oldja a gátlásokat, hogy ne a teljes osztályközösség előtt kelljen kérdeznie a gyerekeknek. Szintén a kérdések feltevését könnyítő ötlet a kérdéscsész, amiben a gyerekek akár anonim módon, akár névvel be dobhatnák a kérdéseiket, s aztán a felvilágosító alkalmon, osztályfőnöki vagy biológia órán választ kapnának rá. Hasonló kezdeményezés a digitális platformra helyezett kérdéscsész:

„Soha nem derül ki, hogy ki kicsoda, honnan írt, hogy néz ki, csak felteszi a kérdését. Ezt chatszobákba teheti fel, amik tematikusak. Minden chatszobának meg van a saját témája, és természetesen szakértők válaszolnának ezekre a kérdésekre, látnák egymás kérdéseit, tanulnának belőle, és nem biztos, hogy mindenki feltenné ugyanazt a kérdést, hanem végig tudnák olvasni, hogy ki milyen választ kapott a kérdésre és ebből is tudnának okulni.” (férfi, alapítványi iskola, Pest megye)

A szintén módszertani érdekességként említett kortársak által tartott előadások erősségét abban látják a pedagógusok, hogy a diákok őket hitelesebbnek láthatják, s a korosztály szókincsével is ügyesebben bánnak, így érdekesebb, érthetőbb lehet egy-egy témakör feldolgozása. Szintén az érdeklődés fenntartását célozzák a játékos feladatok vagy a szakszerű, szakmailag jól felépített, de modern, rövid oktatófilmek.

információforrás is, de veszélyeket is jelent, amit korrekt, pontos információátadással, a gyerekek ismereteinek bővítésével lehet ellensúlyozni. Erre a tanári vélemények szerint szükség is van, sok biológiai folyamattal, a nemiséggel vagy a szexualitással kapcsolatos témakörrel a gyerekek nincsenek tisztában.

A fókuszcsészok tapasztalata szerint a felvilágosítás biológiai része (testi változások, menstruáció, megtermékenyítés stb.) és a konkrét szexuális nevelés (nemi betegségek, védekezés stb.) mellett nagy igénye van a gyerekeknek a párkapcsolatok lelki oldalának megismerésére is (udvarlás, szakítás, online zaklatás, konfliktuskezelés stb.), és ennek kapcsán többször felmerült a családi életre nevelés fontossága is. A tanárok és iskolai szakem-

berek szerint a felvilágosításnak mindenképpen tágabb kontextusba kell kerülnie, emiatt nem tartanak elegendőnek egy-egy ilyen felvilágosító alkal-
mat, hanem egymásra épülő, a gyerekek életkori sajátosságainak megfelelő témaköröket feldolgozó, több évfolyamon zajló programot javasolnak.

Felhasznált irodalom

Boivin Jacky, Sandhu Amea, Brian, Kate & Harrison China (2019) Fertility-related knowledge and perceptions of fertility education among adolescents and emerging adults: a qualitative study, *Human Fertility*, Vol. 22. (4): 291-299, DOI: 10.1080/14647273.2018.1486514

Bodó Márton (2016) A családi életre nevelés oktatási aspektusai. *Kapocs*, Vol. 15. (71.): 5-18.

Buda Béla (1995) Családi életre nevelés – a családi és intézményes nevelés feladatai, megelőző és terápiás lehetőségek. In: Komlósi Sándor (szerk.): *Családi életre nevelés*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó. 235-259.

Ekstrand Ragnar, Maria Grandahl, Jenny Stern & Magdalena Mattebo (2018) Important but far away: adolescents' beliefs, awareness and experiences of fertility and preconception health, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Vol. 23. (4): 265-273, DOI: 10.1080/13625187.2018.1481942

Engler Ágnes, Kozek Lilla & Németh Dóra Katalin (2020) Családi életre nevelés Magyarországon. *Iskolakultúra*, Vol. 30. (6): 52-66.

Komlósi Piroska (szerk.) (2014) *Családi életre és kapcsolati kultúrára felkészítés*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.

Novák Katalin, Fűrész Tünde (2021) *Családbarát évtized 2010-2020*. Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS)

Dr. Párducz László

A „biológiai ablak” reprodukciós jelentősége

Betekintő

Mind a családalapítás, mind a gyermekvállalás viszonylatában paradigmaváltás történt az elmúlt évtizedekben. Az 1970-es évektől kezdődően jellemzővé vált, hogy több mint tíz év telik el az első szexuális kapcsolat és az első gyermekvállalás között. Az optimális életkorban nem vállalt vagy elhalasztott gyermekvállalások későbbi megszületése kétséges.

A demográfiai javulásért vívott harcunkban újra előtérbe kell helyeznünk az évezredek hitünket, a családok létrehozását, megerősítését.

A gyermekvállalás halasztása mögött ijesztő folyamatok húzódnak meg, a gyermektelenek aránya látványosan növekszik. A fiatalok többsége nem mer önálló életet kezdeni, többnyire nincs önálló jövedelmük, így a gyermekvállalási döntéseknél halasztanak. Nem ismerik a nem kívánt terhességek okozta pszichés és esetlegesen bekövetkező anatómiai károsodások jelentőségét.

A nagyon fiatal és az időskorú nők várandósságának jellemzői mellett az életkori veszélyek is tárgyalásra kerülnek.

A túl fiatal és túl idős várandósoknál a szülés körüli szövődmények száma is növekszik, a koraszülések is gyakoribbak. Az előrehaladott életkorral együtt járnak azok a szervezetben történő változások, amelyek a vállalt várandósság esetén magasabb kockázatot jelentenek, mind az édesanyára, mind a magzatra.

Magyarország népességszámának alakulása érdekében egyre többet igyekeznek megtenni, ennek ellenére hazánkban aggasztó módon csökken a népesség. A folyamat az 1980-as éveket követően indult el. Társadalmunk elöregedése mellett, az alacsonyabb születés számok következtében Magyarország lakossága tízmillió alá esett. 2010-ben 10 %-os vissza-

esés következett be a húszas éveiben járó nők termékenységében. A születési arányszám 2011-ig tartó visszafejlődése többnyire pszichológiai okokra, a nemző akarat csökkenésére vezethető vissza. Az 1. és 2. ábrán a népesség és népmozgalom főbb mutatói láthatóak 2012-től kezdődően.

1.ábra A népesség, népmozgalom főbb mutatói - forrás: KSH

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Népesség száma január 1.										
Férfi	4.724.566	4.715.953	4.703.391	4.695.779	4.688.519	4.675.291	4.671.602	4.675.821	4.680.790	4.663.794
Nő	5.207.259	5.192.845	5.173.974	5.159.792	5.141.966	5.122.270	5.106.769	5.096.935	5.088.736	5.066.978
Összesen	9.931.925	9.908.798	9.877.365	9.855.571	9.830.485	9.797.561	9.778.371	9.772.756	9.769.526	9.730.772
Átlagéletkor január 1.										
Férfi	39,3	39,5	39,7	39,9	40,0	40,2	40,3	40,5	40,6	40,8
Nő	43,5	43,7	43,9	44,1	44,2	44,4	44,5	44,7	44,8	44,9
Összesen	41,5	41,7	41,9	42,1	42,2	42,4	42,5	42,7	42,8	42,9
Öregedési index	116,4	118,9	121,5	123,6	126,1	128,5	130,2	132,9	136,6	139,5
Ezer férfira jutó nő	1102	1101	1100	1099	1097	1096	1093	1090	1087	1086

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Népsűrűség /1 km ²	106,8	106,5	106,2	106,0	105,7	105,3	105,1	105,1	105,0	104,6
Házasságkötések										
száma	36161	36986	38780	46137	51805	50572	50828	65268	67095	..
ezer lakosra	3,6	3,7	3,9	4,7	5,3	5,2	5,2	6,7	6,9	..
Válások										
száma	21.830	20.209	19.576	20.315	19.552	18.495	16.952	17.600	14.979	..
ezer lakosra	2,2	2,0	2,0	2,1	2,0	1,9	1,7	1,8	1,5	..
Élveszületések										
száma	90.269	88.689	91.510	91.690	93.063	91.577	89.807	89.193	92.338	..
ezer lakosra	9,1	9,0	9,3	9,3	9,5	9,4	9,2	9,1	9,5	..
Halálozások										
száma	129.440	126.778	126.308	131.697	127.053	131.674	131.045	129.603	141.002	..
ezer lakosra	13,0	12,8	12,8	13,4	12,9	13,5	13,4	13,3	14,5	..
Természetes szaporodás, fogyás (*)										
száma	-39.171	-38.089	-34.798	-40.007	-33.990	-40.097	-41.238	-40.410	-48.664	..
ezer lakosra	-3,9	-3,9	-3,5	-4,1	-3,5	-4,1	-4,2	-4,1	-5,0	..
TTA	1,34	1,34	1,41	1,44	1,49	1,49	1,49	1,49	1,56	..

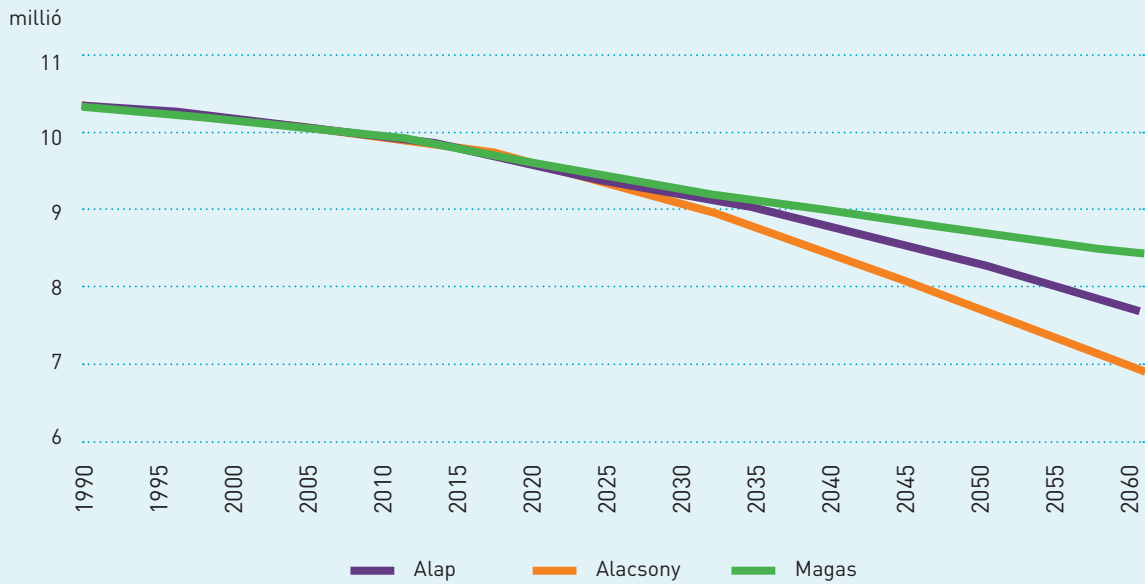
2. ábra A népesség, népmozgalom főbb mutatói

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Reprodukciós együttható										
Nyers	0,645	0,651	0,688	0,699	0,726	0,726	0,723	0,721	0,757	..
Tisztított	0,638	0,644	0,681	0,692	0,715	0,720	0,716	0,715	0,751	..
Összesen										..
Születéskor várható átlagos élettartam										
Férfi	71,45	72,01	72,13	72,09	72,43	72,40	72,56	72,86	72,21	..
Nő	78,38	78,73	78,91	78,61	79,21	78,99	79,19	79,33	78,74	..
Összesen	75,00	75,47	75,61	75,44	75,91	75,77	75,94	76,16	75,52	..
Terhességmegszakítások, magzati veszteségek										
száma	36.118	34.891	32.663	31.176	30.439	28.496	26.941	25.783	23.901	..
Száz élve- szülöttre	40,0	39,3	35,7	34,0	32,7	31,1	30,0	28,9	25,9	..
Magzati halálozások										
száma	16.450	16.497	16.456	16.802	17.204	16.542	16.220	16.497	15.300	..
Száz élve- szülöttre	18,2	18,6	18,0	18,3	18,5	18,1	18,1	18,5	16,6	..
Összesen										
száma	52.568	51.338	49.119	47.978	47.643	45.038	43.161	42.280	39.201	..
Száz élve- szülöttre	58,2	57,9	53,7	52,3	51,2	49,2	48,1	47,4	42,5	..
Csecsemőhalálozások										
száma										..
ezer élveszülöttre	4,9	5,1	4,6	4,2	4,0	3,6	3,4	3,8	3,5	..

A 3. ábrán 2013-as KSH-NKI becslés szerinti népesség-előreszámítási adatok láthatóak Magyarországon alap, alacsony és magas változatban. Egy évvel később, 2014 szeptemberében Kövér

László, az országgyűlés elnöke a parlamentben kijelentette: „Az ezeréves magyar állam megszűnése fenyeget, ha a következő tíz – húsz évben nem tudjuk kezelni a népességfogyást.”

3 ábra: Népeség-előreszámítás Magyarországon alap, alacsony és magas változatban
*KSH-NKI becslés (TFR=1,318)



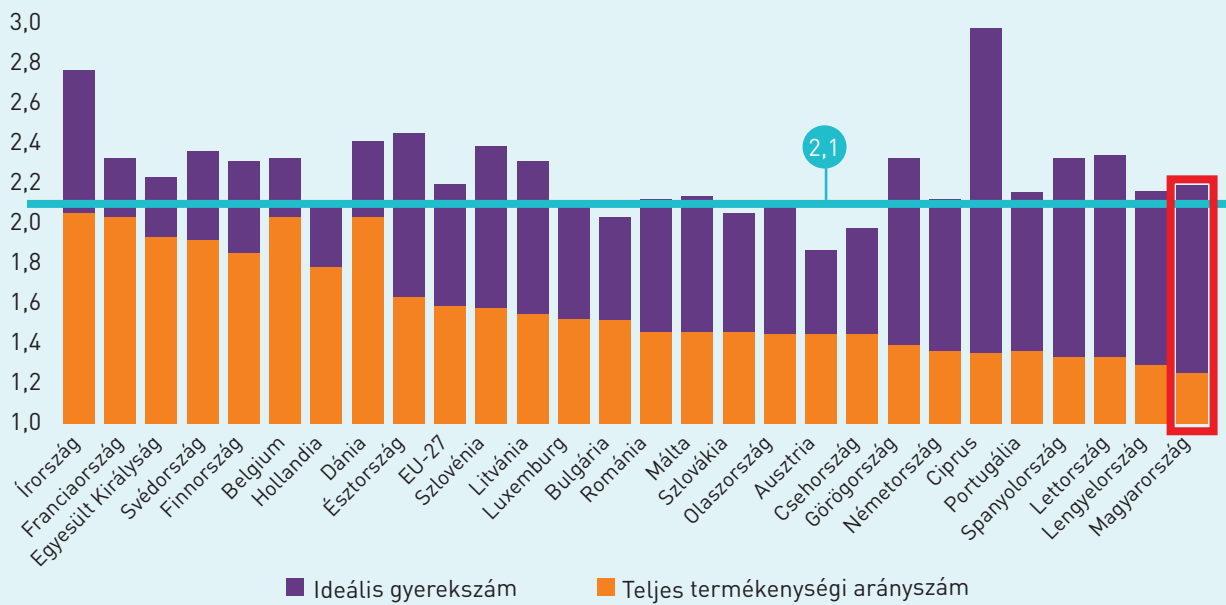
Kamarás Ferenc, a KSH főmunkatársa „A tizenéves fogamzások kimenetele és demográfiai jellemzői” című előadásában a Magyar Gyermeknőgyógyász Társaság XXXIV. Kongresszusán 2014-ben Gyulán tartott előadásában a tizenéves nők létszámának alakulását ismertette. A diagramon a reprodukcióban alapvetően nagy szereppel bíró

leendő anyák nagyfokú csökkenését láthatjuk. A KSH munkatársa az előadásában a demográfiai krízist is előrevetítette. A helyzetet a magyar kormány különböző demográfiai csomagok útján nagymértékben javította, de még mindig messze vagyunk a kívánt 2,1 reprodukciós rátától.

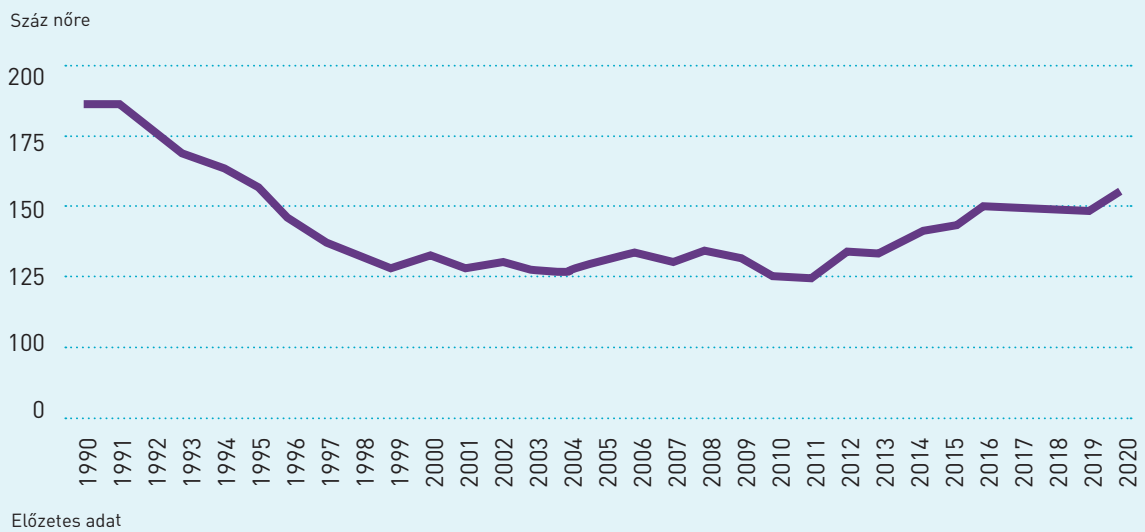
4. ábra Kamarás Ferenc: A tizenéves nők létszámának alakulása 2000-2024



5. ábra A teljes termékenységi arányszám és a kívánt gyermekszám (2010)



6. ábra A teljes termékenységi arányszám hazánkban - Forrás: KSH



Magyarországon régen úgy tartották: „A gyermek-áldás Isten ajándéka”. Az 1850-es években a magyar családokban akár 10-11 gyermeket is világra hoztak. A nagy szülési arányszámok mellett azonban az újszülött korban bekövetkezett halálozás is magas volt. Sajnálatos módon minden harmadik

csecsemő 1867-ben nem élte meg az egyéves életkort. A családok kénytelenek voltak ezt szomorúan elfogadni. Napjainkban a termékenységi ráta 1,56. Ez elmarad a magyar népesség középtávú fennmaradásához szükséges értéktől. Sok fiatal nincs tisztában azzal, hogy a gyermek

felelősség, mint ahogy az életünk is az. Sokszor mondtam már pácienseimnek: *„Az életben lehet játszani, de az étellel nem lehet játszani!”* A rendeléseimen az asszisztensnőm már előre a fejét fogja, mert tudja, hogy legalább 10-15 percig tart a győzködésem, amikor is azt próbálom elmondani, ne higgyék a nők, hogy 35 éves kor fölött ugyanolyan könnyű teherbe esni vagy szülni, mint huszonévesen. Az anyai életkor 30 év feletti előrehaladtával a teherbeesés esélye évente 3-5%-kal csökken, a drámai esés a negyvenes évek után kezd kialakulni. (Hupuczki 2012)

Sokszor találkozom olyan párokkal, akik nem szeretnék utódot. Nézetem szerint ezekben az esetekben a helyes értékek nincsenek beépülve a párok értékrendszerébe. Nincsenek tudatában annak, hogy a férj és a feleség lecserélhető, de a gyermek, az apa és az anya nem.

Egyre emelkedik azon nők száma, akik nem tudnak gyermeket világra hozni biológiai okok miatt, mert a gyermekvállalást későbbi időpontra helyezték. A mai kor emberéből valahol és valamikor kiveszett a helyes arányérzék. Téves értékfelfogások és értékzavarok vannak jelen mindennapjainkban. Megszakadtak az egységes rendek, szempontok. Baj van a fiataljaink életfelfogásával, valamint az életvitelükkel. Ma már szinte kihívásként jelenik meg az igazi értékek sorrendje. Az információ átadásainkkal az eszmerendszereik nemesítését, az élet alapelveinek megértését kellene elérnünk. Meg kellene értetnünk a fiataljainkkal a Nobel-díjas Szent-Györgyi Albert gondolatait, miszerint: *„A természet nagy elvekre épül. A természet nem épít külön elveket egy fának, egy bokornak, egy virágnak, egy embernek. Minden egy közös nagy alapelvekre épül, úgy, hogy végeredményében mindegy, hogy mit tanulmányozunk, ha elég értelmesek vagyunk ahhoz, hogy az élet alapelveit, szerkezetét megértsük.”*

Napjainkban az európai lélek került veszélybe. Az átlaglelkületeket a határtalan önzés hatja át. Nemcsak a népességcsökkenést és a térvésztes jelentőségét kell emlegetni a magyar megmaradási tényezők között, hanem beszélnünk kell a legnagyobb veszteségeinkről is: az Isten-ismeret és az emberszeretet hiányáról. Az erkölcsi élet került válságba, sokaknál többértelművé vált a család fogalma. Fiataljaink nem ismerik a Bibliát. Nem tudják, mit jelent az isteni kiegészítés. Nem tudják, vagy nem akarják tudni, ami már a Bib-

liában le van írva: *„A nő a férfi oldalából vétetett.”* A kiegészítés, a visszatérés adja a teljességet. A hiányzó fél (a nő), ha nem tér vissza az emberhez (a férfi), nem lesz teljes, hiszen nem lesz gyermeke, nem lesz társa. A nő az, aki egy férfinak belsőt ad, azt a belsőt, azt a lelkületet, amely az életművében teljesedik ki egymás kiegészítése által. Ma a főbűnök, azaz a kevélység (büszkeség), kapzsiság, bujaság, irigység, mohóság, harag és lustaság, azaz a jóra való restség azok, amik leginkább mozgatják az emberi életeteket.

A demográfiai javulásért vívott harcunkban újra előtérbe kell helyeznünk az évezredek hitünket, a családok létrehozását, ezek megerősítését, vagyis a legősibb és egyben a legtökéletesebb törvénykönyvben, a Tízparancsolatban leírtakat, valamint Szent István és szüleink intelmeit. Az Isteni színjáték (La Divina Commedia) itt játszódik életünk színpadán, a szemünk előtt folyik úgy, hogy mi vagyunk a játék, e színjáték főszereplői. A színjátékban a nézetek, elvek, az izmusok közül az individualizmus az uralkodó nézet. Véleményem szerint az élet nem más, mint mozgás, születés, hangok, formák változása úgy, hogy közben az egészség és a betegség, valamint a fények bonyolult, nagyon bonyolult hálózatában az egység, a nagyon nagy egység a kémiai és dinamikai rendszerek összhatásaként kialakítja a lelket, a lelkiismeretet.

A dolgaink bizonyosságát vagy hiányát adja életvitelünk szimmetriája vagy asszimetriája, amit vagy kapunk a sorstól, vagy a művészet és a tudomány adta intelligenciával alakítunk ki önönmagunkban.

Az emberi életetek identitásbeli torzulása mind nagyobb problémaként jelenik meg nemzetünk boldogulásában.

A számbeli megerősödés mellett a lelki értékek megerősödését úgy egyéni, mint nemzeti értelemben fundamentumnak kell tekinteni. Minden magyar fiatallal meg kell ismertetni a biológiai ablakot, a reprodukciós életkort, azt a tényt, hogy a születeket lehetőség szerint a 37. életévig kellene vállalni. Minél későbbi, idősebb életkorban vállalkoznak a nők az első terhességükre, annál nehezebben esnek teherbe, ezen kívül a következő gyermek megszületésének az esélye is csökken. Nincsenek tisztában azzal a ténnyel, hogy a gyermekvállalás valahol a végtelen élet képletét hordozza magában. A gyermekekben valahol

önmagunkat vetítjük előre. A magyar édesanyákban az anyaságba vetett hitet kell erősíteni. Nem szabadna hagyni, hogy elterjedjen, kivesszen belőlük a helyes arányérzék.

Az első szexuális együttlétet és az első gyermekszülést a XIX. században hónapok választották el egymástól. A következő XX. században, amiben már mi is éltünk, a szexuális élet korábban kezdődött, a gyerekvállalás eltolódott, így a két esemény közt már évek teltek el. Napjainkban már évtizedek telnek el az első szexuális együttlét és az első gyermekszülés közt. Ezen több évtized alatt nagyon lényeges a reprodukciós egészség megőrzése. Lényeges, hogy ne következzen be szexuálisan közvetített betegség, amely a későbbi fertilitás esélyeit rontja, sem pedig nem kívánt terhesség megszakítása, amely fizikailag és lelkileg is terhet jelent.

A mai kor fiataljainak nemi életére leginkább jellemzőnek mondható, hogy legritkábban tudatos cselekvés, leginkább alkalom szülte körülmények közt élnek szexuális életet, a nem kívánt terhesség elleni védekezés akaratlanul is a háttérbe szorul.

Felkészületlenek, hiányosak a fogamzásgátlási ismereteik. A nemi úton terjedő betegségeket hátrítják. Jellemzően azt vallják, hogy „Velem ez nem történhet meg.” Félnek a lebukástól. Az első közösülés 60%-ban fogamzásgátlás nélkül történik. A nem kívánt terhességek 50%-a az első hat hónapban fogan. A fiatalok terhességei magas rizikójúak. Napjainkban a korai szexuális élet új trenddé vált, melynek korai és kései pszichés, szexuális és fizikai következményei is lehetnek.

Az állami gondozott fiatalok (akik örökségbe kapták a kötődési nehézségeiket) ezt a későbbi párkapcsolataikban is kifejeződésre juttatják. A diszfunkcionális családi környezetből menekülni szeretnének, korábban kezdenek el nemi életet élni, köztük nagyobb számban fordulnak elő teherbeesések és várandósságok.

Közös felelősség, hogy a terhesség tervezett, a gyermekvállalás kívánt döntés legyen.

A reprodukciós karrierjük kezdetén levő fiatalok, a későbbi gyermekvállalást veszélyeztetik, ha a nem kívánt terhesség ellen egyáltalán nem, vagy ha nem megfelelő módszerrel védekeznek.

A mai kor fiataljai többnyire nem házasságban, hanem párkapcsolatban élnek, nincs állandó jövedelmük. Huszonévesen a gyermekvállalás döntéshozatalakor megijednek, félnek a költséges történettől, azaz azoktól az anyagi vonzatoktól, amelyekkel a várandósság vagy egy gyermek felnevelése jár, ezért a terhességet inkább megszakítják. Sokan nem ismerik kormányunk adókedvezményeit, juttatásait, amelyekkel családjaik megélhetését igyekeznek elősegíteni.

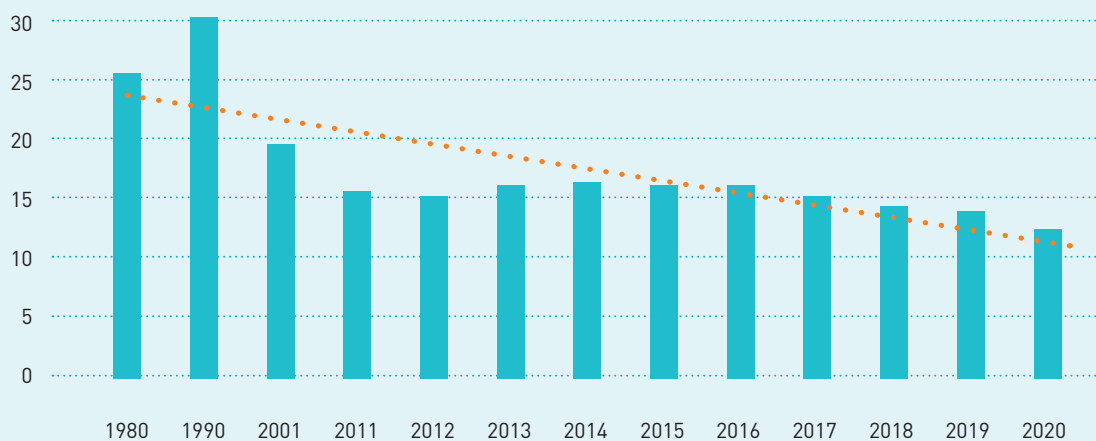
A férfiak, azaz a potenciális apák hozzáállásából hiányzik az önállóság, nem tudnak, vagy egyszerűen nem mernek a szülőktől leszakadni. A fiatalok többsége nem mer önálló életet kezdeni, többnyire nincs önálló jövedelmük, így a gyermekvállalási döntéseknél halasztanak. Nem ismerik a nem kívánt terhességek okozta pszichés és esetlegesen bekövetkező anatómiai károsodások ártalmait.

Meghatározott társadalmi csoportokban léteznek olyan szocializációs faktorok, amelyek a serdülőkori gyermekszülés és családalapítás tartósságát, generációs szinten ismétlődését elősegítik.

A fiatalok terhességei társadalmi, gondozási veszélyeket hordoznak magukban. Az Európai Unióban történt felmérés alapján a későbbi szegénység valószínűségét a korai gyermekvállalás kétszeresére növeli. Az ördögi körben az iskolából való végleges kimaradás, a későbbiekben jelentkező párkapcsolati konfliktusok, a fiatalkori élmények elmaradása révén nő az esély arra, hogy tinédzser korú anya gyermeke szegénységben majd egyszülős háztartásban nőjön fel, elhanyagolás, bántalmazás részévé váljon, az iskolai rosszból teljesítés sok esetben a bűncselekmények elkövetésével, alkohol és kábítószer problémákkal párosuljon. A hozott családi, szocializációs minták az ismétlődés valószínűségét növelik, vagyis az ördögi kör elől fog kezdődni ezen fiataloknál, akik majdan szintén fiatalon fognak vállalni gyermeket. (Pongráczné és S. Molnár 1994)

Napjainkban a 19 év alatti nők korcsoportjaiban az abortuszok száma csökken. A KSH adataiból láthatjuk az 1990 évhez viszonyítva a terhesség-megszakítási arányszám 2020-ra örvendetes módon alacsonyabb lett.

7. ábra 1000 főre jutó terhességmegszakítások száma Magyarországon, a 15-19 éves korosztályban - Forrás: KSH



A nem kívánt terhességek fiatal korban nagy kockázatúak, mind a terhességmegszakítást, mind a szülést tekintve. A fiatalok terhességeinek diagnosztizálásában nehézséget okoz, hogy sokszor eltitkolják, a szülőktől való félelem miatt halogatták a vizsgálatot. A terhesség gyanújeleinek vagy a vérzéskimaradásnak nem tulajdonítanak kellő jelentőséget. A nőgyógyászati vizsgálat halogatásában az is szerepet játszik, hogy bizakodnak abban, hogy előbb - utóbb jelentkeznek a vérzésük, hisz a fiatalokban gyakrabban fordulnak elő rendszertelen ciklusok. Jellemző magatartási forma az, amikor sem maguknak, sem a szülőknek nem merik bevallani, s amikor már a testi változások miatt kénytelenek elmondani a várandósság tényét, ilyenkor már a terhesség nagysága miatt nem szakítható meg a terhesség. Előfordulnak olyan esetek is, amikor a fiatalok reménykednek, bíznak abban, hogy nagyobb terhesség bejelentésekor a szülők támogatóbbak, segítőkészebbek lesznek.

A szülés várható idejének pontos megadása - a rendszertelen, szabálytalan ciklusok mellett - a 12-13.

héten végzett ultrahang vizsgálatnál a CRL (a fejlődő magzat fejtető-far hossz) mérésével határozható meg. Ha a mért adat ≥ 7 nap eltérést mutat a menstruáció szerinti számítástól, ultrahangterminust kell megadni.

A serdülőkorúak testi fejlettsége nagyon változó határok közt mozog, a lelki fejlettségük is eltérő fejlettséggel párosul. A felnőtté válás miatti félel-

meiket a várandósságtól való félelem megnöveli, a tanácsadás során fokozott segítségre van szükség a pszichés és testi változásaik miatt a félelmeik elosztatására. Az életutakat, sorsokat eldöntő, a jövőt meghatározó másállapot, amennyiben a kialakulóban (organikus és pszichés szinteket értve) lévő fiatal szervezettel társul, úgy a partneren kívül a szülők bevonása is szükséges a várandósgondozás egész folyamatába. Fontos, hogy a család megszületéséről az apa is döntsön, mindkét fél szülői bevonásával. Az apai és szülői támogatás a várandósság és a szülés alatt is fontos, ezt követően az újszülött fogadásában és nevelésében nyújtott közös részvétel szükséges. (Párducz 2016)

A századforduló társadalmi-gazdasági vonásai napjainkban néhol-némi formában visszatükröződnek. A rossz lakás és higiénés viszonyok közt élőkől nehezen várható el az a fajta egészségügyi magatartás, amelyben a prevenció is szerepet játszik. A várandós gondozásaink során találkozunk alkohol, dohányzás és nemi úton terjedő megbetegedésekkel. Gondozatlan, eltitkolt szövődményes esetek a szülőszobákon napjainkban is megtalálhatóak. Vannak olyan helyzetek, ahol Tauffer szavai: „a védőnőnek az otthonában kell felkeresni a várandósokat”, a magyar terhesgondozást tekintve, ma is helytállnak. (Párducz 2010) A fiataloknál megfogant terhességnél - amennyiben a várandósság megtartása helyett az abortusz kerül kiválasztásra - a szülész-nőgyógyász

szakorvoson kívül a Családvédelmi Szolgálat munkatársai ismertetik az abortusz veszélyeit és a korai és késői lehetséges szövődményeit. A fiatalok (18 év alatt) terhesség-megszakításai a 12. hétig végezhetőek el, kivételes esetekben a 18. hétig lehet elvégezni.

A fiataloknál megfogant terhességnél a következő lehetőség az örökbefogadás.

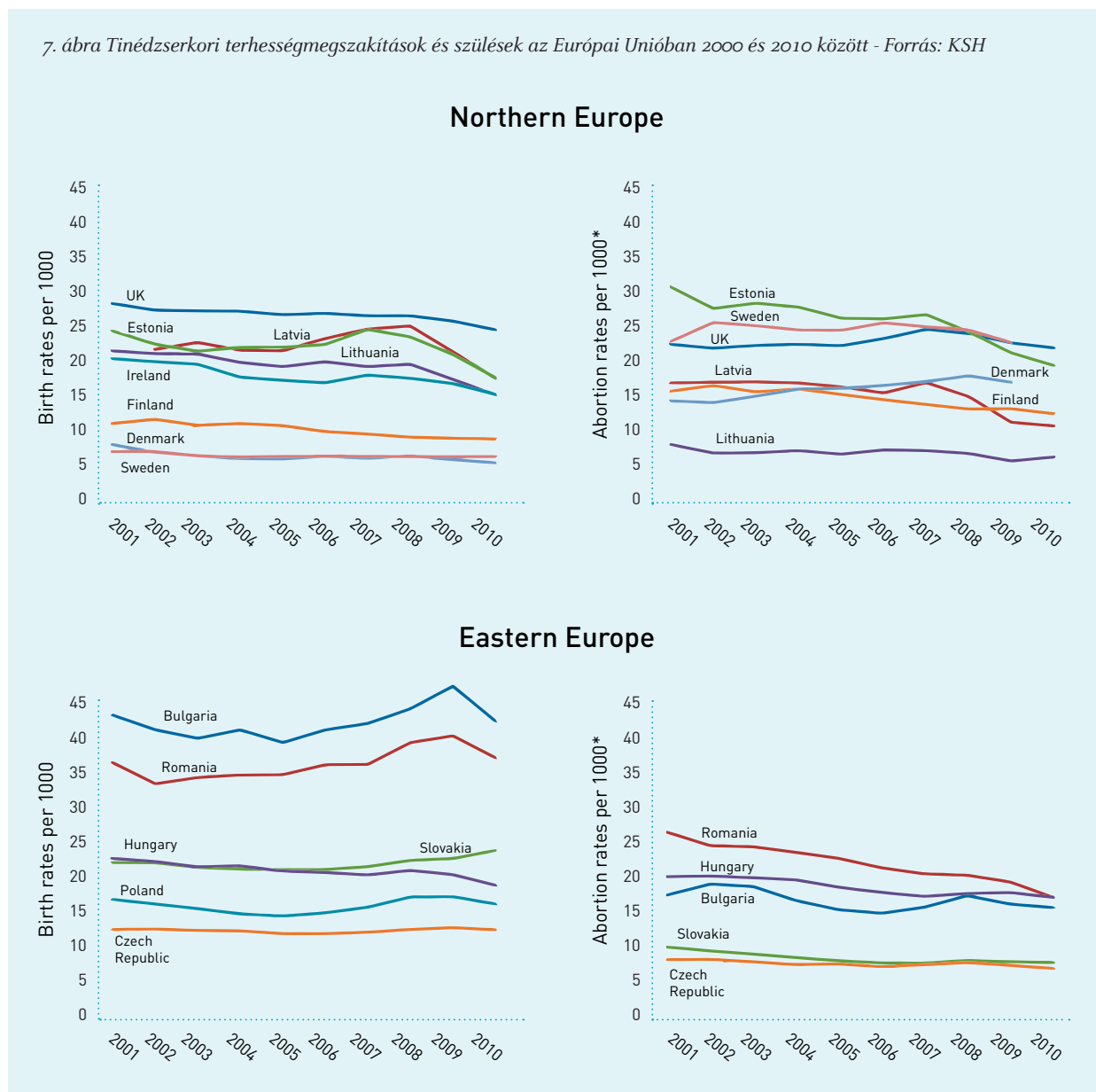
A 2013. július 1-jétől hatályos Gyermekvédelmi törvény módosítása értelmében a terhességet eltitkoló válsághelyzetben lévő anya fogalmának bevezetésével, ha egy kiskorú lány a titkos szülés, majd az örökbefogadás mellett dönt, nincs szüksége szülei beleegyezésére, míg az abortuszhoz, vagy

14 éves kora alatt fogamzásgátló tabletta felírásához szükséges ez.

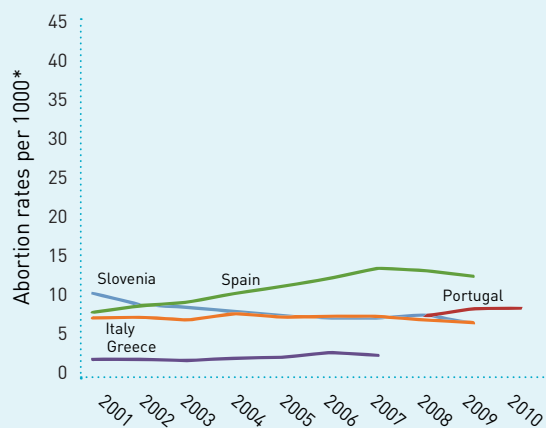
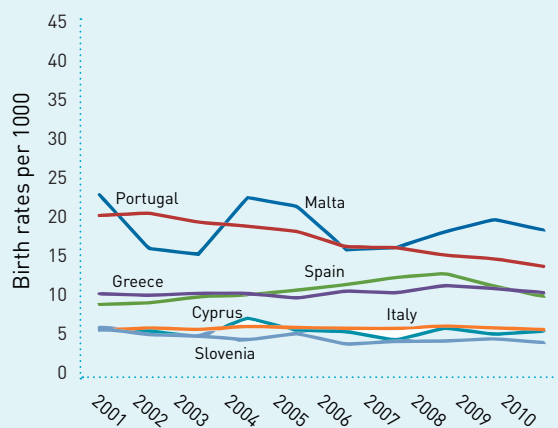
Létezik nyílt (az anya ismeri az örökbefogadó szülőket) és titkos (nem ismerik egymást) örökbefogadás. Az örökbeadó anyja az újszülött hathetes koráig mindkét formánál visszavonhatja a lemondó nyilatkozatát.

A szülés előtti lehetőség az anyaothonokban való élés a szülésig, sőt, ha az anya nem kíván a babától megválni, és nincs hol laknia, a szülést követő időszakban is maradhat az újszülöttjével az anyaothonban. (1997. évi XXXI. törvény A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról)

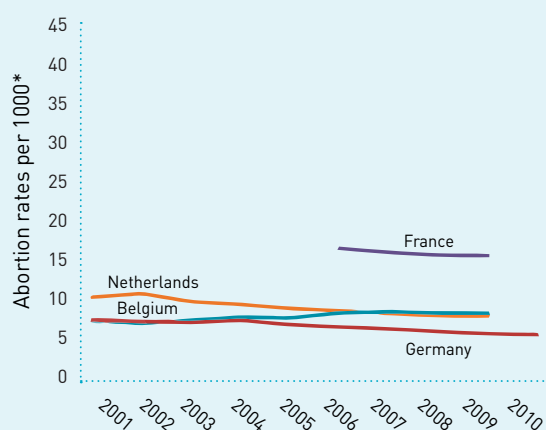
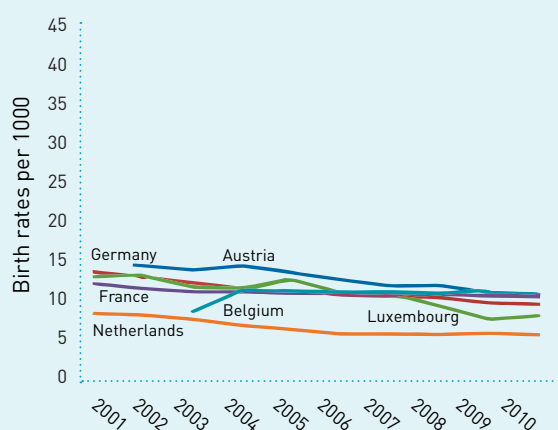
7. ábra Tinédzserkori terhességmegszakítások és szülések az Európai Unióban 2000 és 2010 között - Forrás: KSH



Southern Europe



Western Europe



A reprodukív életszakasz kezdetén, amikor még jövedelem nélkül dönt egy fiatal pár a terhesség megtartásáról, hiányos ismereteikből fakadóan nem tudják átlátni a terhesség okozta veszélyeket, amelyek a fiatal szervezetet érintik. Az elvárható várandós gondozási vizitekre nem járnak el. Az éretlen személyiségjegyeik a dackorszakhoz társulva sok esetben azt eredményezik, hogy a kapott tanácsokat „csak azért sem” tartják be. A szülők és a partner bevonása válik szükségessé, hogy a saját szervezetükre, illetve a fejlődő magzatra veszélyes magatartási normákat elkerüljék. A szülés megterheléseire célzottan fel kell készíteni a fiatal várandósokat. A fiatalokra az aktív, sok esetben felelőtlen promiszkuáló szexuális élet magában hordozza az STD (szexuális úton terjedő megbetegedések) elkapásának lehetőségét. A várandós gondozásaink folyamán kiemelt figyelmet kell szentelnünk az STD lehetőségére és szükség szerinti speciális kezelésekre. (Párducz 2010)

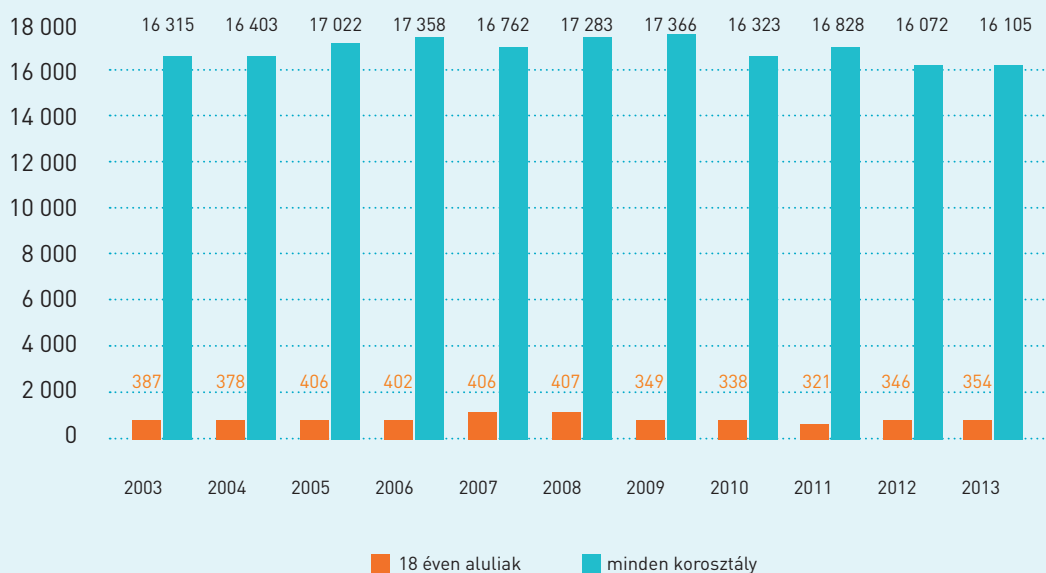
A fiatalok várandós gondozásainál: „Gyakran találkozunk rendszertelen életmódot folytató, hiányosan táplálkozó fiatal várandóssal. A 18 év alatti fiatal lányoknál akár a 35%-ot is meghaladhatja a túlsúlyosak aránya. A kamaszoknál relatíve nagyobb arányszámban előfordul túlsúly vagy alultápláltság veszélyezteti az anyát és a fejlődő magzat egészségét. A várandósság ideje alatt 10 kg-nál többet hízni nem ajánlott (ideális a heti 300 gramm súlygyarapodás). A tudatosan megtervezett, változatos étrendet a fiatal várandósok gyakorta nem tartják be, ezért várandós gondozáson fokozott odafigyeléssel ismertetni kell, hogy mind a várandósság, mind a szoptatás ideje alatt a kalcium, magnézium, foszfor iránti igény 50%-kal, a jód, cink, réz iránti igény 30%-kal, és a 4. hónaptól a vasszükséglet duplára nő a fogamzás előttihez viszonyítva. Bár a velőcső-záródási rendellenességek (VZR) és a folsavhiányos táplálkozás közötti összefüggés

felfedezése évtizedekkel ezelőtt történt, és az FDA ajánlások (0,4 – 0,8 mg/nap folsavsükséglet) is megfogalmazódtak az 1990-es években, a gyakorlati alkalmazásban ez feledésbe merül, és egyre kevesebb nő szed folsav-kiegészítést a terhessége során. Ha figyelembe vesszük, hogy a terhességek legalább 50%-a nem tervezett, különösen fontos, hogy felhívjuk az orvosok figyelmét a folsavpótlás jelentőségére, hiszen a túl késői alkalmazás nem védi a magzatot a fejlődési hibáktól. A táplálkozás útján a lakosság nem jut hozzá a szükséges folát mennyiséghez, folsavtartalmú termékeket is kell szedni, hiszen még a folsavval dúsított élelmiszerek fogyasztása esetén is legfeljebb 220-250 mg folsav jut a szervezetbe, ami csupán fele a magzat ideális fejlődéséhez szükséges adagnak. Megfelelő tej és tejtermék bevitelével a fejlődő magzat kalciumsükségletét tudja pótolni. A magzati idegrendszer fejlődését a rendszeres tengeri halfo-

gyasztás segíti elő a jódd és Omega 3 zsírsav bevitelével. A serdülés folyamata variábilis, az azonos korú lányok alkati felépítése is igen különböző az egyéni ütemek miatt. Azok az élettani változások, amelyek a terhesség folyamán jönnek létre, nem egyformán, de a felnőttekhez viszonyítva sokkal jobban megterhelik a fiatalok szervezetét. A nemi szervek viszonylagos fejletlensége (méret, hypoarterialisatio) minden bizonnyal szerepet játszik a terhesség és a szülés kóros történéseiben. Az érett medence kifejlődése, mely az átlagos nagyságú magzat áthaladását lehetővé teszi, a 14. életév körül várható. Az ennél fiatalabbnál gyakrabban találkozunk relatív téraránytalansággal terminus közelben.” (Párducz 2016: 67-76)

A fiataloknál a megfogant terhességek vetelési kockázata is magasabb. A fiataloknál gyakrabban következik be a spontán vetelés. (8. ábra)

8. ábra A korai-és középidős magzati halálozások száma 2003-2013 között a 18 év alatti korosztály vetéléseinek kiemelésével. Forrás: Kamarás Ferenc, KSH



A korai- és a középidős korban gyakrabban fordulnak elő a terhesség alatt vérezgetések. A fejlődésben levő fiatal szervezetet bizonyos kórképek jobban veszélyeztetik (magzati retardatio, azaz a magzat méhen belüli fejlődésének visszamaradása, praeclampsia, magas vérnyomás, vérszegénység), így gyakrabban állnak elő nem kívánt

szövődmények. A túl fiatal és túl idős várandósoknál a szülés körüli szövődmények száma is növekszik (gyakrabban alakul ki téraránytalanság, elhúzódó tárgulási szakasz, a szülés alatti és utáni vérzések száma is növekszik), magasabb a perinatális morbiditás és mortalitás. Nagy gyakoriságú úgy egyénileg, mint társadalmilag a koraszülések

előfordulása. A születési súlytól függően a koraszülöttek ellátása rendkívül költséges (több millió forint). A felelőtlen magatartásformákat, a bulikat, az ártalmakat (alkohol, nikotin, drog használatot) kerülni kell. A súlygyarapodás elkerülésére a nasolást kell mellőzni, napi ötszöri étkezés keretében egészséges ételek fogyasztása javasolt.

A nagyon fiatal várandósokat folyamatosan és kiemelt figyelemmel kell kísérni a gondozás folyamatában résztvevőknek. Segíteni kell őket az anyává válásban. A beszélgetési lehetőség és az értő

figyelem ebben az időszakban kiemelten fontos. Ezt kell alkalmazni a nagyon fiatalok várandósgondozásában résztvevők mindegyikének. A speciális igényű várandósok, így a serdülőkorúak beszélgetési lehetősége, az értő figyelem ebben az életszakaszban kiemelten fontos, hisz így jöhet létre az a bizalmi viszony, amelynek eredménye alapján a feltett kérdésekre őszinte válaszokat kaphatunk. Az ismeretek mellett a vélemények, cselekvések miértjei is tisztázódhatnak (a meggyőződések mellett) a beszélgetések során.

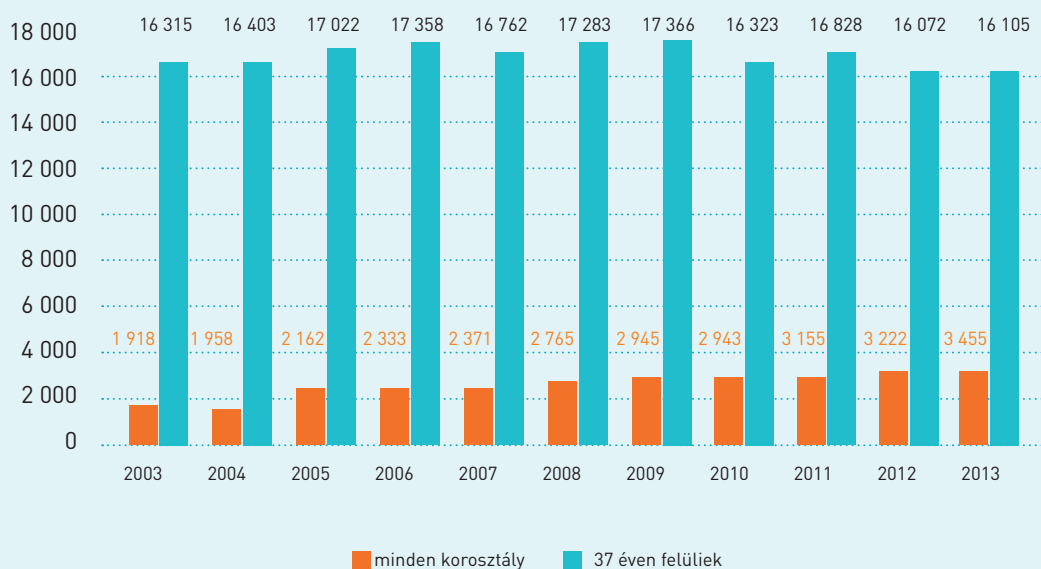
Terhességek és szülések idősebb életkorban

A nemi szerepek változása, a női karriernek előtérbe kerülése, a párkapcsolatok későbbi időpontra helyezésének eredményeként egy évtizeddel eltolódott az első gyermek vállalásának időpontja. Rendeléseimen hetente többször is előfordul, hogy a negyven feletti nők gyermekvállalási szándékkal jönnek. A panaszaik közt egyetlenegy óhaj szerepel, gyermeket szeretnének, de sajnos ez évek óta nem sikerül. Az asszisztált reprodukciós technikáktól várják a csodát. Nem ismerik a biológiai ablak meglétét. Nem tudják, hogy a termékenységi idő nem tud úgy meghosszabbodni, mint a várható élettartam. Ahány éves egy nő, annyi évesek a petesejtjei, ennek alapján egy idősebb nő petesejtjei

az élet folyamán több ártalmat szenvedtek már el. Az anyai életkor 30 év feletti előrehaladtával a teherbeesés esélye évente 3-5%-kal csökken, a drámai esés a negyvenéves évek után kezd jelentkezni. A csökkenő megtermékenyíthetőség oka a romló petesejt minőség. A meddőségi kezelés mindössze 3 százalékos sikert eredményez 44 év felett. A legtöbb esetben donor petesejtet használnak, mert a saját petesejték már eltűnnek addigra, vagy nagyon rossz lesz a minőségük.

A vetélések kockázata rendkívüli mértékben megnövekszik, több mint 50% a negyven feletti nők esetében.

9. ábra: A korai-és középidős magzati halálozások száma 2003-2013 között a 37 év feletti korosztály vetéléseinek kiemelésével. Forrás: Kamarás Ferenc, KSH



Napjainkban egyre több nő vállal gyermeket 37 éves kor felett. Ennek az irányzatnak vannak némi előnyei, de több vitathatatlan hátránya van. Hazánkban az 1970-es évektől kezdődően több mint negyvenszeresére növekedett az első gyermeket negyvenedik életév után szülő nők életkora. A késői gyermekvállalás csökkenti a további gyermekek megszületésének valószínűségét.

A meglevő statisztikai adatok szerint várandósság az idősebb életkorban kevésbé fordul elő.

A statisztikai adatokat nagyban befolyásolja az életkor miatti sajátosságok megléte, a myomák nagyobb arányszáma. A korai petefészkek kimerülés mellett anovulációs ciklusok ebben az életkorban egyre gyakrabban fordulnak elő. IVF esetén a megtermékenyülés esélye 16%-ra tehető. A csökkenő eredményesség okai közt találjuk a romló petesejtminőséget. A sejtek 50-70%-a kromoszómahibás. Az így létrejövő kromoszómahibás embriók 50-60%-a meg sem születik.

Magyarországon is megfigyelhető, hogy az első gyermeket negyvenéves kor feletti szülő nők aránya emelkedik. Az asszisztált reprodukció és a természetes fogantatás adatai is közel azonosak. A férfiak spermiumtermelése egész életük végéig eltarthat. A nemzőképesség azonban fokozatosan romlik az életút folyamán. Egyes megfigyelések szerint a negyvenöt évnél idősebb férfiak utódainak esetében 34%-kal nő a mentális betegség esélye.

A kromoszóma rendellenességek 35 év felett jelentős kockázati tényezőt jelentenek, elsősorban a trisomiák gyakorisága emelkedik. A szakirodalom az idős anyai életkort (advanced maternal age – AMA) a 35. életévtől számítja.

Bevezetésre került egy újabb meghatározás: az igen idős anyai életkor (extremely/very advanced

maternal age) a 45 év felettiekre vonatkoztatva. (Hupuczki 2012)

A gyermekvállalási szokások változása az 1990-es évek folyamán következett be, miszerint az anyai kor fokozatosan az idősebb kor irányába tolódott. Megváltozott a szülési magatartás, az idősebb kor felé történő eltolódás Európa több országában jelent meg. A jelenség főként a fejlettebb régióban már régebben bekövetkezett, ezért jó pár évtizeddel ezelőtt már a késői gyermekszülés volt a jellemző.

Az Egyesült Államokban a 30 év feletti nők gyermekvállalási aránya az 1960-as évektől napjainkig háromszorosára, azaz 8,6%-ról 25,4%-ra nőtt. A növekedés a 35 év felettiéknél hatszoros (1,3%-ról 8,3%-ra), és a 45 év felett gyermeket vállaló nők aránya 15-szörösére emelkedett (0,1%-ról 1,5%-ra). Az anyai életkor emelkedése Európában is megfigyelhető, különösen Nyugat- és Dél Európában. Az idős korban gyermeket vállalók aránya éppen a legalacsonyabb termékenységi arányt mutató két dél-európai országban: Spanyolországban és Olaszországban a legmagasabb (18%), de 15-17%-ot tesz ki Svédországban, Hollandiában és Svájcban is.

A Tárki adatai szerint 1990-2000 között hazánkban a harmincévesnél idősebb kismamák aránya több mint 10%-kal emelkedett (18%-ról 20%-ra). Az elmúlt másfél évtizedben nőtt az anyák átlagos életkora. (Klinger)

A későn világra jövő első gyermek után sokszor problémaként jelenik meg, hogy követi-e majd második és még inkább harmadik gyermek az elsőt. Átlagosan 30 éves koruk körüli időszakban hozzák világra első gyermeküket az egyetlen végzett nők.

Az anyai életkor előrehaladtával növekvő veszélyek

Az előrehaladott életkorral együtt járnak azok a szervezetben történő változások, amelyek a vált várandósság esetén magasabb kockázatot jelentenek, mind az édesanyára, mind a magzatra. Az életkor előre haladtával a szervezet teherbíró képessége csökken. Az asszisztált reprodukciós beavatkozások száma növekszik, több iker várandósság fordul elő. A myomák várandósság alatti

előfordulása nő, így a subfertilitás, vetélés, koraszülés és császármetszési arányszámok is növekednek. A reprodukciós szándék miatt a myoma miatti műtéten átesettek száma is növekvő arányokat mutat, ez úgyszintén csökkenti a fertilitást, a hegszétválás veszélye, illetve a méhen végzett előzetes műtét miatt a császármetszések arányszámát növeli meg. Az idősebb életkorban már

a fogamzás előtt fennálló krónikus betegségek prevalenciája nő. Az elhízással és inzulin rezisztenciával összefüggő betegségek így a thromboemboliás szövődmények arányszáma is növekszik.

Luke és munkatársa több mint 8 millió idősebb korosztályba tartozó (35-54 éves) élveszületését vizsgálta. Az idősebb korcsoportokban az átlagos születési súly alacsonyabb volt. Megállapításaik szerint a kissúlyú (< 2500 g) és az igen kissúlyú újszülött (< 1500 g) aránya magasabb az idősebb korcsoportban. Nagyobb valószínűséggel alakulnak ki szövődmények a 30-34 éves korosztállyal szemben.

Ennek megfelelően a nagy valószínűséggel kialakuló szövődmények 45 év feletti először szülők esetében (30-34 éves korosztályhoz képest) a krónikus magas vérnyomás betegség (AOR 3,7), cukorbetegség (AOR 2,19), a 32. hét előtti koraszülés, és a terhesség indukálta hypertonia (AOR 1,55). A császármetszési arányszám az idős először- és többször szülők vonatkozásában jelentősen megnövekedett (primiparáknál AOR 3,14; multiparáknál AOR 2,55). Ebben szerepet játszik a kártérítési perek miatt a deffenzív döntéshozatal, a magzati agykárosodástól, a nehéz hüvelyi szülés traumatizáló hatásától való félelem. (Luke et al 2007)

Az utóbbi években, megyei kórházi jellegűnkél fogva mind több krónikus alapbetegség mellett létrejövő terhességet látunk el. Az obes nőknél kifejezettebben nagyobb arányszámban fordulnak elő a praeclampsiás terhességek. Döntő részben a szövődmények kivédése végett a szülésvezetés császármetszéssel történik. Sajnálatos módon az utóbbi időben több esetben kényszerültünk méh eltávolításra az anyai életet is veszélyeztető szövődményes kórállapotoknál (szülés utáni atoniás vérzések, fenyegető HELLP szindróma).

Wang és munkatársai adatai szerint „A krónikus anyai betegségek hiánya esetén a 44 év feletti szülések is biztonságosak lehetnek. Megállapításaik szerint az idősebb anyai életkorban a császármetszések és a műszeres hüvelyi szülések arányszáma növekszik.” (Wang et al 2011)

Az idősebb anyai életkorban a szervezet kardiovaszkuláris terhelhetősége csökken, az élettani terhesség okozta változásokhoz nehezebben alkalmazkodik az idősebb anyai szervezet. Nagyobb arányszámban vannak és jelentkeznek krónikus

betegségek. Törekedni kell a teherbeesés előtt a meglévő betegségek olyan szintű ellátására (szükség szerint a szedett gyógyszerek átállítására), amelynek alapján a magzati ártalom kockázata a legalacsonyabb lesz és a fogamzás legoptimálisabb körülmények közt következik be.

Ezt a tényt a vállalt terhességek előtt egy alapos tájékoztatás formájában el kell mondani, mint ahogy a magzati kockázatokat is. A praeconceptionális gondozás keretében mind az esetleges, már meglévő obesitas vagy krónikus betegségek ellátása meg kell történjen. Az első 12 héten - a magzat fejlődésének legveszélyesebb időszakában - a teratogén gyógyszerek, mint ahogy más ártalmak elkerülése javasolt. Az életkor alapján az idős anyai várandósoknál genetikai vizsgálat ajánlott. A gondozási folyamat komplex ellátást igényel, nagyon sok esetben csak centrumokban lehetséges.

A kromoszóma rendellenességek, így a trisomiák közül a 21-es trisomia szűrése, az első trimeszterben a tarkóredő mérésével és a biokémiai markerek igénybevételével történik. Az első ultrahang szűrővizsgálatnál, amennyiben a nyaki redő vastagsága a 2,5 mm-t meghaladja, és/vagy a kombinált teszt eredménye pozitív, vagy a grávida a 37. életévét betöltötte, a várandós nőt genetikai tanácsadásra kell irányítani.

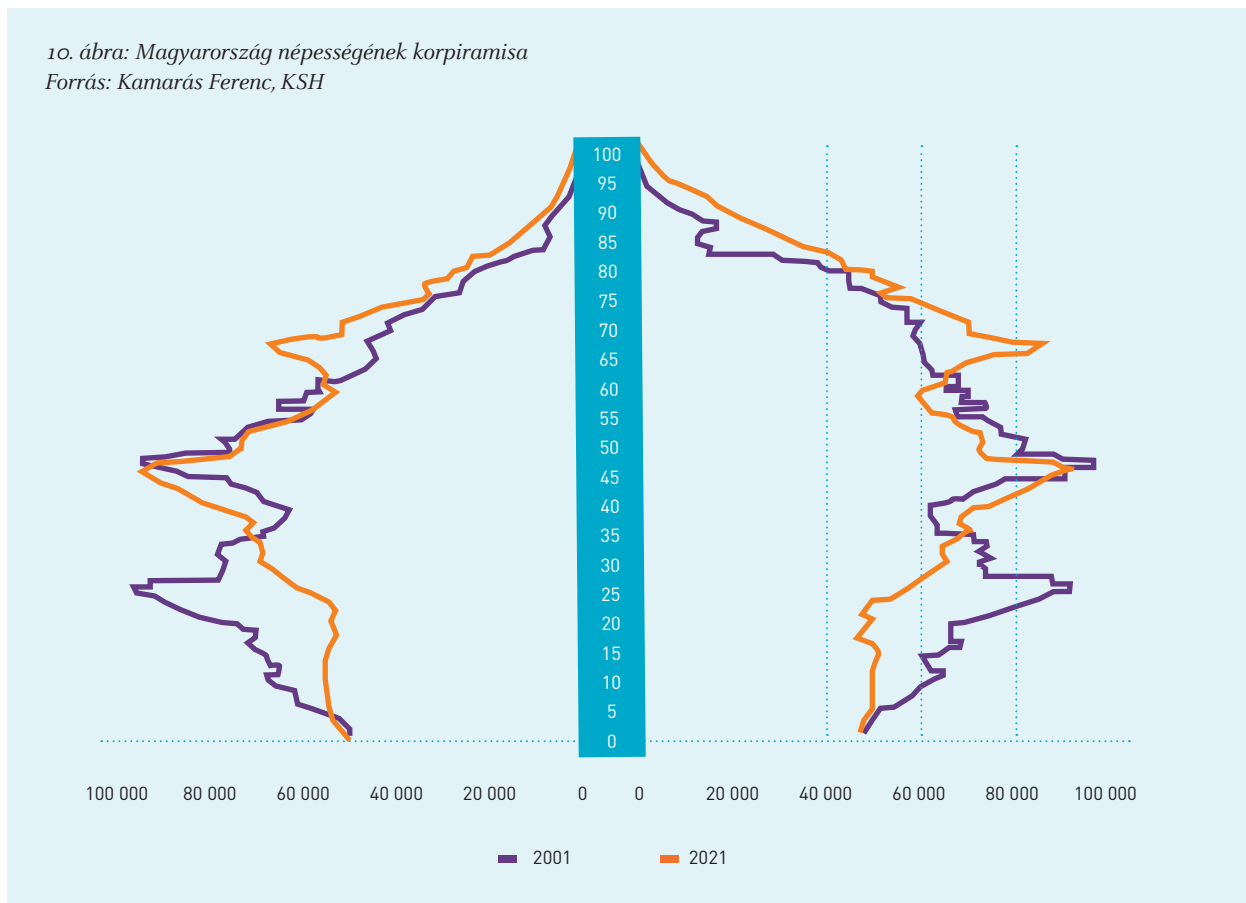
A 37 évesnél idősebb várandós nő esetében chorionbiopsiát vagy amniontentezist követően magzati chromosoma vizsgálat végzését kell javasolni. Irodalmi adatok szerint a chromosoma-rendellenességek gyakorisága az anyai életkor növekedésével egyértelmű növekedési tendenciát mutat.

Az új lehetőség a NIFTY teszt, amelynek alapja, hogy a magzati DNS a várandósság folyamán átkerül az anyai vérbe. A magzati DNS az anyai vérben kellő pontossággal azonosítható. Ennek alapján a NIFTY egy anyai vérteszt, amely a Down-kór és két másik kromoszomális rendellenesség (Edwards-kór és Patau-kór), az ivari kromoszómák (X és Y) számbeli eltérései (Klinefelter-szindróma, Turner szindróma, dupla Y szindróma, tripla X szindróma) és a deléciós szindrómák terhesség alatti felismerésére szolgál. Ez a legmodernebb nem invazív vizsgálat. Magas költsége miatt rutinszerűen még nem alkalmazható, tudnunk kell, hogy (a nem diagnosztikus vizsgálat) a magzatra nézve teljesen veszélytelen, a teszt elvégzéséhez mindössze egy anyai vérvételre van szükség.

A hazai születésszám alakulása teszi indokolttá az idős várandósok legkorszerűbb felfogásban történő körütekintő gondozását. Ugyanakkor a 40 év felett vállalt várandósság előnye is lényegesnek

mondható, mert a születendő gyermekek biztonságos anyagi környezetbe születnek, a szülők nagyobb odafigyeléssel veszik őket körül, ajánlásainkat többnyire elfogadják. (Párducz 2016)

10. ábra: Magyarország népességének korpiramisa
Forrás: Kamarás Ferenc, KSH



Kamarás Ferenc (KSH)

A NŐK EGÉSZSÉGE, CSALÁDOK EGÉSZSÉGE KONFERENCIA

(A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság és a Magyar Védőnők Egyesületének Kongresszusa Budapest 2012)

Kamarás Ferenc a fenti kongresszuson előadásában kifejtette, hogy „A gyermekvállalás halasztása mögött ijesztő folyamatok húzódnak meg, a gyermektelenek aránya látványosan növekszik. Egyre inkább kitolódik az első gyermek vállalásának időpontja: az anyák átlagos gyermekvállalási életkora 30 év, az apáké 34 év körül van. A legnépesebb női korosztály kilépett a szülőképeség optimális időszakából. Évente ötezer fővel csökken a nagyobb létszámú női korosztály tagjainak száma, a következő években 35%-kal lesznek

kevesebben. Csökken a fertilis korú női populáció (40 év alatt kb. 400000 fővel!).

Akik később szülik első gyermeküket, várhatóan kevesebb gyermeket fognak vállalni. A szülésszám circulus vitiosusként tovább csökken. Minden harmadik ember 65 évnél idősebb lesz, a társadalom reprodukciója lassul, a csökkenő populáció miatt a gazdaság teljesítőképessége csökken, a szociális ellátórendszerek fenntarthatósága bizonytalanává válik.” (Kamarás 2012)

Mindezek alapján a Magyar Család- és Nővédelmi

Társaság vallja, hogy a gyermekvállalásra tervezetten és felelős magatartással kell felkészülni. Társadalmunk a közgondolkodást igyekszik megváltoztatni, családbaráttá, gyermekcentrikussá tenni. A szétszaggatott közösségekben tudatosítani kell, hogy a szüleinktől kapott életünket nemcsak a szülők felé kell törleszteni, hanem a saját gyermekeink irányába is.

A leendő szülők döntéshozatalában manapság sajnálatos módon más állapot jelenik meg. Nem ismerik a Shakespeare-szonett részletét „A Kaszással, ki holnap elragad, csak úgy dacolhatsz, ha gyermeked marad”.

A fiatalokban tudatosítani kell a helyes arányértékeket, azaz, hogy lehetőség szerint 37 éves korig szülni kell, eddig a korhatárig a születeket, a reprodukciót igyekezzen mindenki megvalósítani. Az első gyermek megszületésére a 20-25 éves életkort, míg a második gyermeket 25-30 életkorban, a harmadikat 30-35 éves életkorban ajánljuk. Napjainkban az új életfelfogások, életstílusok, az újfajta együttélési formák mind szélesebb körű elterjedése, amely a szülői lét tiszteletének hiányát eredményezi, azon belül a családok létrejöttének hiánya vagy felbomlása eredményeként a kívánt gyermek száma nem valósul meg. A családokon belül nem érzékelik kellően a bajt, sokáig nem ismerik fel a testvér hiányát, nem veszik észre, hogy pozitívan ösztönző erő, megsokszorozza a szülők erejét, egymás segítése, az erők összedódása adja a családok hatalmas megtartó erejét. A szülői érzés az öntudatunkat adja, hiszen Édesanyának és Édesapának lenni semmi máshoz nem hasonlítható érzés.

A XXI. századi kihívások között Magyarországon országos szinten vissza kell állítani az igazi értékek sorrendjét, az eszmerendszer nemesítése által. A házasságnak az évszázados, sőt évezredek múlta visszatekinthető törvényeit úgy kellene visszaállítani, hogy a cél és a tartalom is fontos legyen.

A család és a családiasság értékét kell átadnunk, tudatosítani kell, hogy a gyermekek életrevalósága a szüleitől öröklött hajlamaitól függ. A gyermekek különbözőképpen és formában öröklik a szülők tulajdonságait. Több gyermek mellett nagyobb esély van a jó „kombináció” létrejöttére. Arany János tizedik, Vörösmarty Mihály is sokadik gyermeke volt szüleinek. Hozzájuk hasonlóan a nemzeti

létezésünkben az alapokat kell visszaállítani.

A fizikai és lelki egyensúly helyreállítása azért fontos, mert a népességfogyásunk lelki és erkölcsi értelemben is veszteség. Az élet folytatásának lehetőségét csakis a helyes arányértékekkel bíró magyar identitás és a magyar önbecsülés adja vissza és tartja meg a nemzetet. Az embereket rá kell döbenteni, rá kell nevelni, hogy a jellem hatalmával, az akarat erejével kell a krízishelyzetet uralni. Ne meneküljenek az élet elől „mesterséges mennyországokba”, az alkoholizmusba vagy a drogfogyasztásba. S a létrejövő mániákat ne a gyógyszeripar válaszaiba kapaszkodva keressék, ne az azonnali látszó hatásokat keressék. Ne szokjanak hozzá a gyógyszerekhez. Az életben való helytállást a saját vérvonalunk adja, az a vérvonal, amelyet a szüleinktől kaptunk. A szüleink bűneit és erényeit is megkapjuk a születésünk által. Az életben fel kell karolni és tudatosítani kell magunkban a jövőnket, az utódaink jövőjét. A szellemi világunkat, amely a jellemünkben az identitásunkban jut kifejezésre. A XX. században megkezdett, majd a XXI. században egyre jobban kifejezésre juttatott erkölcsi hanyatlás a női szerepek és helyzetek átalakulását eredményezte. Fokozatosan alakult ki, hogy a nők a férfimintákhoz idomultak, viselkedésük hasonlóvá vált a férfiakéhoz. A szexualitásban a nők is kezdeményezővé váltak. A nemi szerepek kontrollálatlanságát segítette és segíti a média hatása is. A szexualitásra ösztönző tartalmak mind jelentősebb elterjedése bizonyára szerepet játszott és játszik, hogy a kamaszok esetében a szex szinte elvárásként szerepel.

A kamaszkori terhesség a világ majdnem minden országában problémaként jelentkezik. A fiatalokban (14-19 éves kor közt) megjelenő terhesség a fiatal szervezetre nagy megterhelést jelent, komoly egészségügyi komplikációkat okoz.

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Családbarát Ifjúsági Szervezete előadások formájában, főként kortárs oktatók segítségével, már az általános iskola felső tagozatában, illetve a középiskolák alsóbb évfolyamain végzi rendszeresen a terhességre való felkészítést. Nagy hangsúlyt fektet az előadások folyamán az egészséges életmódra nevelésre, a károsító tényezők kerülésére, a megfelelő testnevelés hangsúlyozására. Kerülni kell a gerincet túlzottan megterhelő sportokat, gyakorlatokat. A reprodukciós szervek felkészítése, védelme legalább olyan fontos, mint az egész

szervezet felkészítése és védelme. Az STD (szexuális úton terjedő megbetegedések) megelőzése, szükség szerinti kezelésével a meddőség megelőzhető, illetve a méhen kívüli terhességen kívül a vetélések, koraszülések száma is csökkenthető. Az egészségügyi felvilágosítások folyamán fontos tudatosítani, hogy a menstruáció alatti nemi élet

vagy túlzott megerőltetés elősegítheti az endometriosis kialakulását. Fel kell hívni a figyelmet a rendszeres nőgyógyászati vizsgálatokon, ellenőrzéseken való részvételre, a megfelelő női higiénia megtanulására. Tudatosítani kell, hogy a gyermekvállalásra tervezetten és felelős magatartással kell felkészülni.

A házasságról és a családról

Az elmúlt évszázad feléig a házasságokra az évszázadokra visszamenőlegesen is jellemző érdekszővetség volt jellemző. A családi érdekek viszonylagos biztonságot adtak a nők számára. Az utóbbi évtizedekben az élettársi kapcsolatok térhódítása következtében a házasságkötések száma csökkent. Lényegesnek mondható a stabilabb anyagi körülmények mellett a biztonságot és kiegyensúlyozottságot adó környezet adta testi és lelki fejlődés. A házassági kapcsolatból született gyermekek születéskori feltételei is kedvezőbbek. (Párducz 2016)

A hajadon családi állapotú anyáknál vagy az élettársi kapcsolatban élőknél a legrosszabbak a születési feltételek. Pongrácz Tiborné és munkatársa kutatásaikban kimutatták, hogy a kis súllyal született gyermekek 25%-os arányszámban fordulnak elő véletlenszerűen megfogant terhességeknél. A kutatások rámutatnak, hogy a fiatalkori gyermekszülés és a tartós fogvatékosság közt létezik egy nem túl erős kapcsolat.

A 18 éves kor alatt szülőknél a gyermekek 4,5%-a, a 18 éves vagy későbbi életkorban szült gyermekeiknél 3,1%-a szenved valamilyen tartós fogvatékossággal. A 18 éves kor előtt és a későbbi életkorban született gyermekek krónikus betegségeiben 1,4% pontnyi eltérés van: az előbbieket 6,3% az utóbbiak 7,7%-a szenved valamilyen krónikus betegségben. A különbség még kisebbre tehető a légzőszervi betegségeknél (3,2 – 3,8%). (Pongráczné és S. Molnár 1994)

A kis súllyal vagy idő előtt születettek önállósulása hátrányosnak mondható. Ugyanez vonatkozik a testi és lelki fejlődésükre is. Ezen negatív hatásokat a szülők hátrányos anyagi lehetőségei még kifejezettebbé teszik. (Párducz 2016)

A fiatalkori, azaz kamaszkori terhesség a születési ténykedéseink egyik problémakörét jelentik,

hiszen a fiatal szervezetre nagy hatással bíró terhesség komoly szövődményeket okozhat a szüléseknél. Az általános iskolában, illetve középiskola alsóbb osztályaiban ismertetni kell a pozitív családtervezés céljait, azaz a terhességre való felkészülést, a terhesség legyen kívánt és óvott, a szövődmények így előzhetőek meg leginkább.

Az életmódbeli veszélyek, illetve betegségek, egyes hajlamosított tényezők már jelen lehetnek a fogantatás előtt is. A fogantatáskor, az embrio genesist megelőző, illetve az alatti életmódnak nagyon nagy jelentősége van. A fogantatás pillanatának optimális megtervezését, illetve kivitelezését kell hangsúlyozni. Az ártalmakat lehetőség szerint el kell kerülni, így a gyógyszerfogyasztást, alkohol, nikotin, drogfüggőséget úgyszintén. Amennyiben a krónikus betegség miatt tartós gyógyszerhasználatra van valaki beállítva, úgy az alapbetegség szerinti szakmák szakorvosait kell a tervezett terhesség előtt felkeresni, hogy a szedett gyógyszereknek van-e teratogén hatásuk, szükséges-e az adott gyógyszer átállítása a fejlődő magzat szempontjából.

A várandósságnak ennek alapján nem kilenc, hanem 12 hónapból kellene állnia, mivel a tervezett terhesség előtt a 3 hónapos felkészülés a terhességre alapvető jelentőséggel bír.

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság más civil szervezetekkel együttműködve vallja, hogy a gyermekvállalásra tervezetten és felelős magatartással kell felkészülni. Társaságunk a közgondolkodást igyekszik megváltoztatni, családbaráttá, gyermekcentrikussá tenni. Társaságunk vallja: a fogantatás, az azt megelőző, illetve az az alatti életmódnak, a várandósság alatti ártalmak elkerülésének alapvetően rendkívüli jelentősége van. Régen is népcsoportokon belül jöttek létre a házasságok. Jézus korára a többnejűség csaknem

teljesen háttérbe szorult. Az ószövetségi ember nagyon jól tudta, hogy a nép egységét és szilárd-ságát a családok egysége alapozza meg, ha ezt az alapot támadás éri, akkor az egész közösség kerül veszélybe. Ezért akkoriban a házasságtörést halálal büntették. A társadalom alapja a család, és ha ez a kis közösség (a család) sérül, akkor sérül a társadalom is. Napjainkban a hagyományos felfogást próbálják háttérbe szorítani.

A házasság egy férfi és egy nő egész életre szóló kapcsolata. Előnyeit mi sem bizonyítja jobban annál, mint a legújabb amerikai hosszú távú követéses vizsgálat eredményei:

az elvált férfiak 2.37-szer, az elvált nők kétszer nagyobb valószínűséggel haltak meg 1941 és 2006 között, mint a házastársaik. Ez a különbség szignifikáns maradt akkor is, ha az adatokat az ismert kockázati tényezők szerint korrigálták, bár a házasok között a különböző önkárosító magatartási formák (dohányzás, kóros alkoholfogyasztás) is jelentősen ritkábbak. (Dupre et al 2009)

Az 1960-as évek kezdetétől paradigmaváltás következett be a családalapítás és a gyermekvállalás területén. A házasságkötések 40%-a végződött válással. A nők munkába állása, a családi környezet, mint minta, az egyházak, a vallás befolyásoló sze-

repe háttérbe szorult. A házasságot, mint szentséget az 1970-es évektől kezdődően az együttélés váltotta le és kezdte el a fokozatos térhódítását.

Hinnünk kell azt, hogy van megoldás ezekre a problémákra.

Ösztönöznünk kell az optimális korcsoportban történő gyermekvállalást. Az első gyermek 20-25 éves korban, a második gyermek 25-30 éves korban, a 3. gyermek 30-35 éves korban szülessen meg. A korai életkorban történő szülés gyorsítja a társadalom reprodukcióját. Fontos pozitívumként kell hangsúlyozni a fiatal fogamzóképes korúak elvándorlásának csökkenését.

Remélem, lesznek még olyan évtizedek, amikor 20. századi erdélyi magyar líra egyik kiemelkedő képviselőjével, Kiss Jenő költővel együtt gondolkodva mondhatjuk:

*„Ez hát az élet színe, íze, hője,
ez hát a szívünk bíbor dobverője,
ez borul illatba virágnitáskor,
ebben gyűjt dicső máglyákat a mámor,
szédült fejjel az éjbe ki ez űz,
ettől kacag csengettyűket a szűz,
a vizet s földet átal ez cikázza -
Ez hát a vér - a mámorok sirálya!”*

Felhasznált irodalom

- Béres Orsolya, Papházi Tibor (2020) Családi Otthonteremtési Kedvezményben részesültek adatai, 2019. KINCS Gyorsjelentés,
- Dupre, M.E., Beck, A.N., Meadows, S.O. (2009): Marital trajectories and mortality among US adults. *American Journal of Epidemiology*, 170: 546-555.
- Hupucz P.: Terhesség és szülés idős korban. *Nőgyógyászati Szülészeti Továbbképző Szemle* 2012, 1: 5-8.
- Klinger A.: A késői gyermekvállalás problémái www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/
- Luke B., Brown M. B.: Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Reprod.* 2007, 22: 1264-1272.
- Párducz L. Nagyon fiatal és időskorú várandós nők gondozásának szempontjai. In Papp Z. (szerk) *A várandósgondozás kézikönyve* Budapest Medicina Könyvkiadó Zrt. 2016. 67-76
- Párducz L.: Centering Pregnancy: a csoportos terhesgondozás előnyei kommentár *Nőgyógyászati Szülészeti Továbbképző Szemle* 2010, 1: 20-23.
- Pongrácz Tiborné, S. Molnár Edit: Serdülőkorban szült anyák társadalmi, demográfiai jellemzőinek longitudinális vizsgálata. *Népeştudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentései.* 53. Budapest, 1994/4.
- Wang és munkatársai adatai szerint Wang J. et al.: The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet*
1997. évi törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 5. §. o) bekezdése. Megállapította: 2013. évi XXVII. törvény 20. §. (1). Hatályos: 2013. VII. 1-től.

Székely Levente

Tudatos gyermekvállalás és anyagi biztonság

Betekintő

A nagymintás ifjúságkutatás legfrissebb eredményeiből kiderül, hogy a magyarországi fiatalok házasság- és gyermekpártiak. A 15-29 éves, még nem házas megkérdezettek közel háromnegyede szeretne házasságban élni és a gyermektelenek túlnyomó többsége szeretne gyermekeket. A gyermekvállalási tervek megvalósítása szempontjából az anyagi helyzet kiemelkedően fontos, a fiatalok kétharmada ettől teszi függővé, hogy vállal-e (még) gyermeket.

A fiatalok családalapítását és gyermekvállalását ösztönző támogatások közül a legismertebb a CSOK, amelyet a válaszadók 83 százaléka ismer. A támogatások és a gyermekvállalás kapcsolatát vizsgálva a támogatások közvetett, megerősítő hatását igazolják az adatok.

Házasság- és gyermekvállalás

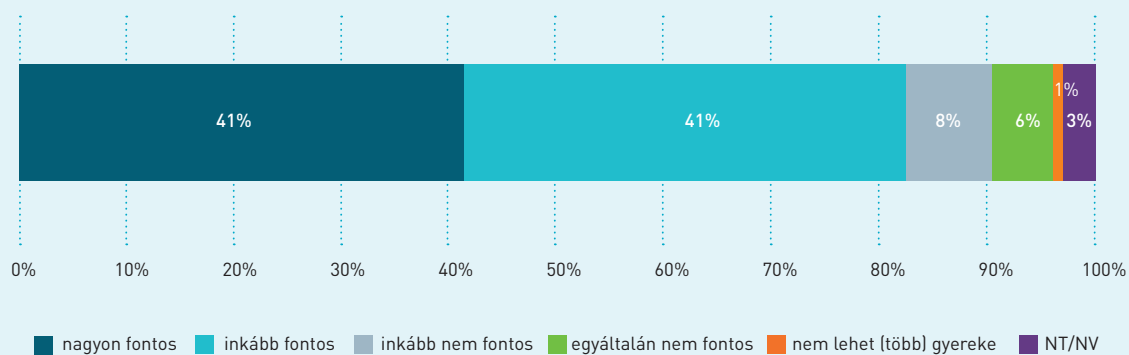
A világ fejlett társadalmaira az elöregedés jellemző. Ennek pozitív következménye, hogy egyre magasabb megélt életkorra számíthatunk. Negatívuma a születések számának visszaszorulása, amelynek többek között a jövőbeli eltartóképességre van hatása. Társadalmunk jövőjét tekintve alapvető kérdés, hogy a fiatalok mennyire tartják fontosnak, hogy családot alapítsanak és gyermekeik legyenek, továbbá érzékelhető-e döntéseikben az elérhető támogatások hatása? Rövid elemzésünkben a nagymintás ifjúságkutatás legfrissebb eredményeire támaszkodva bemutatjuk a 15-29 éves magyarországi fiatalok családalapítási és gyermekvállalási terveit és motivációit. Továbbá megvizsgáljuk a családalapítást és gyermekvállalást ösztönző támogatások esetleges hatásait.

A Társadalomkutató által 8000 magyarországi 15-29 éves fiatal megkérdezésével készített reprezentatív kérdőíves kutatás eredményei szerint a fiatalok 11 százaléka házasságban, 15 százaléka élettársi kapcsolatban él, háromnegyedük azonban egyedülálló. Az egyedülállók aránya az elmúlt évtizedekben lassú növekedést mutatott (Domokos et al., 2021). Az egyedülállók többségnek párkapcsolata sincs, tehát az összes magyarországi 15-29 éves fiatal közel fele nem csak hivatalos státuszát tekintve egyedülálló, hanem ténylegesen sincs párkapcsolata. Az egyedülállók arányának

növekedése a pártalálás nehézségére hívja fel a figyelmet, amelyet a fiatalok maguk is érzékelnek. Csupán kevesebb mint harmaduk ért egyet azzal az állítással, hogy manapság könnyű párt találni. Ugyanakkor törekszenek a párkapcsolat kialakítására, több, mint 80 százalékuk randizott már és a házasság eszménye is népszerű a fiatalok között. A jelenleg nem házasok többsége – akik a 15-29 éves fiatalok 89 százalékát teszik ki – közel háromnegyede szeretne házasságban élni és ugyanezt tanácsolná hozzájuk hasonló korú fiatal párnak. Ebben a tekintetben a legtöbben a házasság előtti együttélést pártolják, kevesen vannak azok, akik egyből házasságkötést javasolnának.

A 15-29 éves fiatalok 86 százalékának nincs még gyermeke, azonban közel ugyanekkora arányban fontosnak érzik, hogy gyermekeik legyenek. Egyforma arányt képviselnek azok, akik nagyon és azok, akik inkább fontosnak érzik a gyermekvállalást. A gyermekvállalást fontosnak tartók között felülreprezentáltak a nők, az idősebb korcsoportba tartozók, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők. A regionális jellemzők is meghatározóak: a legfontosabb a gyermekvállalás az Észak-Alföldön, Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon élők között. A vágyott gyermekek száma csakúgy, mint a négy évvel korábbi adatfelvétel esetében 2020-ban is átlagosan kettő.

1. ábra: Mennyire tartja fontosnak, hogy gyermeke(i) legyen(ek)? Bázis: N2020=8000; százalékos megoszlás



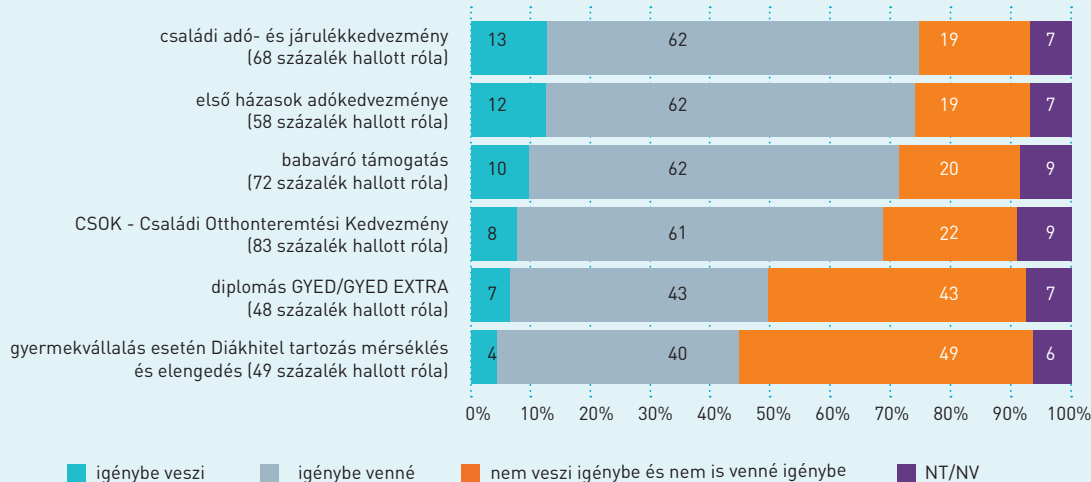
A gyermekvállalás befolyásolói

A gyermekvállalási terveik megvalósítása szempontjából az anyagi helyzet kulcstényező. Kétharmaduk (68 százalék) ettől teszi függővé, hogy vállal-e (még) gyermeket. A többi fontos tényező esetén is találunk anyagi természetű, nagyjából hasonló arányban említik a saját lakást, illetve a biztos munkahelyet (39 és 36 százalék). Hasonló mértékben fontos számukra a megfelelő párkapcsolat (38 százalék) vagy az érettség a szülői szerepre (34 százalék), háromtizedük a házasságot (30 százalék) is megemlíti a feltételek között. Jellemzően egynél több, átlagosan három (3,2) feltételt említenek, valamivel többet azok, akiknek nincs még gyermekük.

A fiatalok családalapítását és gyermekvállalását segítő, ösztönző támogatások többé-kevésbé ismer-

tek a megkérdezett 15-29 évesek körében. A legismertebb támogatás a CSOK (Családi Otthonteremtési Kedvezmény), amelyet a válaszadók 83 százaléka ismer, a babaváró támogatást közel háromnegyedük (72 százalék) említette, a gyermekek számától függő családi adó- és járulékkedvezményt kétharmaduk (68 százalék). Kevésbé ismert támogatási forma az első házások adókedvezménye, amelyről a kérdezettek 58 százaléka hallott, míg a diákhitel tartozás mérsékléséről és elengedéséről, valamint a diplomás GYED és GYED extra minden második (49 és 48 százalék). Függetlenül attól, hogy hallottak-e róla általában többségben vannak azok, akik élnének az adott támogatással (vagy már most igénybe veszik).

2. ábra: Magyarországon különböző kedvezmények, támogatások vannak, amelyekkel a fiatalokat segíti az állam. Hallott-e Ön a következőkről...? És igénybe veszi-e jelenleg vagy ha nem Ön szerint igénybe fogja-e venni 2-3 éven belül...? Bázis: N2020=2000; százalékos megoszlás



Támogatások hatása a családalapításra és gyermekvállalásra

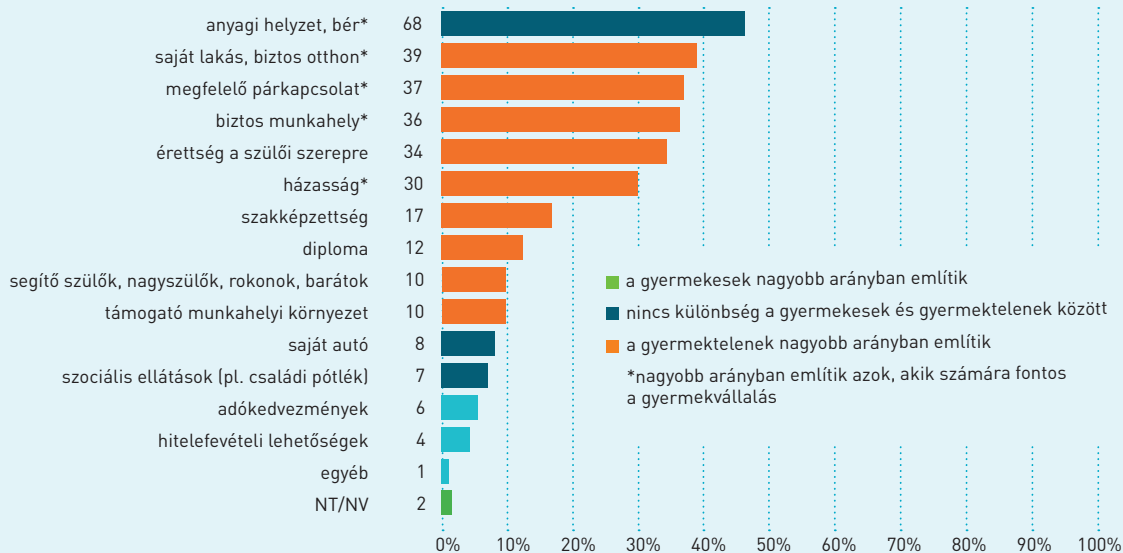
A családalapítást és a gyermekvállalást nem lehet pénzügyi kérdésként megítélni, legalábbis abban az értelemben nem, hogy a családot alapító és gyermeket vállaló fiatalok döntésének közvetlen anyagi motivációját firtatjuk. Mindazonáltal közvetett módon mégis vizsgálható, hogy a különböző támogatási formák ismerete és igénybevétele mutat-e összefüggést a házasság vagy a gyermekvállalás fontosságának megítélésével. Már csak azért is érdekes egy ilyen vizsgálat, mert a mások viselkedésével kapcsolatban az anyagi motiváció sejtése jelen van. A megkérdezett fiatalok fele (51 százalék) inkább vagy teljes mértékben egyetért azzal, hogy sok fiatal kizárólag az anyagi támogatások (adókedvezmény; CSOK) miatt köt házasságot, mindez érvényesnek tekinthető az egyedülállók, a házasok és az élettrással együtt élők csoportjában egyaránt, bár belső hangsúlyeltolódásokat érzékelhetünk.

Az adatok összetettebb vizsgálata azt mutatja, hogy a gyermekesek – akik a 15-29 évesek 14 százalékát teszik ki – statisztikai értelemben is magasabb arányban ismerik a különböző támogatási formákat, ami érintettek lévén logikus is. A gyermekvállalás fontosságát hangsúlyozók jóval magasabb arányban ismerik a vizsgált támogatásokat, pl. azok, akik számára nagyon fontos, hogy gyermekei legyenek szinte mindenki (91 százalék)

hallott a CSOK-ról, míg, akik számára nem fontos, csak minden második (51 százalék). A hatás irányát vizsgálva – ti. a támogatások következménye a gyermekvállalási kedv növekedése vagy a gyermekvállalási kedvvel bírók ismerik-e jobban a támogatásokat – a gyermekvállalási kedv elsődlegességét mutatják, ami a támogatások közvetett, megerősítő hatására utal.

A kétváltozós statisztika szerint az anyagi jellegű támogatások elsősorban abban a csoportban számítanak, ahol a gyermekvállalás fontos cél. Akik számára inkább, vagy nagyon fontos, hogy gyermekeik legyenek, átlag felett említik a gyermekvállalás feltételeként az anyagi helyzetet, a saját lakást, a biztos munkahelyet, a megfelelő párcapcsolatot és a házasságot. Tanulságos, hogy a gyermekesek és gyermektelenek között statisztikai értelemben nincs különbség abban a tekintetben, hogy a jövőbeli gyermekvállalás feltételeként tekintenek-e a megfelelő anyagi helyzetre. A gyermekesek számára ugyanakkor gyakrabban említett okot jelentenek a szociális ellátások, az adókedvezmények, hitelfelvételi lehetőségek. Akiknek (még) nincs gyermekük gyakrabban említik a biztos egzisztenciát (lakást, munkahelyet, képzettséget), a megfelelő párcapcsolatot és a szülői feladatokra való érettséget.

3. ábra: Mitől függ az, hogy vállal-e (még) gyermeket a jövőben? Bázis: N₂₀₂₀=7924/8000; több válasz lehetséges, akiknek lehet gyermeke, százalékos megoszlás



Felhasznált irodalom

Domokos, T. – Kántor, Z. – Pillók, P. – Székely, L. (2021):
Magyar Fiatalok 2020 Kérdések és válaszok - Fiatalokról, fiataloktól.
Erzsébet Ifjúsági Alap. ISBN 978-615-6198-06-8

Pári András

Egyszerre kettő?

Az asszisztált reprodukció (mesterséges tényező) és az anyák gyermekvállalási életkorának (természetes tényező) szerepe az ikerszületések alakulásában

Betekintő

Az ikerkutatások napjainkban egyre inkább előtérbe kerülnek; a vizsgálatok eredményeiről több orvosi-biológiai és genetikai tárgyú cikkben olvashatunk (Euro-Peristat, 2004, 2010, 2015), ám számos esetben válaszok helyett további kérdések merülnek fel, amelyek újabb felmérésekre sarkallják a kutatókat. Izgalmas és különleges témáról van szó, de társadalmi szinten, demográfia szempontból tulajdonképpen csak egy szűk csoportot érint. Magyarországon a népesség kb. 2,5-3,5%-ának van iker kötődése. E terület kutatása az utóbbi évtizedekben azért került középpontba, mert egyre több – elsősorban két-petéjű – ikerpár születik, és a genetikai jellemzőikkel összefüggő, valamint a már felnőtt ikrekkel kapcsolatos számos biológiai, orvosi és szociológiai kérdések még válaszra várnak. Az egy-petéjű ikrek száma viszont évtizedek óta stagnál. Arra a jelenségre, hogy az egy-petéjű ikerpárok mitől lesznek, a mai napig nem tudott választ adni a tudomány, vagyis miért osztódik ketté a már megtermékenyült petesejt a méhben és születik két egyforma ember, akiknek a személyisége különböző.

Magyarországon az ikerszületések száma az utóbbi negyedszázadban 35%-40%-kal emelkedett, a többes – hármas, négyes stb. - szülöttek arányának az ikerszülötteken belüli növekedése pedig már az 1980-as évek közepén elindult. Az ikerszületési arányszámok emelkedésének hátterében az „idősebb” – jellemzően a legalább 30 éves – anyák születésszámon belüli nagyobb aránya, az asszisztált reprodukciós eljárásokban részt vevő meddő párok számának növekedése és a gyermekvállalással összefüggő demográfiai magatartás megváltozása játszotta a lehangsúlyosabb szerepet. A magyar anyák átlagéletkora a gyermekük születésekor – hasonlóan a nyugat-európai trendhez – az utóbbi évtizedekben lassan emelkedni kezdett. Jelenleg az anyák életkora a gyermekvállaláskor stagnál, ahogy az ikerszületések arányszáma sem mozdult el egyik irányba sem az utóbbi évtizedben. Ugyanakkor az ikreket váró édesanyák átlagéletkora mindig magasabb volt, mint a teljes népességben az édesanya átlagéletkora.

A növekvő ikerszületés számokkal gyakran hozzák összefüggésbe tehát az asszisztált reprodukciós eljárások elterjedését, mely azonban a megemelkedett ikerszületéseket csak részben magyarázza. Másrészt pedig az anyák átlagéletkora a gyermekvállaláskor növeli az ikerfogadások esélyét. Tehát mesterséges és természetes tényezők együttes közös hatása erősíti az ikerfogadások esélyét.

Ikerkutatások rövid történeti háttere

Az ikervizsgálatok már az ókori orvosokat is foglalkoztatták, azonban a professzionális tudományos elemzések csupán mintegy másfél évszázada kezdődtek. Az újkori tudományos kutatások kezdete a 19. századra tehető, elsőként Sir Francis Galton állapította meg, hogy az ikrek fejlődésére a genetikai tényezőkön túl a környezet is hat. Galton elsősorban orvosi-biológiai szempontból figyelte meg, hogy ha az egypetűjű ikrek – bár géállományuk azonos – nem teljesen ugyanolyanok. Ha a születésüktől kezdve azonos környezeti hatások érnék őket, akkor lennének csak teljesen egyformák (Galton, 1875).

A Hellin formula alkalmazhatósága napjainkban

Ha az eredeti Hellin formulát ($n=89$) alkalmazzuk a mai viszonyokra, akkor láthatjuk, hogy jóval kevesebb ikerpárnak kellett volna megszületnie, mint amennyien valóban meg is születtek. Tehát az ikerszületésszám többlet mögött a gyermekvállaláshoz kapcsolódó tényezők szerepének hangsúlyeltolódásában kell keresnünk a választ. Természetesen ennek hátterében a biológiai-genetikai tényezők, az anyák magasabb életkora a gyermekszületekor, a várandósságok száma, a mesterséges megtermékenyítés, gyógyszeres kezelés és asszisztált reprodukciós eljárások mellett a környezetnek, a megváltozott életritmusnak és néhány kutatás szerint még az étrendnek is kiemelt szerepe van (Zeitlin-Mohangoo, 2008).

Fontos megjegyezni, hogy Hellin formuláját a spontán fogantatások esetén lehetett korábban alkalmazni. A korabeli (19. század végi) Európában – különösen Poroszországban – általánosan $n=89$ volt az a szám, amelyet a képletbe lehetett helyettesíteni. Természetesen ez országonként eltérő volt, már abban az időben is: a skandináv országokban alacsonyabb, a dél-európai és keleti országokban magasabb értéket vett fel az n .

Ma már a Hellin formulába kerülő n értéke jóval alacsonyabb hazánkban, mint korábban volt. 1995 óta nehezen működik ez a formula, az 1997-ben elfogadott egészségügyi törvényt követően pedig egyáltalán nincs relevanciája Magyarországon. Az

Dionys Hellin volt az, aki kutató orvosként a következő statisztikai törvényszerűséget figyelte meg és foglalta össze a róla elnevezett formulában: ha minden n számú egyes szülésre jut egy kettős ikerszülés, akkor minden n^2 várandósságra jut egy hármas, és minden n^3 szülésre jut egy négyes ikerszülés (Hellin, 1895). Az n helyére Hellin korában a 89-et lehetett behelyettesíteni, vagyis minden 89. szülés alkalmával érkeztek (kettes) ikrek, minden 7921-ik szülésből hármasok és 704969 szülés után pedig egy négyfős ikertestvér „csapat”.

arányszámok csökkenésének hátterében egyértelműen a gyermekvállalási magatartás átalakulásához kapcsolódó természetes (pl. gyermekvállalási életkor kitolódása vagy a szülések száma) és mesterséges tényezők (pl. asszisztált reprodukciós eljárások elterjedése és a magzatvédő vitaminok használata) együttes hatása áll. 2003 óta pedig Magyarországon ez az érték 56-64 között (átlag=62) mozgott, tehát a Hellin korabeli ikerszülési esélyek jócskán megemelkedtek, vagyis kevesebb szülés is elegendő ahhoz, hogy nagy valószínűséggel ikerszülés történjen. Fontos megjegyezni, hogy a hármasoknál 2000 és 2007 között az n értéke 30 vagy ennél alacsonyabb, 2009-től pedig 40 fölé emelkedett. Tehát az utóbbi években jóval gyakoribbak voltak az ikerszülések, mint korábban, azonban a hármasok születése valamelyest ritkább lett. (Minél nagyobb az n értéke a Hellin képletben, annál ritkább az ikerszülés és fordítva is igaz.) Négyesekről a csekély szülésszám miatt nincs jelentősége messzemenő következtetéseket levonni.

Becslésem szerint, ha napjainkban ugyanolyan társadalmi, gazdasági, technológiai és környezeti hatások, valamit egészségügyi állapotok, illetve gyermekvállalási magatartások lennének jelen, mint a 19. század végén, akkor évente a jelenlegi kb. 1400-1500 ikerszülés helyett csak 950-1050 ikerszülés történne.

1. táblázat: Ikerszületések száma és a Hellin formula értéke napjainkban, Magyarországon
 Forrás: KSH, Demográfiai Évkönyvek és saját számítás

	Ikerszületések száma			Hellin formula kerekített értéke (n=)
	kettes	hármás	négyes	
1990	1 379	29	-	90
1991	1 406	21	2	89
1992	1 389	31	4	87
1993	1 291	31	2	90
1994	1 307	39	3	87
1995	1 223	30	1	91
1996	1 218	35	1	85
1997	1 234	26	1	80
1998	1 141	29	-	84
1999	1 263	37	1	74
2000	1 281	55	-	75
2001	1 334	53	1	72
2002	1 351	55	1	71
2003	1 463	47	1	64
2004	1 547	64	-	60
2005	1 576	58	-	61
2006	1 743	53	1	56
2007	1 645	61	1	58
2008	1 616	43	1	60
2009	1 655	40	-	57
2010	1 505	36	-	59
2011	1 353	32	-	64
2012	1 424	31	-	62
2013	1 523	36	1	57
2014	1 523	39	2	59
2015	1 417	28	-	64
Átlag (1990-2015 között)	1 416	40	2	71
Átlag (2000-2015 között)	1 497	46	1	62

Statisztika és demográfia, mint az orvosi célú ikerkutatások alapja

A klasszikus ikervizsgálat során az ikrek genetikai hasonlósága (egypetűjű: 100%, kétpetűjű: 50%) segítségével tudjuk felmérni, hogy egy betegség vagy tulajdonság háttérében hány százalékban állnak genetikai vagy környezeti faktorok. A környezeti faktorok lehetnek közösek vagy egyéniek, az elsőre példa lehet az ikrek méhen belüli élményei vagy a család lakóhelyét érintő környezetszennyezés, tehát azok a tényezők, amelyek az ikerpárokra együttesen hatnak. Egyéni környezeti faktorról például az életvitellel összefüggő tényezők kapcsán beszélünk (ide tartozik többek között a dohányzás vagy a testmozgás). Ezt nevezzük ACE modellnek, ahol az A jelenti a genetikai faktort, a C a közös környezeti faktort, az E pedig az egyéni környezeti faktort¹.

A krónikus betegségekben különböző (diszkordáns) egypetűjű ikrek vizsgálatával tudjuk meghatározni, hogy milyen epigenetikai (DNS-en történő, annak aktivitását befolyásoló) változások okozták az egypetűjű ikerpár egyik tagjában a betegség kialakulását, mely a másikban nem (vagy még nem) alakult ki. A demográfiának és a szociológiának az epidemiológián keresztül komoly szerepe van az ikres családok életkörülményeinek, társadalmi helyzetének a feltárásában.

Az első hazai ikrekkel foglalkozó demográfiai összefoglaló 1928-ban, a Magyar Statisztikai Szemlében jelent meg, és így kezdődött: „A többes születés igen érdekes természeti tünemény, mely úgy orvosi, mint társadalmi és statisztikai szempontból is nagy jelentőséggel bír.” (Saile, 1928. 33. oldal). A tanulmány elsősorban demográfiai és szociológiai tényezőkre kitérve foglalta össze a korabeli magyar ikerszületési adatokat. Érdekessége, hogy kitért nemzetiségi és vallási, felekezeti adatokra is, amelyeket azonban ma már nem tartalmaz a születési statisztika, legfeljebb a népszámlálásból tudhatjuk meg.

A statisztika megkülönbözteti az ikerszületést és az ikerszületést. Ikerszületés az, amelynek során az anya ikreket hoz világra (szülés ténye). Az iker-

születések során (újszülöttek száma) pedig az iker gyermekek létszámát mutatja. Ez utóbbi adatból az ikerszületési arányszámot lehet kiszámítani, amely az élve született ikreknek az összes élve születetthez viszonyított arányát mutatja. Fontos figyelembe venni az arányszámok értelmezésekor, hogy a születéseket befolyásoló tényezők is módosít(hat)ják az arányszámokat, nevezetesen a többes szülöttek, vagyis a hármas, négyes, ötös stb. szülöttek száma és a csecsemőhalandóság. Azonban nemzetközileg csak a kettesekre vonatkozó arányszámokat publikálnak és ezen keresztül mérik az egyes országokban az ikerszületési tendenciákat, de természetesen vannak olyan országok pl. Afrikában, Ázsiában, ahol a nyilvántartások pontatlanul kezelik az ikerszületéseket, és így csak becsléseket lehet megadni erre a különleges demográfiai jelenségre.

Az utóbbi évtizedek legmagasabb ikerszületési arányszáma Magyarországon 2006-ban látható, ami 34,6‰-et tett ki. Ilyen vagy ehhez hasonló mértékű ikerszületés a két világháború során történt. A demográfusok már az első világháború idején Európa-szerte megfigyelték az ikerszületési arányok megemelkedését a hadviselő államokban, így hazánkban is. Saile Tivadar, a Magyar Királyi Központi Statisztikai Hivatal tanácsosa erről így írt: „A bevonultak [katonák] távolléte s vele az anyák kor szerint való megoszlásának megváltozása oka a gyakoriság jelzett időbeli megváltozásának. A bevonultak nejei ugyanis túlnyomóan vagy velük egykorúak, vagy még náluk is fiatalabbak voltak, másrészt a fiatalabb korosztályok nagyobb arányszámban vonultak be, mint az idősebbek, s innen az anyák kor szerint való megoszlásában eltolódás állott be.” (Saile 1928, 35. oldal)

Magyarországon 2019-ben 89193 gyermek született, melyből 2972 ikerpár egyik tagjaként látott napvilágot. Közülük 2885-en kettes és 83-an hármas ikerként, négyen pedig négyes ikerpárként születtek, de négyesiker születésekre nincs minden évben példa hazánkban. Ötösikrek a hivatalos

¹ Az additív genetikai hatások vagyis az öröklődés (A), a közös családi környezeti faktorok (C) és az egyéni környezeti tényezők (E) aránya az orvosi jellegű ikerkutatásokban az univariáns kvantitatív genetikai ACE modellek segítségével állapítható meg.

adatok szerint legutóbb 1987-ben születtek. Az iker-születési arányszám (vagyis az ezer élveszületésre jutó – kettes iker élveszületések száma) 2019-ben 32,3‰ volt, mely az utóbbi néhány évtized átlagával egyezett meg (Forrás: KSH, Tájékoztatási Adatbázis).

Interdiszciplináris eredmények

Meg kell említeni, hogy a hivatalos statisztika hiányosságait és az ikerkezhez kötődő orvosi vizsgálatokat kiküszöbölendően az 1970-es években Dr. Métneki Júlia és Dr. Czeizel Endre irányításával létrejött az első magyar ikerregiszter, amely sajnos a rendszerváltás környékén adminisztratív okokból megszűnt. Ennek a felélesztésére, elsősorban orvosi vizsgálatok céljából, Dr. Tárnoki Ádám és Dávid vállalkozott, akik az utóbbi években nemzetközi szinten is elismert eredményeket tettek közzé. A regiszter nálunk az 1970-es években az újdonság erejével hatott – bár ezt kevesen ismerték –, viszont a nemzetközi ikerkutatásokban már elfogadott, sőt olyan adatbázis volt, melyből elsősorban genetikai célú kutatásokra vonatkozó adatokat nyertek ki. A skandináv országokban már az 1950-es években működtek regiszterek, ezek mára több száz ezres állománnyá nőttek és több demográfiai, illetve szociológiai tényező is kutatható belőlük.

Érdekes, hogy ha 2010 óta nem született volna egyetlen ikergyermek sem – ami természetesen nehezen képzelhető el – akkor az utóbbi évtizedben 90 ezer fő alatt maradt volna minden évben a születésszám.

Erre jó példa a több mint 194000 fő iker adatait tartalmazó svéd regiszter (Magnusson et al., 2012). Az ikerkutatásban az ACE modellt használva politológiai témájú kutatások is elemzik az ikerké pártpreferenciáját, illetve politikai viselkedését (Hatemi et al., 2011). Magyarországon legutóbb 2012-ben történt egy szociológiai kérdéseket vizsgáló ikerfelmérés, melyben az ikerké és ikres szülők csoportját egyaránt vizsgálták. Az ikres szülők gyermekeinek az ikerléttel kapcsolatos előnyei és nehézségei kerültek górcső alá (Drjenovszky–Hegedűs–Pári, 2013), valamint az ikertípusok vizsgálata (Hegedűs–Pári–Drjenovszky, 2014) és az ikres családok főbb jellemzőinek bemutatása (Pári–Hegedűs–Drjenovszky, 2015) került előtérbe az Ikerfelmérés 2012 elnevezésű kutatásban. Az utóbbi években felnőttkorú ikerké és az ikerké nyelvi fejlődését vizsgáló hazai kutatások is készültek (Drjenovszky–Hegedűs, 2020 és 2021).

Asszisztált reprodukciós eljárás (ART) és a mesterséges tényezők

Hazánkban az elmúlt közel negyedévszázadban jelentősen nőtt az ikerszületések élveszületésében belüli aránya. Az 1990-es évek végéig az ikerszületések az összes születések számát közel ugyanakkora arányban követték, és különösen nem tértek el egymástól, viszont ezt követően a csökkenő egyesszületések mellett látványosan emelkedett az ikerszületések száma és így az ikerszületési arány is.

A folyamatok hátterében elsősorban a megváltozott jogszabályi környezet áll. (A jogi szabályozáson túl egyébként rengeteg érdekes vallási és etikai kérdés is felvetődik az asszisztált reprodukciós eljárások során.) Az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokra vonatkozó 1997. évi CLIV., az egészségügyről szóló törvény (továbbiakban Eütv.) IX. fejezete és a kötelező

egészségbiztosítás keretén belül igénybe vehető meddőségkezelési eljárásokról szóló 49/1997 (XII. 17.) népjóléti miniszeri rendeletet lehetővé tette a reprodukciós eljárásban való részvételt, így a meddő párok számára öt beavatkozás ingyenessé vált. A kezelések során – a sikeresség érdekében – ekkoriban több embrióút ültettek be az anya méhébe, a több magzatból pedig több meg is született, így megemelkedett az ikerszületések és többes születések száma. Egy 2001-es törvénymódosítást követően az öt ingyenes kezelés során az első gyermek megszületése után lehetőség volt újabb terhesség vállalására az öt finanszírozott beavatkozásig, azonban a további beavatkozásért fizetni kell.

Az európai reprodukciós intézetekből az asszisztált reprodukciós eljárásokban résztvevő nők

30–35%-a szült gyermeket, azonban ez az arány nagymértékben életkorfüggő is. A reprodukciós eljárásokkal foglalkozó intézetek (például Kaáli Intézet, Pannon Reprodukciós Intézet, Versys Clinics, Dévai Intézet) 2000-es évek eleji statisztikáiból kitűnik, hogy az ikerszülési arányok az asszisztált reprodukciós eljárások miatt jóval magasabbak, mint a természetes úton fogant ikerpárok aránya. Kaáli szerint „*a megszületett gyerekek számát csak becsülni lehet, az ikerszülések gyakorisága miatt mintegy 15–16 ezer szülésből több mint 20 ezer gyermek született*”² – amióta Magyarországon elérhető a lombikbíbiprogram. Ez egyértelmű következmény, hiszen a mesterséges megtermékenyítés során a több megtermékenyített petesejt – majd beültetett embrió – közül nagyobb valószínűséggel több is megszülethet. Míg a természetes terhességekből általában 2–3%-ban születnek ikerpárok, addig a mesterséges megtermékenyítés során az utóbbi években ez az arány 20% körül alakult (Pári, 2011). Az 1990-es években nemzetközi viszonylatban

a mesterséges megtermékenyítéssel foglalkozó intézetekben született gyermekek közel 30%-a volt ikerpár egyik tagja. Fontos megjegyezni, hogy a hármasok aránya 0,5–1% körüli volt a mesterséges megtermékenyítésből született ikerpárok között, ami kb. 15–25-szöröse a természetes úton született hármasokénak (De Mouzon et al., 2006). Érdekes, hogy az 1980-as évtizedben az ikerszülésen belül megemelkedett a többesek aránya, mely hazánkban ez az évtized végén, a rendszerváltás előtti évektől érzékelhető. Ez a jelenség tehát már egyfajta előzménye volt az 1990-es években megindult, az ikerszületési arányokban tapasztalt erőteljes emelkedésnek. A többes szülések – ezen belül is a hármasok – arányának növekedésére a politikai-gazdasági rendszer átalakulása jelentős hatással volt. Ugyanis 1989 után egyre nyitottabb lett országunk, és ennek következtében a Nyugat-Európából hazánkba kerülő fogamzásgátló és fogamzássegítő módszerek, illetve eszközök elterjedése révén is megemelkedhetett a többesek megfogása és születése (Pári, 2011).

Természetes (demográfiai) tényezők hatása: a termékenység és az anya átlagéletkora a gyermekvállaláskor

Ha egy nő idősebb korban vállal gyermeket, akkor biológiai, genetikai és környezeti, továbbá demográfiai hatások következtében nagyobb lesz az esélye, hogy ikrekkel legyen várandós. A 19. század végén és a 20. század elején viszonylag magas volt az ikerszülések aránya Európában, különösen a skandináv országokban. Svédországban például a 19. század második felében – a jelentős területi különbségek mellett – különösen magas ikerszülési arányt figyeltek meg a vidéken élő anyák körében (Eriksson–Fellman, 2004). A vidéki közösségek szeparációját az iparosodás lassan kezdte feloldani, és ezzel az ikerszülési arányok is mérséklődni kezdtek az 1920-as évektől. Európa protestáns nyugati és északi országaiban a nők a korabeli átlaghoz képest idősebb korban

vállaltak gyermeket, ezzel ott az ikerszülés esélye is növekedett. Kelet-Európában és a dél-európai katolikus országokban a fiatal korban kötött házasságok révén kevesebb ikergyermek jött világra, összhangban a Szentpétervár–Trieszt-vonal hatással (Hajnal, 1965), ezért a Hellin szabályhoz kapcsolódó n magasabb értéket vett fel. Azonban az utóbbi országokban, ahol nem volt ritka a 6–8 gyermekes nagycsalád, az ikerfogantatás esélye is megnőtt, egyrészt az anya életkorának emelkedésével, másrészt azért, mert a korábbi szülések is megnövelték az ikerszülésre való esélyt. Ennek hátterében biológiai tényezők, nevezetesen az anyák agyalapi mirigyének jellegzetes működése állt, amire a 20. században adtak választ a biológusok, a kutató orvosok (Acsádi-Czeizel, 1970).

²Interjúrészlet Kaáli Géza professzorral, a Kaáli Intézet főigazgatójával 2010 októberében: http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/lombikbebi_modszer_magyarorszagon/164001/ (A Kaáli Intézetben 1992-től van lehetőség lombikbíbiprogramokban való részvételre.)

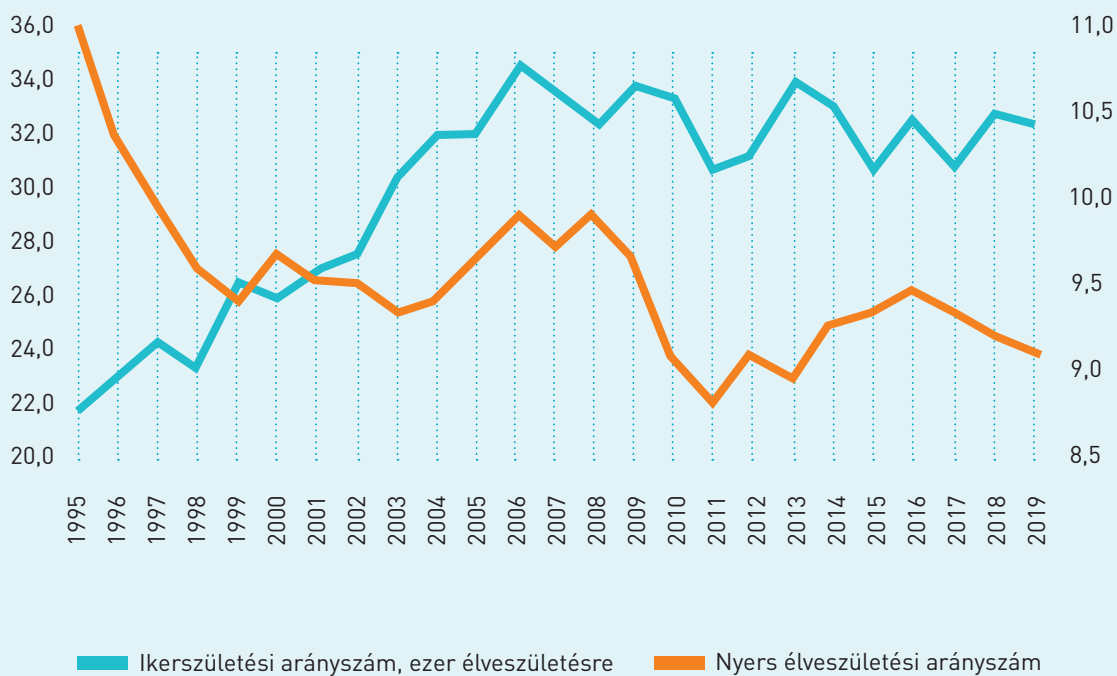
Európa legtöbb országában a két világháború között viszonylag magas volt az ikerszülések aránya, amit az 1940-es évek végétől kezdve egy általánosan csökkenő tendencia követett egészen az 1970-es évekig. Ez az időszak egybeesik a második világháborút követő baby-boom időszakával, amikor a fiatalabb kohorszokba tartozó, vagyis a húszas évek elején járó anyák nagyobb arányban szültek gyermekeket, mint a harmincas vagy idősebb korú társaik (Wood 1997).

Sajnos a második világháborúban több országban, így hazánkban sem készült pontos nyilvántartás az ikerszületésekről, jobb esetben csak az ikerszülések számát írták össze. Bár a háború első éveiben nyilvántartott ikerszülési statisztikákból egyértelműen látszik, hogy több iker született, de a kieső évek adatait csak becsülni tudjuk. A hazai ikerszületések a nemzetközi trendekkel azonos módon alakultak 1945 és 1980 között. Ezután a fejlett országokban a következő két évtizedben elkezdődött egy újabb „korszak” az ikerszületések alakulásában (Pison, 2006). Az 1970-es évekre

az ikerszülési arányszám például a skandináv országokban közel a felére esett vissza a század elejihez képest (Strandberg–Hoem 2004). Az 1980-as években stagnált – sőt némely országban már elkezdett emelkedni – az ikerszülések aránya (Pison-D’Addato 2006), majd az 1990-es évek közepére már a század eleji értékek fölötti arányszámot mértek több országban.

Az 1990-es években – a magzatvédő vitaminok használata, az asszisztált reprodukciós eljárások és mesterséges megtermékenyítés, a gyógyszeres kezelések, továbbá az anyák gyermekvállalásának későbbi életkorra tolódásának hatására – látványosan emelkedni kezdett az ikerszületési arányszám. A fejlett országokban az 1980-as évek közepétől a 2000-es évek közepéig, végéig tartott az ikerszületések „aranykora”, több országban látványosan emelkedtek az arányszámok (Pison, 2006; Monden-Pison-Smits, 2021). Nálunk ennek a korszaknak a kezdete a kilencvenes évek közepétől valamivel több, mint egy évtizedig tartott, azóta magas (30-34 ezrelékes) szinten tetőzik.

1. ábra: Születési és ikerszületési arányszámok alakulása Magyarországon, 1995-2019 között.
Forrás: KSH, Demográfiai Évkönyvek és saját számítás



Ikerszociológiai vizsgálat (2012) Magyarországon

Az ikres családokról nagyon keveset tudunk a hivatalos statisztikák alapján, hiszen, ha nyilvántartják őket, akkor nem publikálják ezeket az adatok, csekély jelentőségük, kis társadalmi súlyuk miatt. 2012-ben zajlott legutóbb ilyen irányú kutatás, ahol az ikreket nevelő családokat, és külön a felnőtt ikrek társadalmi szociológiai jellemzőit is vizsgáltuk (Drjenovszky-Hegedűs-Pári, 2013).

Az anya életkora befolyásolja az ikrek nemét, és azt, hogy egypetéjű vagy kétpetéjű ikrekről van szó. Az ikres anyák a 31,2 éves átlagnál idősebb korban (31,9 éves) nagyobb valószínűséggel szülnék kétpetéjű fiú páros ikreket, míg fiatalabb korban (30,5 éves) az egypetéjű lányok foganása valószínűbb. Az anya életkorának előrehaladtával időrendi sorrendben az egypetéjű lányok, majd kétpetéjű vegyes párosok, egypetéjű fiúk, kétpetéjű lányok és kétpetéjű fiúk születése a domináns. Természetes úton fogant a kutatásban részt vevő anyák ikergyermekeinek a 70 százaléka. Egypetéjűek természetes úton történő foganása gyakoribb, kétpetéjű iker szülöttek esetén 35-40 százalékban jelenik meg az asszisztált reprodukciós eljárás hatása. Az ikres családok 44 százaléka nagycsaládos, jellemzően legalább egy, az ikreknél idősebb testvér található ezekben a családokban (Pári-Hegedűs-Drjenovszky, 2015).

A 2012-es felmérésben részt vett ikres szülők általában az átlagnál magasabb iskolai végzettségűek, magasabb státuszú beosztásban dolgoznak. Az anyák ötöde, az apák közel harmada legalább alsósintű vezető. Zigozítás tekintetében – vagyis az a tény, hogy egypetéjű vagy kétpetéjű az ikerpár – nincs eltérés a vezető beosztású anyák és apák ikergyermekei között.

Az ikres családok anyagi helyzetüket a gyermekek születésekor jobbnak ítélték meg, mint a kutatás időpontjában. Az apák nagyobb arányban válaszolták, hogy a család anyagi helyzete nagymértékben romlott az ikrek születését követően. Anyagi helyzet alapján a válaszadók három csoportba sorolhatóak, közülük a jómódúak helyzete romlott leginkább, saját bevallásuk szerint. Az anyagi helyzetükről pozitívan vélekedők jellem-

zően 30 évesnél fiatalabb anyák, a természetes úton fogant ikrek aránya átlag feletti (82%), a gyermekek már legalább iskoláskorúak, közel kétharmaduknak van legalább további egy testvére.

Az anyagi helyzetükről negatívan vélekedők jellemzően 31,7 éves vagy idősebb anyák, körükben a természetes úton fogantak aránya átlag alatti (62%), jellemzően óvodás korú ikreik vannak, és közel kétharmaduknak nincs további gyermeke. Az anyagi helyzetükről negatívan vallók 70 százaléka az ikrek születésekor az átlagosnál jobb vagy kifejezetten jobb helyzetben volt, vagyis ehhez képest romlott a helyzetük, tehát egy már meglévő viszonylag stabil és kiszámítható (átlagosnál jobb) anyagi helyzetből való visszalépés történt. A válság hatása és az élethelyzetből adódó nehézségek az ikres családok körében átfedik egymást.

A születés utáni időszakot igen megterhelőnek és intenzívnek értékelték a szülők. Vannak, akik csupán az első félévre tették ezt az időszakot, mások az első 2-3 évet jellemezték hasonlóan. *„Se éjjelem, se nappalom..., nagyon-nagyon kimerítő és fárasztó volt úgy, hogy egyedül voltam velük.”*; *„Csecsemőkorukban »futószalagszerűen« ment az etetés, altatás, kevesebb idő volt babusgatni őket.”* Egyéves kor alatt igen komoly szervezést igényel a gyermekek ellátása. Csecsemőkorukban az ikrek kimeríthetetlen energiát és időt igényelnek, ami hatalmas fizikai leterheltséget jelent nem csupán az édesanyának, hanem sok esetben az édesapának is. A szülők folyamatos túlterheltségről, stresszről és alváshiányról, a pihenési lehetőség teljes hiányáról számoltak be, ami szinte felemészti őket. *„Szinte semmire nem jut időm, idegesebb vagyok, hisz ha az egyiket befejeztem, tudom, hogy van még egy másik is. Nincs lazálás és nyugodt óra, csak a hajtás...”. A legtöbb családban igen szoros napirendet követnek. Játékra alig van idő az egész napot kitöltő kötelező teendők mellett. „Dupla munka a gyermekekkel – pl. dupla pelenkázás, fürdetés, tornáztatás, mosási és vasalási mennyiség, kaja, amit nekik kell készíteni (személyre szabva) –, gyakran alszanak felváltva, ami megnehezíti a házimunka végzését.”*

Összegzés

Ikerkutatásról a szociológiai elemzésekben alig találunk hivatkozásokat, jobbra csak orvosi témájú vizsgálatokban jelenik meg a téma. Az ikerszületések vizsgálata során megkerülhetetlen az asszisztált reprodukciós eljárások (ART), mint mesterséges tényező és a demográfiai, természetes tényezők, mint az anyák átlagéletkora a gyermekvállaláskor illetve a termékenység, korábbi várandósságok, a családi állapot szerepét kiemelni. Az ikerszületések demográfiai jellege mögött a biológiai-genetika jellemzők mellett társadalmi tényezők is érvényesülnek, elsősorban a gyermekvállalási magatartással összefüggésben, de a törvényi, jogi környezet változása is megváltoztathatja az ikerszületések számának alakulását. A Hellin formula az elmúlt évtizedekben részben

alkalmazható az ikerszületések jelenlegi számának meghatározására és követésére. Tulajdonképpen az asszisztált reprodukciós eljárások következménye, hogy – elsősorban a megemelkedett hármasiker születések miatt – a Hellin formulába illeszthető érték teljesen új (alacsonyabb) értékekkel értelmezhető napjainkban. Az elmúlt évtizedekben a mesterséges eljárások következtében és az anyák kitolódott gyermekvállalási életkora összhatásaként egyre több ikergyermek születik, melynek demográfiai hatása jellemzően kevésbé, viszont szociológiai hatása a tudomány és a gyakorlat terén egyre nagyobb teret hódít. Az ikres családokról keveset tudunk, alaposabb és mélyreható vizsgálatok szükségesek ennek a speciális családtípusnak a megismerésére.

Felhasznált irodalom

- ACSÁDI, GY. – CZEIZEL, E. (1970): A többes születések jellemzői Magyarországon. *Demográfia*, 4.
- AXELSDÓTTIR, I.- AJNE, G. [2019]: Short-term outcome of the second twin during vaginal delivery is dependent on delivery time interval but not chorionicity, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39:3, 308-312, DOI: 10.1080/01443615.2018.1514490
- Childlessness and Assisted Reproduction in Europe. Families And Societies. Working Paper Series. 69. 2017. <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2017/02/WP69Pragetal2017.pdf>
- D'ALTON-HARRISON R., [2014]: Mater semper incertus est: Who's your mummy?, *Medical Law Review*, Volume 22, Issue 3, Summer 2014, Pages 357–383, <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwt047>
- Euro-Peristat Project, with SCPE, Eurocat, Euroneostat. [2004, 2010, 2015]. *European Perinatal Health Report*. Retrieved from www.europeristat.com
- <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>
- https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf
- DE MOUZON J, Goossens V, Bhattacharya S, Castilla JA, Ferraretti AP, Korsak V, Kupka M, Nygren KG, Nyboe Andersen A [2006] European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe [2006]: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*. 2010 Aug;25(8):1851-62. doi: 10.1093/humrep/deq124. Epub 2010 Jun 22. PMID: 20570973.
- DRJENOVSKY, Zs., HEGEDŰS, R.– PÁRI A. [2013]: Az ikerhellyel járó pozitívumok és nehézségek, *Socio.hu* (4): 54-88.
- DRJENOVSKY, Zs., HEGEDŰS, R. [2020]: Az ikrek nyelvi fejlődése, különös tekintettel az ikernyelvre In: Balázs, Géza; Pölcz, Ádám (szerk.) *A gyermek szemiotikája* Budapest, Magyarország : Magyar Szemiotikai Társaság (2020) 292 p. pp. 265-277. , 13 p.
- DRJENOVSKY, Zs., HEGEDŰS, R. [2021]: Ikerként felnőni: egy szülők körében végzett felmérés eredményei In: Furkó, Péter; Szathmári, Éva (szerk.) *Tudomány, küldetés, társadalmi szerepvállalás : STUDIA CAROLIENSIA - A Károli Gáspár Református Egyetem 2020-as évkönyve*. Budapest, Magyarország : Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó (2021) 503 p. p. 219 , 22 p.
- ERIKSSON, A. W. – ABBOTT, C. – KOSTENSE, P. J. – FELLMAN, J. O. [1995]: Secular Changes of Twinning Rates in Nordic Populations. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*. Vol. 44. No. 3-4. pp. 141-162.
- ERIKSSON, A. W. – FELLMAN, J. [1967]: Twinning and Legitimacy. *Hereditas*. Vol. 57. No. 3. pp. 395-402.
- FELLMAN, J., – ERIKSSON, A. W. (1990). Standardization of the twinning rate. *Human Biology*, 62, 803-816.
- FELLMAN, J., – ERIKSSON, A. W. (2002). On the standardisation of the twinning rate. *Twin Research*, 5, 19-29.
- FELLMAN, J. – ERIKSSON, A. W. [2008]: Maternal age and Temporal Effects on Stillbirth Rates. *Twin Research and Human Genetics*. Vol. 11. Issue 5. pp. 558-566.

FELLMAN, J. – ERIKSSON, A. W. [2009]: On the History of Hellin's Law. *Twin Research and Human Genetics*. Vol. 12. Issue 2. pp.183–190

GALTON, F. [1875]: The history of twins, as a criterion of the relative powers of nature and nurture, *Fraser's Mag*, vol. 12 (pg. 566-576) Reprinted with revisions in Galton F. *The history of twins, as a criterion of the relative powers of nature and nurture*. *J Anthropol Inst* 1875; 5:391–406 (Reprinted in *Int J Epidemiol* 2012;41:905–11)

HAJNAL, J. [1965]. *European Marriage Patterns in Perspective*. In D. V. Glass & D. E. C. Eversley (Eds.), *Population in History. Essays in Historical Demography. Volume I: General and Great Britain* (pp. 101-143). New Brunswick (U.S.A.): Aldine Transaction.

Hatemi, P. K., Hibbing, J. R., Medland, S. E., Keller, M. C., Alford, J. R., Martin, N. G., & Eaves, L. J. [2010]. Not by twins alone: Using the extended twin family design to investigate the genetic basis of political beliefs. *American Journal of Political Science*, 54, 798–814.

HEINO, A. – GISSLER, M. – HINDORI-MOHANGOO, AD. et al. [2016]: Variations in Multiple Birth Rates and Impact on Perinatal Outcomes in Europe. *PLoS One*;11(3):e0149252. Published 2016 Mar 1. doi:10.1371/journal.pone.0149252

HEGEDŰS R. - PÁRI A. - DRJENOVSKY Zs. - KÓNYA H. [2014]: Twinship as a resource zygoty- and gender-based comparison of twins' attitudes toward twinship. *Twin Res Hum Genet*. 2014;17(5):376-382. doi:10.1017/thg.2014.51

HEGYI, B. E., DOMBI, E., NÉMETH, G. L., & PÁSZTOR, N. [2019]: Az infertilitás hatása az érintett párok lelki egészségére. *MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA*, 82(5), 273-277.

HELLIN, D. [1895]: Die Ursache der Multiparität der uniparen Tiere überhaupt und der Zwillingschwangerschaft beim Menschen insbesondere. Seitz und Schauer, München

LINDROOS, L. - ELFVIN, A.- LADFORS, L. et al. [2018]: The effect of twin-to-twin delivery time intervals on neonatal outcome for second twins. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 36 <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1668-6>

MARTIN, J. A. – HAMILTON, B. E. – OSTERMAN, M. J. K. [2012]: Three Decades of Twin Births in the United States, 1980–2009. *NCHS Data Brief*. No. 80. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db80.htm>

MONDEN, C. - PISON, G. - SMITS, J., (2021). Twin Peaks: more twinning in humans than ever before. *Human Reproduction*, 36(6), 1666-1673.

PÁRI A. [2011]: A megemelkedett ikerszületési arányszámok körülményei és területi vonatkozásai Magyarországon. *Területi Statisztika*. 14. (51.) évf. 6. sz. 620–637. old.

PÁRI, A. [2014]: Main Characteristics of Hungarian Twin and Multiple Births in Official Statistics. *Twin Research and Human Genetics*. Vol. 17. Issue 5. pp. 359–368. doi:10.1017/thg.2014.52

PÁRI A. - HEGEDŰS R. - DRJENOVSKY Zs. [2015]: Ikrék a családban, *Statisztikai Szemle* 93. évf. 7. sz. 689-712. old.

PISON, G. [2000]: Nearly Half of the World's Twins are Born in Africa. *Population et Sociétés*. No. 360. pp.1–4. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18789/publi_pdf2_pop_and_soc_english_360.en.pdf

PISON, G. – COUVERT, N. [2004]: The Frequency of Twinbirths in France. The Triple Influence of Biology, Medicine and Family Behaviour. *Population-E*. Vol. 59. Issue 6. pp. 765–794.

PISON, G. – D'ADDATO, A. V. [2006]: Frequency of Twin Births in Developed Countries. *Twin Research and Human Genetics*. Vol. 9. Issue 2. pp. 250–259.

PISON, G. – MONDEN, C. - SMITS, J., [2014]: Is the twin-boom in developed countries coming to an end? *Documents de Travail*. No. 216. Institut National d'Études Démographiques (INED), Paris <http://www.ined.fr/en/publications/document-travail/twin-boom-in-developed-countries/>

PISON, G. – MONDEN, C. - SMITS, J., [2015]: Twinning rates in developed countries: trends and explanations. *Population and Development Review*, Wiley-Blackwell, 41 (4), pp.629-649. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1728-4457.2015.00088.x> <hal-02078718>

SAILE, T. [1928]. A többes születések statisztikája. *Statisztikai Szemle*, 1, 33–43.

STRANDBERG, M. – HOEM, J. M. [2004]: Childbearing patterns for Swedish mothers of twins, 1961–1999. *Demographic Research*, 11., 421-454. <http://www.demographic-research.org/volumes/vol11/15/11-15.pdf>

SMITS, J., - MONDEN, C. [2011]: Twinning across the Developing World. *PLoS one*, 6(9), e25239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025239>

UNICEF [2016]: Assessment of the effect of twin births, reference periods and birth subsets on low birth weight estimates, *MICS Methodological Papers*, No. 3

UNITED NATIONS, *Population and fertility database*, Source: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/data.asp>

UNITED NATIONS, *Demographic Yearbook* [2018] https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2018/

WEINBERG, W. [1901]: Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Mehrlingsgeburten beim Menschen. *Pflügers Arch. Ges. Physiol.* 1901. 88. 346—430. p.

WOOD, R. [1997]: Trends in multiple births, 1938–1995. *Population Trends*, 87.

Roma nők gyermekvállalási attitűdjei a felzárkózó településeken

Betekintő

A felzárkózó települések demográfiai helyzetének elemzésekor az országos viszonyoktól nagymértékben eltérő szociodemográfiai és gazdasági háttérű családokat találunk. Ebből fakadóan a társadalmi problémák is eltérőek, és sok esetben, ha azok egyeznek is a teljes társadalom problémáival, súlyosabb mértékben fordulnak elő. A felzárkózó településeken, Magyarországon egyedülálló módon a reprodukciós szintet meghaladó gyermekszületéssel számolhatunk, ahol a teljes termékenységi arány (TTA) 2,46 (Bocz-Antal 2020), szemben az országos 1,56-os (KSH, 2020) adattal. Nem egyszerűen csak több gyereket vállalnak a családok, hanem az anyák korábban is szülik meg első gyermeküket. Tízből három nő 18 éves kora előtt már anyává válik; kétharmaduk pedig legkésőbb 20 éves korára már világra hozta első gyermekét (Janky 2005). Kutatásunkban ennek háttérét vizsgáltuk.

Bevezető

A „Felzárkózó települések” (FETE) hosszú távú programját 2019-ben indította a kormányzat, melynek célja a 300 leghátrányosabb helyzetű magyarországi település felzárkóztatása, szociális- és infrastrukturális ellátottságának fejlesztése, és az ott élő emberek és közösségek életében pozitív, előremutató változások előidézése, a fogantatástól a foglalkoztatásig átívelően. A települések szakaszosan kerülnek bevonásra, 2019-ben 31, 2020-ban pedig már 67 településen kezdődtek meg a felzárkózási intézkedések. A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért Társadalmi Csoportok Kutatóköz-

pontja 2020 ősze és 2021 tavasza között az 1404/2019. (VII. 5.) a „Felzárkózó települések” hosszú távú programjának megalapozásáról szóló, valamint a „Felzárkózó települések” és a gazdaságélénkítő program folytatása érdekében teendő további intézkedésekről szóló 1186/2020 (IV.28.) kormányhatározatokban nevesített 67 felzárkózó település közül 10 településre kiterjedő kutatást végzett az alábbi településeken:

Csenyéte, Gadna, Hernádvécse, Kistolmács, Mátraverebély, Mezőladány, Nyírpilis, Piskó, Szakácsi, Tiszabő.

1.táblázat: Kutatásba bevont települések (TTA adatok: KSH 2020, 2010-19 évi átlagszámok)

Település	TTA	Járás	Megye
Csenyéte	5,62	Encsi	Borsod-Abaúj-Zemplén
Gadna	6,35	Szikszói	Borsod-Abaúj-Zemplén
Hernádvécse	3,97	Encsi	Borsod-Abaúj-Zemplén
Kistolmács	1,49	Letenyei	Zala
Mátraverebély	1,39	Bátonyterenyei	Nógrád
Mezőladány	1,48	Kisvárdai	Szabolcs-Szatmár-Bereg

Település	TTA	Járás	Megye
Nyírpilis	3,77	Nyírbátori	Szabolcs-Szatmár-Bereg
Piskó	1,59	Sellyei	Baranya
Szakácsi	5,31	Edelényi	Borsod-Abaúj-Zemplén
Tiszabó	4,29	Kunhegyesi	Jász-Nagykun-Szolnok

Szakirodalmi áttekintés

A roma népesség, ezen belül a roma nők társadalmi és szociális helyzete számos kutató munkájának került már középpontjába. Ezek közül néhány, a két-éves években készült kutatást emelek ki, amelyek a romák, roma nők integrációjáról, a roma hagyományok és a modernizáció között húzóódó ellentétből fakadó sajátos helyzetükről, gyermekvállalási gyakorlatukról ad képet. Janky Béla a 2003-as országos cigányvizsgálat adatait elemző munkájában megállapítja, hogy a cigány családokban az átlagosnál magasabb a gyermekszám, mint a többségi családokban. A 2005-ben megjelent tanulmányában (Janky, 2005) kifejti, hogy a '90-es évektől a hazánkban élő fiatal nők többsége a gazdasági változásokra reagálva megváltoztatta gyermekvállalási szokásait, míg ugyanez a tendencia nem figyelhető meg a roma fiatalok körében annak ellenére sem, hogy egyes roma csoportokban (beás cigányok) megjelenik az a törekvés, hogy gyermekvállalási szokásaikat a többségi társadalomban tapasztalt mintához igazítsák. Durst Judit 2006-ban készült doktori értekezésében (Durst, 2006) a romák termékenységének változásait írja le, és egyben kutatja ezen változások, vagy azok elmaradásának hátterét. A kirekesztettségben élők gyermekvállalási gyakorlatával kapcsolatban kiemeli, hogy az őket körülvevő társadalmi milió, társadalmi kontextus fontos demográfiai következményekkel jár, ugyanis, ott, ahol a többség és a romák között kisebb a társadalmi távolság, ott a romák termékenysége is alacsonyabb. További kiemelt, a termékenységet is befolyásoló tényező, hogy az adott településnek milyen a státusza, kap-e fejlesztéseket vagy hagyják elsorvadni. Pócsik Júlianna, a gyermekvállalás a szakiskolás roma lányok körében végzett vizsgálatában (Pócsik, 2015) azt kutatja, hogy véletlen vagy szándék

vezet-e a gyermekvállaláshoz. Kismintás, 15-19 év közötti roma lányokkal készült mélyinterjúinak alapján megállapítja, hogy a lányok fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretei hiányosak ugyan, de nem tévesek, így a véletlen teherbeesés inkább a fogamzásgátló módszerek pontatlan, meg gondolatlan használatából fakad. Tapasztalata szerint kétszer annyian kapnak a terhesség megelőzésére irányuló felvilágosítást az iskolai tanórákon, illetve az ott jelen lévő védőnőtől, mint anyjuktól, ezért a védőnők szerepét kiemeltnek tartja.

A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért megbízásából 2019-ben a KSH Népeségteremtési Kutatóintézete által készült elemzés (KSH NKI, 2019) alapján látható, hogy 2011-2016 között minden életkorban nőtt a születések száma, azonban a legnagyobb mértékű, 50 százalékos növekedés a 18 évesek körében volt megfigyelhető. Ugyanakkor, az a tény, hogy az emelkedés erőteljesebb volt a 18-19 évesek körében, mint a tinédzserek körében, és akkor keletkezett, amikor a teljes népesség körében is nőni kezdett a termékenység, ellentmond a tankötelezettség változtatásával való összefüggésnek. Az azonban fontos megállapítása az NKI kutatásának, hogy az általuk vizsgált esetek közel harmadában a két leghátrányosabb helyzetű megyében történtek a korai szülések, ami leginkább arra enged következtetni, hogy a fiatalok gyermekvállalás erősen kötődik a hátrányos helyzethez.

A korai, nem tervezett gyermekvállalást befolyásoló tényezők számosságát és bonyolultságát mutatja, hogy a kutatások fókuszának változtatásával újabb és újabb rétegek kerülnek elő, azonban az így felmerülő összefüggések feltárásához további kutatások szükségesek.

A kutatás háttere, célja, módszere

A FETE program céljaihoz igazodva kutatásunk a bevont települések születési számait és hátterét vizsgálta. A kutatás során félig strukturált interjúkat készítettünk az egyes településeken jelenlévő, vagy azokhoz kapcsolódó szakemberekkel, szakértőkkel, úgymint polgármester, roma nemzetiségi önkormányzat képviselői, szociális munkás, családgondozó, mentor, orvos, védőnő, lelkes, pap, pedagógus stb., illetve megszólítottuk a gyermekvállalás, családtervezés témakörével érintett többségében roma származású nőket, családanyákat is. A kutatás során 85 interjú készült, melyből 25 egyéni interjú és egy négy fős, csoportos interjú anyákkal.

Kutatási eredmények

A roma lakosság népességen belüli aránya még mindig a kistélepüléseken a legmagasabb. E települési hátrány mellé területi hátrány is párosul. Az elmúlt 30 évben a kedvezőtlen helyzetű, periférikus járásokban nőtt a legnagyobb mértékben a cigányság teljes népességen belüli aránya (Pénzes – Tátrai – Pásztor, 2018). Kutatásunk kifejezetten a felzárkózó településekre irányult, ezért a területi célzásból is adódik, hogy a települések, melyeken a kutatásba bevont roma nők, anyák élnek, jellemzően elmaradott, kevésbé fejlesztett régiókban, járásokban helyezkednek el, amiből számos társadalmi hátrány adódik. Ennek megfelelően az anyák alacsony státuszú családokból érkeztek, és jelenlegi életüket is többek között a munkanélküliség, közmunka vagy az alkalmi munkák esetlegessége, bizonytalansága miatti nélkülözés, vagy az alacsony életszínvonal jellemzi.

Családi háttér, gyermekkor

Az otthonról hozott minták, az ott megszokott és begyakorolt szerepek természetes módon hatással vannak felnőtt viselkedésünkre, viszonyulásainkra. Egy az Országos Tisztifőorvosi Hivatal számára 2017-ben készült, a roma nők egészségtudatos magatartását Borsod-Abaúj-Zemplén megyében vizsgáló kutatás zárójelentésében a tradicionális családmodell primátusáról beszélnek. Megállapítják, hogy az általuk vizsgált populáción belül nagyon erős a tradicionálisabb jellegű családmodell,

Jelen kutatási beszámoló a roma anyákkal készült interjúk eredményeit mutatja be. A félig-strukturált interjúk készítésekor egyedi élettörténetük mellett a családi hátterükről, iskolai pályafutásukról, a gyermekkori terveikről, és a gyermekvállalással, családalapítással kapcsolatos tapasztalataikról, gondolataikról kérdeztük őket.

Az anyák, megkeresésünk alapján a FETE program munkatársainak kérésére, javaslatára vállalták a részvételt. Ebből adódóan feltételezhető, hogy interjúalanyaink az együttműködőbb, a FETE program munkatársai által ismert, esetleg jobb helyzetben lévő nők, anyák köréből kerültek ki.

A Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia hangsúlyozza, hogy az átlagnál lényegesen alacsonyabb iskolai végzettségű romák elhelyezkedési esélyei sokkal rosszabbak, mint a diplomásoké, nem romáké. A roma és nem roma fiatalok munkanélküliségi aránya közt jelentős a különbség (2019-ben 30,5/10,4%). A fizetések átlagos nagysága régióként eltérő, Budapesten és a Nyugat-Dunántúlon magasabb bért kapnak ugyanazért a munkáért, mint Kelet-Magyarországon.

Az interjúba bevont 17 és 48 év közötti nők 92%-ának legalább az egyik szülője roma származású. A szakmával, illetve többségében általános iskolai végzettséggel sem rendelkező megkérdezett roma nők átlagéletkora 31,15 év. Mindannyian legalább 1 gyermeknek már életet adtak, így a gyermekvállalással, családtervezéssel kapcsolatban saját tapasztalattal is rendelkeznek.

amely a nők alapfeladataként a gyerekekkel való foglalatosságát definiálja. Minden otthoni, háztartási feladat a nőkhöz kapcsolódik, ők biztosítják a családi élet érzelmi integritását. Segítséget szinte kizárólag csak nőtársaiktól várhatnak, akik a többgenerációs családban ugyancsak otthon maradtak (ÁNTSZ, 2017). Ezen családi háttértényezők bizonyos szintű feltérképezését mi is fontosnak tartottuk kutatásunk során, ezért a bevont nőket, testvéreik számáról, valamint családalapítási gyakor-

latukról kérdeztük. Emellett leginkább a szüleikkel, főként az anyjukkal való kapcsolatukra voltunk kíváncsiak. Kiemelten vizsgáltuk, hogy a terhességmegelőzéssel, párválasztással, családtervezéssel kapcsolatban kaptak-e otthon iránymutatást, leányként beszélgettek-e szüleikkel a fogamzásgátlásról, a fiúkkal való kapcsolatteremtésről, a továbbtanulásról. Ezen felül kitértünk arra is, hogy ők hogyan jártak el a gyerekekkel, vagy hogyan terveznek eljárni ezekben a témákban.

Korosztálytól függetlenül a kapott válaszok kismértékű eltérést mutatnak, a családokban otthon a nemi életről, a párkapcsolatokról, a gyermekvállalásról kevés szó esett, a szülők ugyan féltették lányukat - és több esetben tinédzser koruk elején akár meg is próbálták eltiltani a fiúkkal, férfiakkal való érintkezéstől -, kézzelfogható, tényleges segítséget nem tudtak nyújtani gyermekük számára. Az interjúalanyok jelentős része rendezetlen anyagi és szociális háttérű családból jön, melyben az anya is korán és tervezetlenül esett teherbe, így az intelmekkel szemben, a látott minta hatása erőteljesebb volt. A tervezetlen teherbeesés és szülés olyannyira jelen volt egyes családoknál, hogy a 25 interjúalanyból négyen úgy voltak várandósak első gyermekükkel, hogy velük egyidőben, vagy közel egyidőben édesanyjuk/anyósuk is gyermeket várt. Ez a jelenség nem volt szokatlan ezekben a családokban, ugyanis a korai szülések

generációról - generációra megjelentek. Ebből adódóan, amikor interjúalanyaink 14-16 évesen születtek, édesanyjuk/anyósuk is csak 30 év körüli, még termékeny korban lévő nő volt. Az sem volt kirívó gyakorlat a megszólaltatott nők gyermekkorában, hogy a nagyszülők az anyától különálló háztartásban nevelték őket, mivel kiskorú anyjuk önállóan nem tudott gondoskodni róluk. Ennek következtében közvetlenül anyuktól nem kaptak támogatást, velük nem voltak napi kapcsolatban, és a generációs ugrás miatt a nagyszülőkkel még nehezebben lehetett a szexualitással, teherbeesés megelőzésével kapcsolatos témákról beszélgetni. A megkérdezett nők többsége nehéz gyermekkoráról számolt be, csupán két-három esetben jelent meg a szülőkkel kapcsolatos, egyértelműen pozitív kép. Ezekben interjúalanyaink harmonikusnak, kiegyensúlyozottnak látták gyermekkorukat, a szüleikkel való kapcsolatuk felnőttkorukban is szoros maradt, tőlük folyamatosan kapnak mind anyagi, mind pedig lelki támaszt. Többségük azonban korán elszakadt vér szerinti családjától, és a korai teherbeesés után a férj/apa családjához költözött, a férjen keresztül új anyát és testvéreket kapva. Az új család szerepe a gyerekevelésben hangsúlyos, szinte kivétel nélkül azt nyilatkozták az anyák, hogy férjük családja nagy segítséget jelent a gyerekek körüli teendőik ellátásában.

Tanulmányok

A roma lányok iskoláztatására vonatkozó szülői motivációk vegyes képet mutatnak. Bizonyos szülők a tradicionális nemi szerepelvárásokhoz igazodva feleslegesnek tartják lányaik taníttatását, meglátásuk szerint a nő legfontosabb feladata ugyanis továbbra is a gyermeknevelés és a feleség szerep betöltése. Más szülők viszont ettől eltérően a tanulást látják a sorsjobbítás, adott esetben a szegregált léthelyzet megváltoztatására irányuló egyetlen lehetőségnek (Makrai, 2019). Az általunk megkérdezett nők nem kaptak kifejezett ösztönzést, támogatást arra, hogy a tanulás útját válasszák, a megkérdezett 25 nőből 11 fő (44%) legmagasabb végzettségét az általános iskola jelenti, 1 fő jelezte, hogy megkezdte a kilencedik osztályt is, de azt teherbeesése miatt nem fejezte be. 36%-uk még az általános iskola 8 osztályával sem rendelkezik (1 főnek csupán 2 osztálya, egy

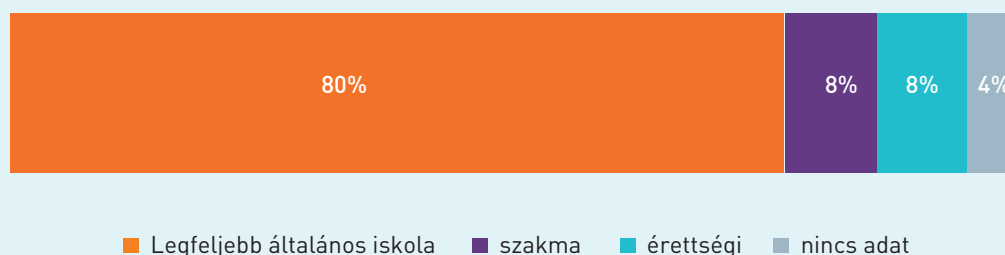
másiknak 3 osztálya van, további 3 fő a hatodik, 4 fő pedig a hetedik osztályt fejezte be sikeresen), ők mindannyian terhességük miatt maradtak ki az iskolából. Meglepő módon azonban a legalacsonyabb iskolai végzettségű anya esetében nem a korai teherbeesés akadályozta a tanulmányok befejezését. A sem írni, sem olvasni nem tudó, csupán két általános iskolai osztállyal rendelkező interjúalanyunk ugyanis első terhessége idején 27 éves volt (26 évesen kezdett élettársi kapcsolatot párjával). Iskolai kimaradásának oka az öt nevelő nagymama betegsége volt, akit gyermekkorától, annak haláláig ő gondozott.

A megkérdezettek csoportjában a legmagasabb végzettséget az érettségi jelenti, ezzel 8% (2 fő) rendelkezik. Fontos kiemelni azonban, hogy egyiküknek egyáltalán nincsenek roma gyökerei, csupán a férje roma, másikkuk pedig csak anyai

ágon, vagyis félig roma. Ő úgy érzi, hogy egy szakmát (szakácsnő, cukrász) szívesen kitanulna, ha lenne rá lehetősége. 1 fő rendelkezik szakmával,

illetve 1 fő OKJ-s konyhai kisegítő végzettséget szerzett, 1 esetben nem nyilatkozott interjúalanyaunk a végzettségéről.

1.ábra: Legmagasabb iskolai végzettség



Durst Judit gettósodó aprófalvakban végzett kutatási eredményei szerint, elsősorban nem a tanulási motiváció hiányát kell feltételeznünk a fiatalon anyává vált lányok esetén. Inkább döntési helyzetként kell azt értelmeznünk, melynek során a lányok a számukra elérhető – illetve nem elérhető – lehetőségek alapján mérlegelnek (Durst, 2006). A lehetőségek, a tanulás fontosságát erősítő minták hiánya mellett, vagy sokkal inkább azok hatására azonban interjúalanyaink többsége saját bevallása szerint nem szeretett tanulni, és már alig várta, hogy kimaradhasson az iskolából. Konkrét tanulási terve, szakmaszerzési vágya csupán három főnek (12%) volt, ők felnőttként úgy értékelik, hogy hiba volt nem eszerint haladniuk útjukon, és nem továbbtanulniuk. Mostanra azonban már nem érznek magukban elég energiát ahhoz, hogy gyermekeik nevelése mellett elkezdjék, vagy folytassák

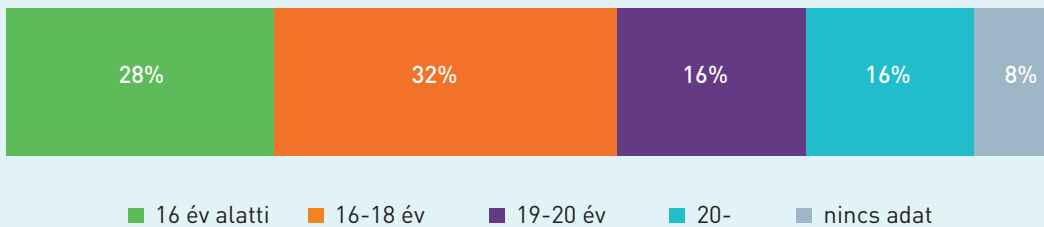
tanulmányaikat. Az esetek többségében erre helyben nem is lenne lehetőségük. A mintákon és motiváción túl a másik leginkább befolyásoló tényező a család anyagi helyzete. Az iskoláztatás ugyanis a család számára anyagi ráfordítással jár, így a továbbtanulás lehetőségének latolgatása komoly döntési helyzetként értelmezhető. Ha a lánygyermek szakmát vagy érettségit adó középfokú intézményben tanul tovább, az a család számára magasabb költségekkel jár, valamint kitolódik az első gyermek vállalásának időpontja (Makrai 2019). Mivel az általunk megkeresett nők mindegyike rossz anyagi helyzetben élt gyermekkorában – és egy része továbbra is – az anyagi források hiánya is nagymértékben hozzájárulhatott ahhoz, hogy a tanulás, mint reális lehetőség nem jelent meg az életükben.

Párkapcsolat, házasság, gyermekvállalás

Az interjúba bevont 17 és 48 év közötti nők, átlagéletkoruk 31,15 év. A 25 nő 60%-a 18 éves koráig már életet adott első gyermekének, de a kiskorúan anyává váltak csoportjának 60%-a 16 évesen, vagy

még korábban szült. A legfiatalabb korban életet adó nő 14 évesen, a legidősebb korban első gyermekét szülő nő pedig 32 évesen adott életet gyermekének.

2.ábra: Első szülés idejének életkor szerinti megoszlása



A nők párkapcsolatukat, és az esetek többségében ezzel együtt szexuális életüket már nagyon korán megkezdték, ennek megfelelően, azt megelőzően más szexuális, vagy párkapcsolatuk nem volt. Terhességük gyakorlatilag kapcsolatuk elején már bekövetkezett, így hamar el kellett köteleződniük partnerük mellett, aki innentől kezdve élettársukká vált.

Mikor interjúalanyainkat megkérdeztük arról, hogy szüleik hogyan álltak a korai párkapcsolatukhoz, szinte kivétel nélkül azt nyilatkozták, hogy a szülők, főleg az anyák eleinte próbálták megakadályozni annak kialakulását, de lányuk kitartó és ismétlődő elszökései, kimaradozásai, majd később a terhesség miatt végül belenyugodtak a helyzetbe, és elfogadták azt. Az esetek alapján az körvonalazódik, hogy a teherbeesés gyakorlatilag a párkapcsolat szülőkkel való elfogadtatásának egyik „hatékony eszköze”, főleg azért, mert több esetben annak megszakítása nem is jelenik meg alternatívaként. A terhesség után viszont a szülők már nem tehetnek semmit. Ennek számos oka közül az egyik az az erős hit, hogy az első terhességet nem szabad megszakítani, mert utána már kisebb az esélye egy következő kívánt, tervezett terhességnek.

A szülők a korai párkapcsolatot ellenző attitűdjétől eltérően, egy 12 és egy 14 éves lány esetében a szülők kezdetől olyan mértékben támogatók voltak, hogy lányukat teljesen, a nála 10-12 évvel idősebb férfira bízták, átadva ezzel neki a felelősséget és lányuk „nevelését”.

Ez egy kamasz kislány esetében sorsfordító esemény, aminek következtében olyan helyzetbe kerül, melyben az a férfi vállal hivatalosan is gyámot felette, akivel szexuális kapcsolatot is létesít,

és akinek később gyermekeket is szül. Ez jogilag is alárendelt helyzetet teremt számára, ami a hagyományos szerepekből (férfi-nő egyenlőtlensége) adódó kiszolgáltatottságon túl olyan további egyenlőtlenséget konzerválhat, ami a nő nagykorúvá válását, vagy nagykorúsítását követően is nagy eséllyel megmarad. Ez a helyzet szinte lehetlenné teszi, hogy a későbbiekben az egészséges, kiegyensúlyozott párkapcsolatra, partnerkapcsolatra jellemző egyenjogúság létrejöhesse. Az érintett nők felnőttként azt mesélték, hogy gyerekként azt élték meg, hogy szüleik szabadulni akarnak tőlük, ezért fordultak egy másik, náluk jóval idősebb felnőtt felé, akiben szüleik helyett megbízhattak.

A társadalom legnagyobb bizonytalanságban élő csoportjai számára stratégia lehet a párválasztás kapcsán, hogy sem együttélési, sem családformáik kialakításában nem a változatosságot részesítik előnyben, hanem ragaszkodnak a saját társadalmi csoportjukban jellemző tradíciókhoz, ezzel is növelve saját biztonságérzetüket (Molnár, 2019). A párkapcsolatokhoz való ilyen típusú hozzáállás azonban tovább növeli az egyenlőtlen, alárendelő kapcsolatban való, akár élethosszig tartó bennmaradás esélyét.

Talán a fentebb már leírt okok miatt - korai párkapcsolat és az első szexuális kapcsolatban való elköteleződés - a roma családokban sokkal gyakoribb az élettársi kapcsolat, mint az osztálytársadalomban. Ahogyan arról Pócsik Júlianna egy szakiskola roma lányok körében végzett kutatásában beszámol, a roma párok körében elterjedt, hogy nem kötnek hivatalosan házasságot. Ettől függetlenül azonban nem ritka, hogy évtizedekig „hűségese” kapcsolatban, élettársi kapcsolatban élnek, és beszélődik egymásra a „férjem/ felesé-

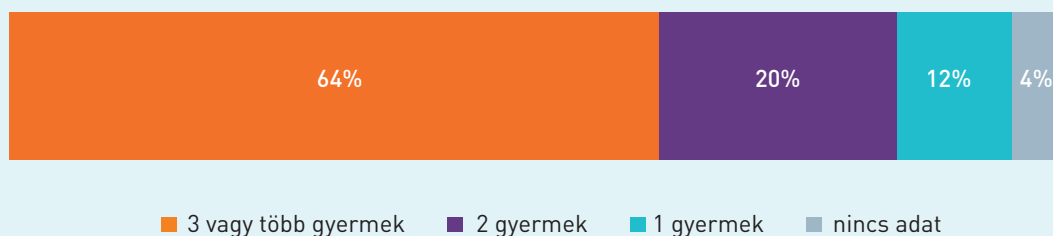
gem” kifejezéseket használják (Pócsik, 2015). Ugyanez a tendencia mutatkozik meg az általunk kutatásba vont nők kapcsolataiban is. A 25 nőről csupán ketten (8%) élnek hivatalosan is megkötött házasságban, 64%-uknak élettársi kapcsolata van gyermekei apjával, 1 fő szintén élettársi kapcsolatban él, de nem gyermekei apjával, ketten „megözvegyültek” - mivel nem voltak házások, jogi értelemben nem váltak özvegyé, de ők így tekintenek magukra -, egyikük ismét kapcsolatban él. 3 fő a megkérdezettek közül egy ideig élettársi kapcsolatban élt gyermekei apjával, de jelenleg (többeszerre is kapcsolatuk során) külön élnek. Az időszakos együttélés megjelenik több esetben is. Ezekben az apa ugyan már elhagyta gyermekeit és azok anyját, de vissza-visszajár. Új családja mellett gyermekei anyjával alkalmi szexuális kapcsolatot tart fenn, és időszakosan családfőként „működik” a legközelebbi „szakításig”. Ezzel az anyát és gyermekeit teljes anyagi és mentális bizonytalanságban tartja, ami miatt az anya új, esetleg biztonságot és kiegyensúlyozottságot hozó kapcsolat felé nem képes nyitni fiatal kora ellenére sem. A kutatásba bevont 25 nő együttesen 100 gyermeket hozott a világra, vagyis átlagban 4 gyermeket vállaltak. 16 nő, azaz a megkérdezettek 64%-a legalább 3 gyermeknek adott eddig életet, nagycsaládos. 1 gyermekük 12%-uknak (három fő) van (17, 19 és 20 évesek), akik közül a 20 éves anyja egyedülállóként neveli kislányát, és nem tervez több gyermeket. A másik két fiatal nő még

legalább 1 gyermeket szeretne. Legtöbb gyermeke egy 43 éves anyának van, aki 12 utódot hozott a világra, legkisebb gyermeke jelenleg 4 éves. Ő 18 és 39 éves kora között, azaz 21 év alatt 12 gyermeket szült.

2. táblázat: Első szülés idejének életkor szerinti megoszlása

Gyermekek száma	Fő	%
1	3	12
2	5	20
3	4	16
4	2	8
5	3	12
6	3	12
7	1	4
8	1	4
9	1	4
10	0	0
11	0	0
12	1	4
Nincs adat	1	4
Teljes	25	100

3. ábra: gyermekek száma



A legfiatalabb korban szülő nő 14 évesen adott életet első gyermekének (gyermeke apja 22 éves volt akkor), a legidősebb korban első gyermeket vállaló anya pedig 32 éves volt szülése idején, ő egyébként

nem roma származású, csak férje az. A legidősebb korban még életet adó nő 42 évesen szülte hetedik (tervei szerint utolsó) gyermekét. Két anyával kapcsolatban nem rendelkezünk adattal az első

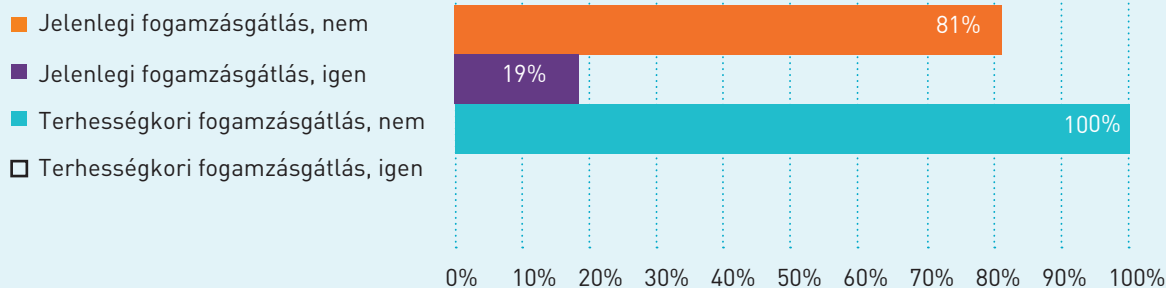
szülés időpontjával kapcsolatban. A kutatásba vont anyák átlagban 18,56 évesek voltak első gyermekük születésekor. Janky Béla 2005-ös kutatási eredményei szerint tízből három roma nő 18 éves kora előtt már anyává válik; kétharmaduk pedig legkésőbb 20 éves korára már világra hozta első gyermekét (Janky, 2005).

A gyermekvállalás témájához szorosan kapcsolódik a családtervezés, fogamzásgátlás témaköre is. Az anyákat minden esetben megkérdeztük arról, hogy így tervezték-e gyermekvállalásukat, szülésük idejét. Ebben a kérdéskörben kisebb értelmezési probléma adódott, mert az anyák többsége azt a kérdést, hogy tervezte-e gyermeke fogantatását, úgy értelmezte, hogy akarta-e a gyermeket, miután megtudta, hogy terhes. Így a válaszok többsége az volt, hogy „Persze, akartam a gyereket, nem akartam elvetetni”. Sikerült azonban tisztázni az interjúk során, hogy a tervezés alatt mi azt értették, hogy szándékosan, tervezetten, és ekkor akart gyermeket vállalni, és nem véletlenül történt a teher-

beesés. Ezek alapján kiderült, hogy a 25 nőből csupán 1 fő - a 32 évesen gyermeket vállaló anya - volt tudatos abban, hogy mikor vállalja első gyermekét. A többi anya – ez a szüléskori korai életkorból is feltételezhető – csupán véletlenül esett teherbe, a fogamzásgátlás hiánya miatt. Első teherbeesés nem történt oly módon, hogy közben valamilyen fogamzásgátló eszközt alkalmaztak volna, ennek előfordulása inkább a már több szülésen is átesett anyáknál jelentkezett, akik többnyire gyógyszeresedés vagy spirál használata mellett estek teherbe.

A kutatásba bevont nők 84%-ától kaptunk választ a fogamzásgátló eszközök használatára vonatkozó kérdéseinkre. Ők mindannyian úgy nyilatkoztak, hogy első teherbeesésükkor nem védekeztek semmilyen módon, 81%-uk jelenleg sem használ semmit a megelőzés érdekében, 19% alkalmaz fogamzásgátlót (óvszer, injekció, spirál, művi meddővé tétel).

4. ábra: Fogamzásgátló eszköz használata jelenleg és terhesség idején



Az interjúk során az abortusz kérdésköre is felmerült, azonban annak érzékenysége miatt nem minden nő válaszolt arra, hogy átesett-e abortuszon vagy sem. A megkérdezettek 28%-a beszélt arról, hogy átesett a művi beavatkozáson. Egy extrém esettű, 22 éves anya, akinek két megszületett gyermeke van, elmondta, hogy 14 éveskori első terhessége óta minden évben legalább egy művi vetélése volt, és a kérdés évében (2021 nyarán vettük fel az interjút) már kettő is. Több anya részéről is elhangzott, hogy terhességei közül kevesebb végződött

volna szüléssel, ha azt időben észrevette volna, és eljutott volna nőgyógyászati szakrendelésre.

A fentebb már hivatkozott, a roma nők egészségügyi magatartását Borsod-Abaúj-Zemplén megyében vizsgáló kutatás a fogamzásgátló eszközök alkalmazásának vizsgálatára is kitért (ÁNTSZ, 2017). Az 1000 fős mintán végzett kutatásról szóló jelentésben leírják, hogy a roma lányok, nők a nem kívánt terhességek esetében is megtartják a gyermeküket, nagyon ritka, hogy abortuszra mennének. Ennek elutasítását a roma lakosságon belül

egyértelműen érzékelhető gyerekcentrikusság, gyerekszeretet mellett babonák és hiedelmek is erősítik. Az általuk végzett interjúk alapján úgy látják, hogy a fiatalok nagyon tájékozatlanok a védekezés terén, a lányokhoz képest a fiúk talán még inkább. Hangsúlyozzák, hogy a terhesség elleni védekezés idősebb korban is elsősorban az asszonyok feladata, ezzel a férfiak nem foglalkoznak. Felmérésükben a szülő roma nők 44%-a jelezte, hogy élete során használt valamilyen fogamzásgátló módszert a nem várt terhesség megakadályozásáért. De csak 23% mondta azt, hogy ezt rendszeres jelleggel teszi/tette. A megkérdezettek háromnegyedénél tehát ez alkalomszerű vagy teljesen elmarad.

Munkavállalás

A munkavállalási nehézségek egyik gyökere a korai iskolaelhagyás, amely hazánkban is igen nagy arányban érinti a fiatalokat, különös tekintettel a romákat. 2019-ben a KSH adatai szerint a nem roma fiatalok körében az előző évvel megegyezően 9,3% volt a korai iskolaelhagyók aránya, míg a romák esetében ez az arány 64,6% volt. Hasonlóan magas arányokat mutat a NEET ráta, 2019-ben a KSH adatai szerint a 15-24 éves nem roma fiatalok 9,5%-a tartozott ebbe a kategóriába, míg a romák esetében ez az arány is jóval magasabb, 41,0% volt, az EU átlaga 10,1% (Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia tervezet 2030, 2021). A roma nők munkavállalásának lehetőségeit a korai gyerekvállalás, és az ezzel gyakran egybeeső iskolából való kimaradás, csak még inkább beszűkíti. Az interjúba vontak 36%-a (25 főből kilencen) általános iskolai tanulmányukat kifejezetten terhességük miatt szakították meg, így nem is volt lehetőségük munkát vállalni gyermekük születése előtt. Kutatásunk időszakában 36%-nyian nem dolgoztak sehol, több mint a felük nem is volt hivatalosan foglalkoztatott még sehol. A teljes minta 24%-a közfoglalkoztatottként dolgozott kutatásunk idején, 12%-uk otthon volt legkisebb gyermekével GYED/GYES keretében, ugyanennyien a Munkaügyi Központ által biztosított OKJ-s végzettséget adó számítógépezelő alapképzésben vettek részt, de saját véleményük szerint ennek elvégzése után elhelyezkedési esélyeik nem javul-

Az anyák, főleg a fiatalok anyák gyakran nincsenek abban a helyzetben, hogy döntő befolyásuk legyen gyerekvállalásukra. Ha a pár vagy az anya fogamzásgátló eszköz alkalmazása mellett dönt, anyagi okok miatt nem képes a legbiztonságosabb eljárást alkalmazni, vagy nem tudja a legjobb gyógyszereket beszerezni, ennek következtében kellemetlen mellékhatások jelentkezhetnek, ami a védekezés ezen formájának abbahagyására ösztönöz. Másrészt, ha a férj vagy élettárs nem engedti a fogamzásgátlás alkalmazását, ennek következtében csak az a lehetőség adott, hogy annak tudta nélkül elvetetik az asszonyok gyermekeiket. Ezáltal korlátozódik a rossz anyagi és szociális helyzetben élő nők körében a fogamzásgátlás az abortuszra (Gyukits, 2009).

nak. 1 anya, két fogyatékkal élő gyermeke ápolása miatt otthon van, 1 nő esetében pedig nincs információ annak munkájával kapcsolatban. Teljes foglalkoztatottként a 25 főből csupán ketten (8%) dolgoznak. A megkérdezett nők gyermekeik ellátása mellett nehéznek, megterhelőnek érzik a munkavállalást, bár anyagi helyzetük miatt fontos bevételi forrást jelent(ene). Az érintett települések többségében a közfoglalkoztatáson túl kevés munkavállalási lehetőség adódik, főleg a szakmával, gyakran általános iskolai végzettséggel sem rendelkező nők számára. A munkalehetőségek (akár alkalmi) kihasználásának erőteljes gátja, hogy a gyermekeket az anyák nem tudják kire bízni. Ez némileg ellentmond annak, hogy interjúalanyaink többsége egy településen, vagy akár egy háztartásban él férje vagy saját családjával, tehát több felnőtt van, akik között a gyermekek ellátása, felügyelete megosztható lenne. A kisszámú munkavállalásban a szűkös lehetőségek, és/vagy a megfelelő végzettség hiánya mellett, egy értékrendbeli „norma” a meghatározó. A nehéz anyagi helyzetben lévő roma közösségekben ugyanis a felnőtté válás, a társadalmi megbecsültség kiemelt, vagy gyakran egyetlen lehetséges útjaként élik meg a fiatal lányok, nők az anyaságot, mivel az iskolai és a munkaerőpiaci sikerek lehetőségei nagyon korlátozottan, vagy szinte egyáltalán nem érhetőek el számukra (Durst, 2006). Munkalehetőség hiányában, a családtól való

függésben csak a saját család alapítása, a gyermekvállalás ad értelmet életüknek. Ezt a mintázatot pedig felerősíti, fenntartja az a tény, hogy a faluban élő cigány fiatalok előtt nincs más léthelyzetből származó kortárs minta (Makrai, 2019 – p. 4.).

Roma lányok/nők helyzetének megítélése

Fontosnak tartottuk, hogy felmérjük, interjúalanyaink hogyan látják a településükön élő többi nő, anya, fiatal lány helyzetét. Szerettük volna látni, hogy mennyire vannak tisztában azzal, mi zajlik a családjukon kívül élő anyák életében, és ezzel kapcsolatban mi a véleményük. Ezen felül szerettük volna megtudni, hogy a mostani fiatal lányok számára, vagy akár saját gyermekeik számára mit tanácsolnának tapasztalataik alapján a tanulás, gyermekvállalás témájában.

A nők többsége ismeri a településen élő többi családot, ha nincs is velük közvetlen kapcsolatban, azt látja, hogy milyen életkörülmények között élnek, hány gyermeket és hogyan nevelnek. A megkérdezettek megítélése szerint a településeiken sok a gyerek, a lányok, anyák fiatalon, 15-16 éves korukban szülnék először, és sok gyermeket vállalnak, emiatt felelőtlennek tartják őket. Dolgozni csak kevesen dolgoznak, többnyire a férfiak próbálnak alkalmi munkákkal jövedelemhez jutni. Arra a kérdésre, hogy vajon védekeznek-e a fiatalok a teherbeesés ellen, a legtöbb esetben az a válasz, hogy valószínűleg nem, mert nem is jut eszükbe. Megkérdeztük az anyákat arról is, hogy saját gyermekeik számára milyen jövőt álmodnak, mit szeretnének, mi legyen a gyermekeikből, hány gyermeket vállaljanak és hány éves korukban. Ha nem is tudják pontosan, hogy milyen szakmát szeretnének gyermekeiknek, mindannyian úgy gondolják, hogy gyermekük boldogulása szempontjából nagy szerepe van a továbbtanulásnak. Az összes megkérdezett anya azt kívánja, hogy gyermekének könnyebb, jobb sors jusson, mint neki, hogy a megélhetésért kevesebb erőfeszítést kell-

Fontos kiemelni ezek mellett, hogy az általunk megkérdezett anyák elégedettek azzal, hogy életük legfontosabb szerepe az anyaság, csak 1-2 esetben érzik úgy, hogy szerettek volna szakmai „karriert” is.

jen tenniük gyermekeiknek, és boldog, egészséges életet éljenek. És bár ők nem bánják, hogy életük a gyermekvállalás terén így alakult (korai szülés, tervezetlen gyerekszám), gyermekeik számára azt tanácsolnák, hogy inkább csak 2, legfeljebb 3 gyermeket vállaljanak. Lányaiknak azt tanácsolnák, hogy 20-22 éves koruk előtt ne vállaljanak gyermeket, inkább tanuljanak, dolgozzanak, és élvezzék ki a szabadságukat. Vagyis azt tanácsolják, hogy a csoport átlagához képest (18,56 év) 1,5 - 3,5 évvel később szülnének. Ha azonban a tanácsolt szülési időpontot nem az átlaghoz, hanem a csoportban legfiatalabb korban szülőik életkorához viszonyítjuk, akkor az anyák által javasolt időpont, akár 8 évvel is meghaladhatja azt a gyakorlatot, amit közülük néhányan követtek.

Arra a kérdésre, hogy ők anyaként, szülőként mit tesznek, tehetnek ennek az álomnak a megvalósulásáért, a válasz többnyire az, hogy nem igazán tudják, hogyan segíthetnének. Bár tapasztalataikat elmondják gyermekeiknek – főleg lányaiknak – és a „lányom ne járjal úgy, mint én” típusú beszélgetéseket is folytatnak, a szülők nem rendelkeznek olyan eszközökkel (tanulásra való motiválás, anyagi támogatás, kapcsolati tőke stb.), amivel gyermekeik várható életpályáját más útra terelhetnék. Az anyák tisztában vannak azzal, hogy gyermekük továbbtanulása kulcsfontosságú lehet a sikerebb, könnyebb élet elérésében, azonban gyermekeik idegenbe való elengedése (így tekintenek akár arra is, ha a szomszéd településre kell napi szinten busszal átjárni) annyi félelmet, aggodalmat idéz elő bennük, hogy sok esetben inkább visszatartják a fiatalokat, így elvágva őket a lehetőségektől.

Összegzés

Egy, a FETE programokkal érintett településekből 10 településre kiterjedően, a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért Társadalmi Csoportok Kutató Központ által végzett kutatás részeként,

a roma nők, anyák gyermekvállalással, családtervezéssel kapcsolatos gyakorlatát és attitűdjét vizsgáltuk. A konkrétan a szülésre, fogamzás szabályozására irányuló témák mellett vizsgáltuk a

bevontak gyermekkorát, családi hátterét, tanulmányi útját is. A 25 nővel készített, félig strukturált interjúk elemzése alapján megállapítható, hogy a kutatásunkba bevont interjúalanyok jelentős része rendezetlen anyagi és szociális hátterű családból jön. Fogamzásgátlásról, párkapcsolatról, gyermekvállalásról otthon, érdemben nem esett szó, interjúalanyaink gyermekkorukban a legjobb esetben is csak anyai intelmekben részesültek, konkrét segítséget, iránymutatást arra, hogy mikor lépjenek bele egy párkapcsolatba, mikor kezdjék meg szexuális életüket, és hogy abban hogyan védekezzenek, nem kaptak. Iskolai felvilágosító órákon részt vettek, de ezek nem bizonyultak hatékonyaknak. Sem a szűkebb (család), sem a tágabb (barátok, oktatási, egészségügyi és szociális intézmények) környezetük nem tudott olyan mintákat, irányokat és támogatást nyújtani számukra, amik esetleg egy szélesebb, több szabad választási lehetőséget nyújtó életpálya felé terelték volna őket. Szüleikhez, anyáikhoz hasonlóan ők is 15-16 évesen kezdtek párkapcsolatot, melyből nem tervezetten, de gyermekük is született. Ennek köszönhetően már legelső kapcsolatukban egész életükre elköteleződtek, a korai gyermekvállalás miatt tanulmányaik megszakadtak, több esetben az is előfordult, hogy már teherbeesésük idején kiestek, kiléptek az oktatási rendszerből. Ebből adódóan a megkérdezett nők 2 kivétellel, nagyon alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek, egy jelentős részüknek még az általános iskolai végzettsége sincs meg. Párkapcsolataik formájára leginkább az együttélés, az élettársi kapcsolat jellemző, hivatalos házasságban csak kevesen élnek. Első gyermekük tervezetlen megfogantatása után is gyermekvállalásukat az esetlegesség, legtöbbször a tervezés teljes hiánya jellemzi. Még azok az anyák sem alkalmaznak fogamzásgátló eszközt, akik már több mint három gyermeket szültek és nevelnek, és saját megítélésük szerint is rossz anyagi és egészségi helyzetben, állapotban vannak. A megkérdezett nők közül csupán 4 nyilatkozta azt, hogy jelenleg is használ az újabb teherbeesést megelőző eszközt. A válaszokból, hogy mit gondolnak a fogamzásgátlókról, többnyire az ezek használatával kapcsolatos félelmek, fenntartások, kételyek rajzolódnak ki, ami sok esetben feltehetően a teljes és hiteles információk hiányából fakad.

Az anyagi terhek csökkentése miatt az anyák munkába állása szükségszerűvé válhat, de az ehhez

való hozzáállás is elég nagy különbségeket mutat családonként, településenként. Az elérhető nagyon szűkös munkalehetőségek mellett a család, a férj ehhez való hozzáállása is nagyban befolyásolja azt. A munkát vállaló nők elsősorban a helyben elérhető, viszonylagos rugalmassággal működő (egy hosszabb ebédszünettel megszakított délelőti és délutáni részre tagolódó) közfoglalkoztatásba kapcsolódnak be, ami ugyan elég csekély jövedelmet biztosít, de lehetővé teszi, hogy emellett az asszonyok gyermekeiket is ellássák, és szükség szerint „haza szaladjanak”. A magasabb fizetést adó munkalehetőségekért interjúalanyainknak más településre kellene utazniuk még abban az esetben is, ha magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznének. Végzettségi szintjük növelésére azonban szándékaik és a lehetőségek hiánya miatt nem kerül sor.

Az interjúba vont anyák problémaként tekintenek arra, hogy a mai lányok (elsősorban roma lányok) korán megkezdik szexuális életüket, és a védekezés hiánya miatt korán teherbe esnek és gyermeket vállalnak. Őket felelőtlennek tartják, amiért nem gondolkodnak előre és nem fogadják meg az idősebb korosztály tanácsait. Kissé ellentmondásos ez a megítélés részükről, hiszen többségük ugyanígy, szülei intelmei ellenére kezdett szexuális kapcsolatot és esett teherbe. Gyermekeiknek, legfőképpen lányaiknak sokkal jobb jövőt szeretnének a magukénál, reményeik szerint nekik a családalapítást megelőzően lesz idejük tanulni, dolgozni, megélni a fiatalság és szabadság adta lehetőségeket. Ahhoz azonban, hogy gyermekeiket ezekhez hozzásegítsék, kevés, vagy talán semmilyen eszközzel nem rendelkeznek, az általuk adott minta (tanulás és/vagy képzések hiánya, munkanélküliség, tervezés hiánya stb.) nagy valószínűséggel erőteljesebb hatással lesz gyermekeik életére, mint az intelmek, tanácsok, amikkel esetleg ellátják őket.

Bár feltételezhetően az adott településre jellemző gyermekvállalási szokások hatással vannak arra, hogy egyes nők, családok hány gyermeket vállalnak, számos más tényező mellett, annak a mintának, modellnek, ami gyermekkoruktól érte ezeket a nőket (többen közülük más településen nőttek fel), még erőteljesebb hatása lehet. Ezek feltérképezése, megértése további elemzést igényel a jövőben. Azt a Gyukits György által, a 2009-es a szegénységben élő fiatalok anyák helyzetét

bemutató publikációjában leírt tény, miszerint a fiatalkori gyermekvállalás társadalmi jelenség, és elsősorban a rossz szociális körülmények között élők körében gyakori, mindenképpen figyelembe kell venni. Az azonban, hogy a fiatalkori terhesség nem roma sajátosság, nem zárja ki annak szükségességét, hogy a roma nők, roma anyák számára

olyan informális képzéseket biztosítsunk, amelyek a fogamzásgátlás, tudatos családtervezés kapcsán érthető, hiteles, a gyakorlatba is könnyen átvihető információkat, tudást adnak. Ez fontos kulcsa lehet a saját gyermekeik számára nyújtott követendő minta átadásának.

Felhasznált irodalom

- A roma nők egészségtudatos magatartásának vizsgálata Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (2017). Kutatási Zárójelentés, Budapest: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat.
- Bocz János – Antal István: A termékenység változása országosan és a Felzárkózó településeken 2010-2019 között. Kapocs, 2020, 3-4.
- Durst Judit (2006) Kirekesztettség és gyermekvállalás. A romák termékenységének változása néhány „gettósodó” aprófaluban. Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia Tudományok Ph.D. értekezés.
- Gyukits György (2009) A szegénységben élő fiatalkorú anyák életminősége és a szociális ellátórendszer. Miskolci Egyetem által digitalizált változat. http://epa.oszk.hu/02100/02137/00016/pdf/EPA02137_ISSN_1219-543X_tomus_14_fas_1_2009_179-189.pdf (Letöltés: 2021. szeptember 7.)
- Janky Béla (2005) A gyermekvállalás időzítése a cigány nők körében. Beszélő (online) 2005. január 10/1. <http://beszelo.c3.hu/cikkek/a-gyermekvallalas-idozitese-a-cigany-nok-koreben> (Letöltés: 2021. szeptember 7.)
- Kemény-Janky-Lengyel (2004) A magyarországi cigányság, 1971-2003. Budapest: Gondolat.
- Makay - Murinkó (2019) Fiatalkori gyermekvállalás, terhességmegszakítás, fogamzásgátlás. Budapest: KSH Népegésztudományi Kutatóintézet.
- Makrai Kata (2019) A korai gyermekvállalás, mint korai iskolaelhagyást okozó faktor hatása a társadalmi esélyekre. http://www.tani-tani.info/korai_gyermekvallalas (Letöltés: 2021. szeptember 7.)
- Magyar Nemzeti Felzárkózási Stratégia tervezet 2030 (MNTFS), 2021. http://romagov.hu/wp-content/uploads/2020/12/MNT-FS2030_1201-tervezet.pdf (Letöltés: szeptember 27.)
- Molnár Éva (2019) Párválasztás és családalapítás elszegényedett, elszigetelődött társadalmi térben. Debreceni Egyetem.
- Pénzes – Tátrai – Pásztor: A roma népesség területi megoszlásának változása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. Területi Statisztika, 2018/58(1) szám: 3-26.
- Pócsik Júlianna (2015) A gyermekvállalás motivációinak vizsgálata szakiskolás roma lányok körében. Miskolci Egyetem, Szociológiai Intézet.

Felzárkózó Települések (FETE) alapadatok az anyákkal készült interjúk alapján

	Megkérdezett anyák száma (fő)	Kor (év)	Legmagasabb iskolai végzettség	Gyermekek száma (fő)/első szülés ideje (év)	Családi állapot	Fogamzásgátló használata	Munka
Csenyéte	1.	22	általános iskola	2/14	élettársi kapcsolatban az apával	szülés után, injekció	soha nem dolgozott még
	2.	-	ált. isk. 6 osztálya	7/16	élettársi kapcsolatban az apával	spirál, abortusz	soha nem dolgozott még
	3.	-	ált. isk. 6 osztálya	4/-	külön élnek*	-	szülések előtt TSZ-ben/jelenleg nem dolgozik
Gadna	1.	32	ált. isk. 3 osztálya	6/15	élettársi kapcsolatban az apával	3 abortusz, szülések után elköttetés	ápolásin van 2 fogyatékkal élő gyermekével
	2.	27	általános iskola	3/18	élettársi kapcsolatban az apával	3 abortusz, szülések után elköttetés	ápolásin van 2 fogyatékkal élő gyermekével
	3.	43	ált. isk. 7 osztálya	12/18	élettársi kapcsolatban az apával	nem használ	1 éve közmunka
Hernádvécse	1.	32	ált. isk. 7 osztálya	6/17	élettársi kapcsolatban az apával	nem használ	-
	2.	44	ált. isk. 7 osztálya	9/15	élettársi kapcsolatban az apával	szülések után elköttetés, de levették	nem dolgozik
Kistolmács	1.	30	érettségi	2/20	élettársi kapcsolatban az apával	-	GYES-en
	2.	-	-	1+1 nevelt/32	élettársi kapcsolatban az apával	szülést megelőzően abortusz	közmunka
Mátra- verebély	1.	28	általános iskola	3/19	külön élnek*	nem használ, abortusz	munkanélküli keretében tanul, OKJ számítógéppelkezelő
	2.	45	általános iskola	3/25	külön éltek, de az apa közben meghalt	nincs párkapcsolata	munkanélküli keretében tanul, OKJ számítógéppelkezelő

	Megkérdezett anyák száma (fő)	Kor (év)	Legmagasabb iskolai végzettség	Gyermekek száma (fő)/első szülés ideje (év)	Családi állapot	Fogamzásgátló használata	Munka
Mátra- verebély	3.	36	általános iskola	3/14	házas	-	munkanélküli keretében tanul, OKJ számítógépkészítő
Mezőladány	1.	48	általános iskola	8/15	élettársi kapcsolatban az apával	gyógyszereszedés mellett lett terhes a 3. gyermekével	nem dolgozik
Nyirpilis	1.	30	érettségi, vendéglátóipari	-	élettársi kapcsolatban az apával	-	védőnő mellett asszisztens
	2.	23	általános iskola	5/15	élettársi kapcsolatban az apával	nem használ, hármaskor megszületése után	dolgozik
Piskó	1.	22	OKJ konyhai kiegészítő	2/14 (gyermekét az anyukája neveli)	élettársi kapcsolatban a 2. gyermeke apjával	nem használ, minden évben megy abortuszra, a 2020-as évben két művi vetélése is volt	közmunka
	2.	18	általános iskola (a 9.-ből maradt ki a terhesség miatt)	2/16 (várandós 3. gyermekével)	élettársi kapcsolatban az apával	szülés után spirált tervez használni, vagy injekciót	soha nem dolgozott még
	3.	17	ált. isk. 7 osztálya	1/17	élettársi kapcsolatban az apával	kislánya 3 hónapos, de nem szeretne több gyermeket	soha nem dolgozott még
Szakácsi	1.	46	általános iskola	4+1 nevelt/18	élettársi kapcsolatban az apával	nem használ (megszakítással védekeznek)	közmunka
	2.	46	ált. isk. 2 osztálya	6/27	megözvegyült, jelenleg élettársi kapcsolatban	nem használ, abortusz	közmunka
	3.	47	ált. isk. 6 osztálya	4/26	külön élnek*	nem használ, volt egy spontán vetélése	közmunka
Tiszabó	1.	20	bolti eladó	1/19	házas	-	GYED
	2.	25	általános iskola (felvették bolti eladónak, de közben terhes lett)	5/17	élettársi kapcsolatban az apával	óvszer (elkötötést kért, de a korára való hivatkozással elutasították)	GYED
	3.	22	általános iskola	1/20	egyedülálló	nincs párkapcsolata	soha nem dolgozott még

*külön élnek= nem voltak házasok, az élettársi kapcsolatot után különváltak

**egyedülálló= soha nem élt együtt gyermeke apjával, leányanya

Regős Judit – Móczár Luca

A perinatális szociális munka szerepe a krízisterhességek gondozásában

A családvédelmi konzulens feladata

*„Keresheted őt, nem leled, hiába,
se itt, se Fokföldön, se Ázsiába,
a múltba sem és a gazdag jövőben
akárki megszülethet már csak ő nem.”*

Kosztolányi Dezső: Halotti beszéd

Betekintő

A várandósság biológiai okait gyakran igen jelentős szociális faktorok befolyásolják. Maga a biológiai állapot nevezhető multidimenzionális jelenségnek, tehát a biológiai elváltozás okainak leírása még nem nyújthat adekvát magyarázatot - a biológiai állapotnak pszichoszociális dimenziói is vannak.

A környezeti, fizikai és biológiai faktorok egyaránt szerepet játszanak egyes krízisállapotok későbbi kialakulásában, azonban az sem elhanyagolható, hogy e hatások a társadalmi összefüggések rendszerében helyezkednek el. Ezért fontos megvizsgálni pl. a krízisterhességeket (pl.: sikertelen terhességek és koraszülések esetén) is a pszichoszociális faktorokat.

Évtizedeket töltöttem a várandósság biopszichoszociális vetületeinek tanulmányozásával. Hét évig a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján dolgoztam családvédelmi konzulensként. Emellett terepgyakorlaton tanulmányoztam Angliában a kórházi szociálismunkát, különös tekintettel a koraszülések és a sikertelen terhességek gondozására.

A szülészeten végzett kórházi szociális munka kiemelkedő szerepéről

Bizonyított tény, hogy az embert körülvevő és a benne élő rendszer elemi kölcsönhatásban van egymással, tehát nem érhetünk el változást az egyik területen anélkül, hogy a változás maga után ne vonná a más területeken bekövetkező változásokat is. Tehát, az egészségügy sem dolgozhat elszigetelten, kizárólag a betegségre koncentrálna. Figyelembe kell vennie a pszichés, szociális és család és szociálpolitikai szempontokat egyaránt. Biztosítani kell a megfelelő szakemberek képzését, működési feltételeit és elérhetőségét.

Ez a szemlélet nem csak emberséges hozzáállás kérdése, de jelentős demográfiai előnyökkel is bír, hiszen a szülő nők jobban, könnyebben regenerálódnak, lényegesen elégedettebbek olyan intézményben, ahol a gyógyító személyzet partnerként viselkedik, és ahol lehetőség nyílik a nem szorosan vett szomatikus problémák megbeszélésére, kezelésére is.

Mindez maga után vonja azt is, hogy az a szülő nő, aki elégedetten távozott a kórházból, később is nagyobb eséllyel fog újabb gyermeket vállalni,

hiszen a pozitív szülés élmény segíteni fogja ebben, így növekedhet a gyermekvállalások száma, ami pozitív hatást gyakorol a demográfiára.

Magyarországon a kórházi szociális munkának alig van hagyománya. Legelőször a pszichiátriai intézmények alkalmaztak szociális problémákkal foglalkozó szakembereket (akik legtöbbször eredetileg nővérek voltak), mert itt volt a legnagyobb a szociális problémák által okozott nyomás.

Szülészeti intézményekben leginkább a védőnőnek van lehetősége ilyen irányú tevékenységet folytatni.

A védőnő feladatköre azonban sajátosan a csecsemőre, a gyermekágyas korszak higiénés és gondozási problémáira irányul.

Előfordul az is, hogy egyetlen kórházi szociális munkás foglalkozik a kórház összes osztályával, így nincsen az egyes osztályoknak a speciális területekre orientált szociális szakembere.

Fontos lenne, hogy a szociális szakemberek gyökeret tudjanak verni az egészségügyi intézményekben, ez nagy haladást jelent a perinatális gondozásban is.

Bio-Pszicho-Szociális szakellátás a szülészet-nőgyógyászat területén

A szülészeteken végzendő családvédelmi konzulensi munka fontosságát indokolja, hogy a család szerepe a történelem során nagymértékben megváltozott.

A feudalizmusban a hagyományos családszerkezetet a gazdasági érdekek tartották egyben. Az iparosodással és az azzal járó individualizációval megjelentek az érzelmi alapon kötött házasságok. A különböző szociális ellátó rendszerek és juttatások megjelenésével (nyugdíj, anyasági támogatások), valamint a nők munkába állásával fokozatosan megváltoztak a családi viszonyrendszerek. Az eltartókból és eltartottakból álló dichotóm családszerkezetet felváltotta az érzelmi alapokon nyugvó családi struktúra.

A gazdaság és az állam fejlődésével egyre jobban elkülönült a gazdasági és a privát szféra. Előtérbe került a család érzelmi, támogató jellegű funkciója. Ezt G. Kaplan által felállított modell mutatja a legjobban, amely a következőkben írja le a család funkcióit:

1. A család, mint világra vonatkozó információk összegyűjtője és terjesztője. Napjainkban a tömegtájékoztatás megjelenésével ez a funkció kissé módosult, nem az információk átadása dominál, hanem a külső forrásokból beszerzett tudásanyag

értékelésében ad segítséget a család.

2. Visszajelentő - útmutató rendszer, a családtagok viselkedéséről ad visszajelzést, ezzel valósítja a meg a szocializáció szerepét.

3. A világról kialakult kép, az életfilozófia forrása - ha ennek átadása hitelesen történik, ez nagy erőt ad az egyénnek krízisek idején.

4. A problémák megoldásában eligazít és közbenjár. Segítséget nyújt abban, hogy mit hogyan kell elintézni.

5. A gyakorlati és konkrét segítség forrása.

6. A pihenés és regenerálódás színtere.

7. Referencia és kontrollcsoport.

8. Az identitás forrása.

9. Fokozza az érzelmi teherbírást.

Ezeket a funkciókat sajnos sok család nem, vagy csak részben tudja betölteni. Krízisek idején ők a fokozottan veszélyeztetettek. A családi működés zavarainak sokféle szociológiai magyarázata létezik. Mindegyik modell nagyon értékes megfigyeléseket hordoz. Érdemes a konkrét problémás családot beilleszteni valamelyik modellbe, mert így a családdal végzett munka céltudatos klienszolgáltató kapcsolattá válik.

Családvédelmi konzulens

A szociális munkás egy általános szó, és fontos lenne találni egy célzott kifejezést, azokra a szakemberekre, akik kifejezetten a perinatális gondozásban dolgoznak. Javasolom a családvédelmi konzulens szó használatát. Jelen tanulmányomban is ezt

a kifejezést fogom használnia a perinatális szociális munka tárgyában.

Fontos, hogy a családvédelmi konzulens az orvosi team tagja legyen és az orvosi teamen belül külön mentálhigiénés csoport foglalkozzon a pszichés,

szociális és jogi problémákkal.

A csoport javasolt tagjai szülésznő, nőgyógyász, védőnő, neonatológus, szülésznő, gyógytornász, neurológus, pszichológus, valamint pszichiáter.

A családvédelmi konzulens szülőtámogatást nyújt (parenting support), amely minden esetben mentálhigiénés, jogi és szociális segítségnyújtás.

Egészséges (komplikációmentes) perinatális eseményeknél: mentálhigiénés segítségnyújtásból -

jogi - szociális segítségnyújtásból áll. Ettől eltérő esetben például: mentális nehézségeknél (gyermekágyi depresszió), öröbeadás-örökbefogadásnál, terhességmegszakításnál, fiatalos terhességek gondozásánál, amikor fogyatékkal élő gyermek születik a családban, koraszülött gyermekek szüleinek támogatásánál, sikertelen terhességeknél nyújt segítséget.

A családvédelmi konzulens általános irányelvei

Mint minden szakmának, fontos, hogy legyenek általános irányelvei, amelyek mentén szervezi a munkafolyamatokat, és amelyek meghatározzák a szakmai folyamatokat. Ezen elvek alapján a következők határozhatóak meg a családvédelmi konzulens irányelvei tekintetében, amelyek a szakszerű és hatékony feladatellátásra irányulnak:

- bio-pszicho-szociális egységes szemlélet
- elsődleges, másodlagos, harmadlagos prevenció elmélete és gyakorlata
- szociálpszichológiai és pszichoszociális problémaérzékenység
- szociális rizikófaktorok szűrése
- jogi ismeretek.

Maga a várandósság, mint állapot tekinthető egészséges krízisnek (G. Kaplan) a tekintetben, hogy a várandós nő fizikai és mentális állapota megváltozik, valamint a pár viszonyrendszere átalakul és a család addigi szerkezete is módosul, hiszen gyermektelen párból szülőpár lesz, illetve egygyermekes családból többgyermekes, illetve nagycsalád alakul. Az elmondottakkal összhangban fontos minden várandósság tekintetében a krízisintervenció. Amennyiben a várandósság során nem várt esemény következik be, fokozott megterheléssel járó krízisről beszélünk. A krízisintervenció a családvédelmi konzulens feladatai közé tartozik, akinek az alábbi személyiségi kompetenciákkal kell rendelkeznie:

- nyitottság
- rugalmasság
- önkorrekciós képesség (prekonceptió, koncepció, gyakorlat, korrekció)
- autonómia, kompetencia és együttműködés egyensúlya
- kompetencia-határainak betartása,

- szakmai önazonosság tudat
- empátia, kongruencia, feltétlen elfogadás.

A családvédelmi konzulens feladatai a szülészeti osztályon:

- az anya anyai elfogadó és gondozói attitűdjének bemérése (szűrés, irányítás, pszichés támogatás)
- a család támogatása a perinatális események elfogadásában (egészséges helyzetektől a krízishelyzetekig)
- a szociális hátrány helyzet szűrése, segítségnyújtás, irányítás, jogi és egyéb tanácsadás
- a koraszülött anya-gyermek kapcsolat támogatása az orvossal együtt (beteg koraszülötteknél a szülőknek távlati, irányított menedzselési programja)
- az anya elfogadó attitűdjének fejlesztése
- fiatalos pszichoprofilaxia
- szenvedélybeteg szűrése, gondozása
- patológiás terhességeket átélt családok fokozott támogatása
- fiatalos terhések csoportjával való foglalkozás
- krízisintervenció szülési kedv megtartására irányuló segítségnyújtás magzat veszített anyák körében, például spontán vetélők esetében
- genetikai okok miatt terminált vetélés-indítás (döntés-előkészítő funkció, a házaspár támogatása... stb.)
- koraszülött, illetve beteg újszülött anya-gyermek kapcsolatának támogatása, ill. a csecsemő halála esetén a gyászfolyamat támogatása
- egészséges terhések anyaságra felkészítő tanfolyamában való részvétel, az anyasághoz kapcsolódó jogi ismeretek átadása
- a klinika oktatási programjában való részvétel
- onkológiai és nőgyógyászati műtéten átesett asszonyok életminőség-kialakítási programja

- a családvédelmi konzulens részvétele az oktatói tevékenységben, mint elmélet- és gyakorlatvezető, hogy a leendő orvosok tudjanak a tevékenységi köréről és igénybe tudják venni, segítve a perinatális ellátást.

A családvédelmi konzulens feladatai a várandósgondozás területén:

- jogi és szociális tanácsadás;
- anyaságra felkészítő tanfolyamokon részvétel;
- sikertelen terhességeknél pszichés és jogi tanácsadás;
- fontos tevékenységi kör a gyászmunka feldolgozás segítése és a fertilitás pszichés támogatása;
- sürgősségi gyermekelhelyezési ügyek intézése;
- az abortusz előtti és utáni pszichés támogatás, leginkább a megelőzés fókuszával, illetve a megismétlés lehetőségének elkerülése érdekében;
- a hatályos közlönyök, jogszabályok ismerete, és gyakorlati alkalmazása;
- kapcsolattartás a szociális ellátórendszer intézményeivel, családvédelmi segítségnyújtás, szaktanácsadás.

A várandósság befejező szakaszában, valamint a korai gyermekágyas időszakban sok kismama aggódva tekint a hivatalos ügyek intézése felé. Ez az aggodalom érthető, hiszen számos hivatali ügy elintézése vár a családokra, valamint számos lehetőség is rendelkezésükre áll a családi juttatások tekintetében - a megfelelő információhoz való hozzájutással. A családvédelmi konzulens tájékoztatja a klienseket a hivatalos ügyek intézéséről, a családi támogatásokhoz való hozzájutás módjáról és feltételeiről.

Az örökbeadás

A családvédelmi konzulens sokat segíthet abban, ha valaki olyan élethelyzetben van, hogy nem tudja felnevelni gyermekét, mégis megtartja és örökbe szeretné adni, akkor a gyerek a megfelelő gondozást kapja és egészségesen tud fejlődni.

Jelenleg a hatályos feltételekkel lehet örökbeadni, örökbefogadni: nyílt, zárt stb. A családvédelmi konzulens felvilágosítást ad minderről és a szabályok mentén tudja terelni a folyamatot már a terhesség alatt.

Előfordulhat, hogy az örökbeadó szülő különböző érzéseket érez az örökbeadás után - düh, gyász,

Egy új élet születése a legnagyobb csoda, ami történhet egy szülőpár életében és nincs nagyobb kincs, mint egy gyermek. A legtöbb pár, amikor megtudja, hogy gyermeke születik, örömmel fogadja, azonban egy új élethelyzet elé is néz, ezért érthető, hogy az öröm szorongással is párosulhat. Fontos, hogy egy egészséges várandósságnál is legyen lehetőség, ezekről a kétségekről is nyíltan beszélni, amelyek még nem feltétlenül patológiás érzések vagy gondolatok, adott esetben nem igényelnek pszichológust vagy egyéb orvosi ellátást. Ezen beszélgetések lefolytatása történhet családvédelmi konzulens bevonásával.

A családvédelmi konzulens segíti a klienst, amennyiben szociális vagy kapcsolati problémái vannak. A gyermekágyas osztályon legtöbbször jogsegélyszolgálatra, az érdekvédelemre való kapcsolatfelvételre van szükség. Előfordul, hogy felmerül összetettebb, már a családgondozás területére tartozó probléma is. Ilyen pl. a hajléktalanság. Ide tartozik még a szociális vagy családi okok miatt veszélyeztetett újszülöttek kiszűrése, a problémák kezelése a helyi szociális, egészségügyi és államigazgatási szervekkel együttműködve.

Előfordulhatnak komplikációk is a várandósság alatt, amelyek speciális orvosi figyelmet igényelnek. A korai terhességben történő orvosi ellenőrzések, tesztek segítenek felfedezni azokat a problémákat is, amelyek károsan hatnak a magzat egészséges fejlődésére. Amennyiben fennáll a lehetősége annak, hogy egy magzatnak testi vagy szellemi fogyatéka van, természetesen szakmai segítséget kap a kezelési utat illetően a szakmai tanácsadáson.

veszteség érzése, vagy megkönnyebbülés - ezek hosszú időn keresztül is folytatódhatnak.

Az érzések visszatérhetnek a gyermek születésnapján, évekkal az örökbeadás után is. Ezért nagyon fontos a családvédelmi konzulens által nyújtott segítség, amely arra irányul, hogy az örökbeadó tisztában legyen döntésével, vállalja annak pszichés következményeit, és legyen lehetősége ezek feldolgozására, annak érdekében, hogy mindez ne okozzon később feszültséget se benne, se az örökbefogadó család és a gyerek viszonyában.

Művi terhességmegszakítás

Nagyon fontos lenne az abortusz megelőzése, mind ez egy nagyon fontos morális kérdés is, mert egy másik életről dönt ilyenkor, aki ezt az utat választja. Kívánatos lenne az abortuszok számának csök-

kentése, a szemléletformálás az esemény bekövetkezése előtt. A családvédelmi konzulens át tudja beszélni a pszichés és morális hatásokat is.

Koraszülések és sikertelen terhességek gondozása

A koraszüléseknél és a sikertelen terhességeknél sem elhanyagolhatóak az életmódbeli tényezők.

Fontos tudni, hogy a terhesség 12. hetéig tartó időszaka a legvulnerábilisabb a magzat számára. Ebben az időszakban még nem egyértelműek a terhességre utaló jelek. Az elmaradó menstruációt, a hányingert még lehet betegségnek vagy más tényezőnek tulajdonítani. Ez magával vonhatja azt, hogy az addig dohányzó vagy alkoholizáló anya nem mond le káros szenvedélyéről.

Az anya még nem él terhessége tudatában, nem vigyáz kellőképpen magára és így már élő magzatára sem. Előfordulhat, hogy egy kívánt terhesség is vetéléssel végződik. Ezért lenne nagyon fontos az általános egészségügyi felvilágosítás, még a terhesség bekövetkezése előtt.

Szociális hátrányok

Szociális hátrányok is gyakran vezethetnek koraszüléshez. A perinatális mortalitás és a koraszülés, valamint a csecsemőhalandóság és az összes életkori kohorsz felnőttkori mortalitása magasabb az igen kedvezőtlen helyzetű társadalmi osztályokban. Az arány egyenes arányban romlik a szociális helyzet romlásával (D. Armstong).

A születendő gyermek eltartása miatti szorongás nehezíti a terhesség alatti időszakot. Nem kívánt terhesség esetén a probléma hatványozódik. Előfordul, hogy az örökbeadás lehetőségének felvilágosítása oldhatja a szorongást. Ehhez azonban megfelelő kapcsolattartásra van szükség.

A koraszülések gyakoriságában mindenképpen szerepet játszik a dohányzás. Első látásra a dohányzás nem a depriváció mutatója, hanem inkább a viszonylagos jólété, lévén, meglehetősen drága szokás. Mégis egyes elemzések szerint a dohányzást és az alkoholizálást lehet úgy értelmezni, mint az anyagi deprivációra való reakciót (Graham, 1984.).

Fokozott pszichés megterheléssel járó szülészeti események

Fiatalkorú terhesség

A fiatalok esetében fokozottan fontos odafigyelni arra, hogy felmérjük a fiatalok pszichés állapotát (fejlesszük az érettségét a gyermekvállalásra), valamint, hogy lássuk, hogy milyen támogató háló veszi őt körül, annak érdekében, hogy felelősen viselje várandósságát és gondozza megszületendő gyermekét.

A várandós osztályon fekvő anyák

A várandós osztályokon fekvő anyák helyzetét meglehetősen megnehezíti a hosszú kórházi tartózkodás, vagy ha a szülés körül problémák merülnek fel, ezek rossz élményeket okoznak számukra, amely megnehezíti a későbbi gyermekvállalásukat. Többször otthoni problémáik megoldásában is külső segítséget igényelnek. Könnyen belátható, hogy aki nagyobb gyerekeit, családját, jövődő gyermekének helyzetét biztonságban tudhatja, könnyebben fogja kiviselni jelenlegi várandósságát, kevésbé mutat pszichoszomatikus tüneteket. Emiatt nagyobb eséllyel szül majd egészséges gyermeket és vállal további gyermekeket is.

Sikertelen terhességeknek, a perinatális halálozásnak több formája is előfordulhat

A sikertelen terhesség fogalma:

1. halvaszülés
2. vetélés vagy a vetélés megindítása a magzat élettel összeegyeztethetetlen betegsége miatt
3. kora-, vagy újszülött csecsemő halála.

A szülők minden olyan esetben, amely eltér a vártól, nagyon sokféle, bonyolult érzelmet élnek át. Egyrészt szembekerülnek a veszteség élménnyel, a gyermekükről alkotott ideál elvesztésével. Ehhez társul a sikertelenség, és a - sokszor irreális - büntudat, valamint az a mély kudarcézés, hogy ők képtelenek egészséges gyermeket nemzeni. Amennyiben a gyermek korán vagy súlyos problémával születik, akkor ehhez társul a félelem a gyermek halálától, ugyanakkor, ha súlyos fogyatékkal születik a gyermek, akkor ezzel a félelemmel együtt titkolt kívánság is él bennük a gyermek halálára

vonatkozólag. Láthatjuk, hogy mennyire sokféle és ambivalens érzések terhelik ezt a krízis-szituációt. A krízishelyzet megfelelő feldolgozása két okból is fontos.

Az egyik az, hogy a későbbiekben el tudják fogadni gyermeküket, másrészt, a sikeres megoldások beépülnek a problémamegoldó eszköztárba, és ezzel elősegítik a család fejlődését.

Amint a szülők megértik ambivalens érzéseiket, elkezdődik a feldolgozás időszaka, amelynek során el tudják fogadni a gyerek állapotát, és megkezdődik a család reorganizációja.

Ennek nagyon fontos eleme a szülőknek való ismeretnyújtás a gyermek állapotáról, speciális szükségleteiről, reális tervek kialakítása a jövőre nézve, és minden olyan segítség megadása, amellyel a lehető legadekvátabban nevelhetik gyermeküket.

A gyerek születése önmagában véve is krízist jelent a család számára.

Amennyiben a koraszülött gyermeket elvesztik a szülők, akik még fel sem voltak készülve a gyermek születésére, máris a halálával kell szembesülniük. Ezt a tragédiát nagyon nehéz feldolgozni és segítséget kérni. Az, hogy sikerül-e mindez, az több tényező függvénye.

Ezek a tényezők: az előzetes tapasztalatai a stressz feldolgozásáról, az őt körülvevő segítő rendszerek természete és minősége (nagy szülők, rokonok, barátok), a házasság stabilitása.

Ezekben az esetekben az egészséges gyászreakció 4-6 hétig terjed, és sikere attól függ, hogy a gyászoló képes-e eltávolodni az emléktől.

A gyászoló szülők helyzetét nehezíti, hogy a gyász sajátos rítusai sajnos kikoptak a mindennapi életből, így nincsenek meg azok a keretek, amelyek mederben tartanák, és egyben kimondhatóvá tennék a fájdalmukat. Ugyanakkor a jelenleg élő közszemlélet szerint a gyászt el kell felejteni, nem illik róla beszélni, a gyerek haláláról pedig különösképpen nem.

Intrauterin elhalt gyermek esetében sokszor kapják a szülők azt a tanácsot, hogy ne temessék el a magzatot.

A pár napot élt gyermek esetében meg szeretnék óvni a szülőket a temetés fájdalmától. Ez a szemlélet a szülőkből is él, és ezért sokszor döntenek úgy, hogy ha intézkednek is a gyermek temetését illetően, akkor sincsenek jelen a temetésen.

A jelen törvények szerint a szülőknek kell gondoskodniuk a temetésről. A temetés intézése nagy

fájdalommal jár, ám, a folyamat végigvitele és a szertartás segíti a szülőket a gyász munka folyamatában.

Igen kis súlyú, vagy fogyatékkal született gyermektől esetleg mindkét szülő távol tartja magát, és nem látogatják meg, mert tartanak tőle hogy, ha látnák, ismernék, akkor jobban szenvednének, ha később elveszítenék. Nehéz megélniük a helyzetből eredő szenvedést, és ennek kinyilvánítását, pedig a tapasztalatok azt mutatják, hogy sokkal könnyebben, és kisebb sérüléssel kikerülnének a krízisből, ha ezt megtennék.

A szembesülés elkerülése a veszteség "tárgyával" megnehezíti a gyászmunkát, mivel annak szerves része az elhunytól való emlékek elrendezése, feldolgozása, ez pedig, mivel erről a gyermekükről semmilyen élményük nincs, jelentősen megnehezül. A temetésen való részvétel segít valóságossá tenni a gyermek halálának tényét, amely felfoghatatlan maradhat másképp a gyászoló szülők számára. A szembesülés segíti a szülőket abban, hogy elfogadják a gyermeküknek, mint létező személynek a halálát. Amennyiben nem történik meg a gyermek, mint önálló, megismételhetetlen ember halálának elfogadása, akkor továbbra is benne él a szülőkből, mint az "ideális gyerek", és az utána születő testvére esetleg sosem tud olyan idealizált, pozitív tulajdonságokkal bírni, tehát "tökéletes" lenni, mint az előző, elveszett gyermek. Az aggodás érzése is áttevődik a következő gyerekekre. Szélsőséges esetben funkcionális meddséget is okoz.

Veszélye, ha a gyászfolyamat elhúzódik, tagadásra vagy elfojtásra kerül sor, és/vagy nagyon hamar kerül sor a következő gyermek vállalására. Ezért nem tanácsos arra biztatni a szülőket, hogy minél hamarabb vállaljanak következő gyermeket, mert ez növeli a szorongás, a vetélés illetve a "pótgyerek" jelenségének megjelenését. A "pótgyermek" esetén a gyermek is erős büntudatot élhet át, mert úgy érzi, ő csak egy másik ember halála miatt született meg.

Nehezíti a gyászt az is, hogy kutatások tanúsága szerint gyermekek elvesztésekor önmagában is szignifikánsan erősebb az önvád, magasabb arányban fordul elő depresszió, szomatikus tünetek, impulzivitás, szorongás, az önértékelési és szociális zavarok fokozottabbak, és gyakrabban fordulnak tagadáshoz.

Ugyanakkor az is előfordul, hogy a szülőkből él az a természetes vágy, hogy lássák, érezzék, meg-

érintsék gyermeküket, még abban az esetben is, ha a gyermek halva született. A jelenlegi közgondolkodás annyira tabunak tekinti a halál tényét, és annyira fél a szenvedéstől, hogy nagyon rossz állapotban lévő gyerek látogatását sem mindig ajánlják. Sokszor az egészségügyi személyzet sincs a gyászmunka folyamatának segítésére felkészítve, ezért ennek irányában befolyásolják a szülőket is. A szülők, ha szeretnék is, gyakran akkor sem merik megkérni, hogy engedjék meg azt, hogy megnézzék, megérintsék halott gyermeküket. Saját klinikai tapasztalatom szerint nagyban elősegíti a gyász feldolgozását az a tény, hogy a szülők fizikai kapcsolatba kerültek- e gyászmunkájuk "tárgyával" - gyermekükkel, vagy sem. Mindez pedig komoly kihatással van a későbbi gyermekvállalási kedvükre, pszichés kondíciójukra, pszichoszomatikus gátjaikra.

Esetbemutató

Egy 35 éves habituális vetélő nőnek ikerterhességből a 25. terhességi hétre született két igen kis súlyú újszülöttje. Az első találkozásunkkor megkérdeztem őt, hogy látta-e már koraszülött gyermekeit. Azt felelte, még nem mert meglátogatni őket. Én már láttam a gyerekeket, így el tudtam mondani, hogy vannak a babák, és hogy milyen az állapotuk. Tekintve, hogy igen kis súllyal születtek, nem volt jó az életésélyük. Elmondtam, hogy mit kell tenni az intenzív osztályon, hogy kell viselkedni, és milyen szabályok vannak. A beszélgetés végén újból rákérdeztem, akarja-e a szülő meglátogatni a gyerekeket, és egyben felajánlottam, hogy elkísérem. Elfogadta az ajánlatot, és így felkészítés után kísérettel már el mert menni a gyerekekhez, majd rendszeresen járt hozzájuk. Később sajnos mindkét gyermeket elvesztettük, néhány nap különbséggel. Az anyának néhány napig még a klinikánkon kellett maradnia, így mód nyílt arra, hogy több beszélgetést folytassunk, és figyelemmel kísérhessem az állapotát. A konzultációk során egyértelműen megállapítható volt, hogy megkezdődött a gyászmunka, és megnyugtató módon halad is előre. Az anyuka elmondása szerint ez nagyban köszönhető annak, hogy megnézte a gyerekeit és kapcsolatot alakított ki velük, így konkrét emlékei voltak róluk, valóságossá vált előtte a megszületésük ténye, majd sajnálatosan fokozatosan romló állapotuk, majd tragikusan bekövetkezett haláluk. Azáltal, hogy végigkísérte a folya-

matot nem érzett büntudatot azért, hogy elhanyagolta a gyermekeit, tárgyat kapott a gyászra, tudott az emlékezés segítségével dolgozni a gyászon, amit valóságosan élt meg, így az nem okozott elakadást. Pár év múlva zavartalan terhességből, egészséges kislánynak adott életet, akit a harmadik gyermekeként fogadott.

Vetélés és intrauterin elhalás

Vetélés és intrauterin elhalás esetén nehezíti a szülők helyzetét, hogy nincs megfogható tárgy a gyásznak. Nincs rá mód, hogy láthassák a gyermeküket, sőt vetélésnél a környezet nem ritkán bagatellizálja az anya fájdalmát, nem tartja "gyászra érdemesnek" a magzatot, miközben nem ritkán az anya nagy fájdalmat él át, a környezet viszonyulása miatt azonban ő sem mer gyászolni, elfojtja a veszteség érzését, így nem tudja feldolgozni, aminek ugyanolyan következményei lehetnek, mint a terhesség későbbi szakaszában átélt veszteségnek. Perinatális halálozás esetén a gyászfolyamatot a következő tényezők határozzák meg:

- a veszteség körülményei,
- az elhunytal való kapcsolat,
- a gyászoló személyisége,
- a szociális támasz.

Retrospektív kutatásban arra kerestük a választ, hogy melyek azok a tényezők, amelyek jelentősen befolyásolják a szülők gyászmunkájának sikerét. A gyászfolyamatot segítik bizonyos tárgyi feltételek, élmények, valamint a kórházi személyzet adekvát magatartásformái.

A segítő magatartásformák a következők lehetnek: Az orvos gyors és pontos tájékoztatása. Azok, akik ilyen tájékoztatást kaptak, sokkal könnyebben fel tudták dolgozni a hírt, és sokkal segítőkészebbnek élték meg az egészségügyi személyzet hozzáállását. A családvédelmi konzulens nem nyújthat orvosi információt, azonban segítségére lehet az orvosnak abban, hogy a betegben elmélyüljön a tájékoztatás. Kutatásunk során találkoztunk olyan édesanyával, akinek gyermeke nagyon súlyos fogyatékossgal született. Az édesanya megkapta a megfelelő tájékoztatást, azonban nem lehetett azonnal megállapítani, vajon meg is értette-e azokat. Később az anyával folytatott beszélgetésben külön rákérdeztem arra, hogy tudja-e milyen a gyermeke állapota, így felmérhetővé vált, hogy mit értett meg és mit nem. Így az orvos közös megbeszélésünk után korrigálhatta azt.

Haláleset bekövetkezésekor is leghelyesebb és legcélravezetőbb a szülők azonnali, pontos felvilágosítása. A családvédelmi konzulens a gyógyító team felvilágosítását követően ajánlhatja fel a segítő beszélgetés lehetőségét a szülőpárnak.

A lehetőség, hogy a szülők nyíltan beszélnek gyermekükről, és a tragikus haláláról, nagymértékben elősegíti a gyászmunkájukat.

A családvédelmi konzulens a következő módon segíti elő a veszteség feldolgozását:

- beszél a szülőkkel a temetésről, biztatja őket, hogy vegyenek részt aktívan a folyamatban
- beszél a gyászfolyamatról és az önvádról
- segít megtervezni a családtagokkal, testvérekkel való beszélgetést
- a barátokkal, szomszédokkal folytatandó beszélgetést és a viselkedést segíti
- nem tanácsol mihamarabbi gyermekvállalást
- támogatja az elsődleges segítő hálózat (család, barátok) mobilizálását.

Fontos, hogy a családvédelmi konzulens még legalább egy hónapig elérhető legyen.

A kutatás azt is mutatja, hogy sokat segíthet a szülőknek, ha megnézhetik, megérinthetik, elbúcsúzhatnak halott gyermeküktől, és ha igénylik, kaphassanak róla tárgyi emléket: fényképet, karzalagot, hajtincset.

A családvédelmi konzulens feladata erre felkészíteni a szülőket, a végrehajtásban segíteni nekik, és az utána való feldolgozást facilitálni.

A következő rizikócsoportokat határozzuk meg, akiknél sokkal gyakrabban történik inadekvát feldolgozás vagy anticipált gyász:

1. idősebb primipara, akinek még nincs gyermeke,
2. nem hívő szülő, akinek világsképe nem ad segítséget,
3. már egy vagy több gyerekkel rendelkező, aki tagadja, hátrítja a tragédia okozta veszteséget, illetve a halál, a gyász verbális feldolgozására környezetében nincs lehetősége,
4. akinek a veszteség előtt is szegényesek voltak a megküzdő stratégiái, és azok hatékonysága a halál következtében tovább romlottak.

Ezek a tényezők nagyrészt felmérhetők az első találkozásnál, és akik ebbe a rizikófaktorba tartoznak, azokra különös figyelmet kell fordítani.

Koraszülött vagy fogyatékkal született gyermek születése tényének feldolgozása

Fokozott pszichés megterheléssel járó perinatális események átélésének bekövetkezte, különböző magatartás- és viselkedési formákat váltanak ki a szülőkből, melyek megnehezítik a feldolgozást. Ezek a következők:

1. Szembenézés a koraszülött vagy beteg gyermek halálának lehetőségével.
2. Konfrontálódni azzal az érzéssel, hogy nem nemzett egészséges utódot. Önvád, azzal kapcsolatban, hogy hozzájárultak-e a jelen helyzet kialakulásához.
3. Interakcióba kell lépniük a gyermekükkel, aki a szülőkből élő idealizált újszülött helyett nem várt képet mutat, sokszor gépek segítségére szorul ahhoz, hogy életben maradjon.
4. A gyerek speciális szükségleteinek megismerése, hogy a szülők mindenképpen tudnak konstruktívan jelen lenni, és gondozni gyermeküket. Fontos megérteni és elfogadni a gyermek állapotát, mind kognitív, mind emocionális szinten.

Ez a folyamat négy fázison keresztül megy végbe:

I. "Hogyan történhetett ez?" fázisa

Ez tagadással is jár, ilyenkor gyakori a düh, az információ keresés, hosszú idő kell addig, hogy a szülők eljussanak odáig, hogy elfogadják a megváltoztathatatlan. Gyakran az átélt trauma izolációt vált ki, és emiatt a szülők visszautasítják azt is, hogy meglátogassák gyermeküket. Ez az állapot napokig, sőt hetekig is fennállhat, amely hátráltatja a későbbi kapcsolatteremtést a gyermekkel. Erre az időszakra az anticipált gyász és a depresszió a jellemző.

II. Ambivalens érzések megélése

Ebben a fázisban az érzelmek széles skálája mobilizálódik, amelyek együtt igen ambivalensek. Szomorúság, gyász, düh, aggodalom, neheztelés, büszkeség, boldogság, megkönnyebbülés, büntudat.

III. Adaptáció

A szülők ekkor már képesek a realitások figyelembevételével megfelelő kapcsolatot kialakítani gyermekükkel, terveket készíteni a jövőre nézve.

IV. Reorganizáció - újraszerveződés

Ekkor történik meg a gyermek elfogadása, beillesztése a családba.

Az alábbiakban a Kaplan és Mason, valamint modellek szerint mutatjuk be ezeket a fázisokat:

(Kaplan és Mason, Drolan)

I.

- Anticipált gyász és depresszió
- Sokk, tagadás

II.

- A beteg gyermek születése tényének elfogadása
- Szomorúság, gyász, düh, aggodalom

III.

- Újrakezdeni a kapcsolat kiépítését
- Adaptáció

IV.

- A szülők elkezdik megérteni a gyermek speciális szükségleteit
- Adaptáció, újraszerveződés

Ezen folyamatok egy része már a kórházban elkezdődik, ezért azt a családvédelmi konzulens segíteni tudja. A kórház elhagyása előtt azonban a folyamat nem válhat teljessé. Értelmi fogyatékkal

született gyermekek szüleivel folytatott interjúkból kiderült, hogy ha fogyatékosan születik egy gyerek egy családban, a férfiak nagyobb százaléka elhagyja azt. Egyes becslések szerint ez 80%-ra is tehető.

Fontos tehát segíteni az apákat is, és a családot, mint egészet támogatni, akkor a férfiak is megfelelőbb krízis megoldási módokat találhatnak.

Mindez nem csak az egyes családtagokra és családokra nézve lenne jótékony hatású, hanem az egész társadalomra nézve is, mind mentálhigiénés, mind gazdasági szempontból. Hiszen a társadalom fenntarthatóságát a működő családok alkotják.

Krízis esetén az egész családnak van szüksége támogatásra. Az édesapákra még inkább nehezedik az a társadalmi nyomás, ami a gyász elfojtására ösztönzi őket. Szocializációs minták szerint már kiskorunkban megtanulják, hogy egy férfi sosem sír, nem mutatja ki az érzelmét, így ők sokkal nehezebben fordulnak segítségért.

Befejezés

A veszteség élménye elkerülhetetlen fájdalommal jár. Ezt pedig általában igyekszünk elkerülni. Olyan élethelyzeteket próbálunk teremteni magunknak, amelyben a legkevésbé sérülünk. A fájdalom nem egyenlő a sérüléssel. Ellenkezőleg, adott esetben a fájdalomra adott elsődleges reakciók, mint a menekülés az adott szituáció átélésétől, tudomásul vételétől, megnehezíthetik a magzatvesztés traumájának feldolgozását.

A megszabadulás keresése gyakran inadekvát válaszreakciókat válthat ki, mint a függőség, alkoholizálás, droghasználat, illetve a pszichoszomatikus tünetképzés, mint amilyen a funkcionális meddőség is, egyfajta inadekvát válaszreakció.

Freud fejti ki a következőket: a túlzott szenvedés szenvedésnyomást vált ki, amely, amikor már az egyén számára ki nem fejezhetővé, nem verbalizálhatóvá válik, pszichoszomatikus tünetképzésként nyilvánulhat meg. Így az enyhülés keresése csupán akut, tüneti kezelés, nem oldja meg a probléma gyökerét.

A fájdalom érzetének fontos gyakorlati haszna van a jövőre nézve: mobilizálja az embert, mozgásban tartja.

A megszabadulás keresése a megoldás keresésére

sarkallja az embert. Ez igaz, mind a testi, mind a lelki fájdalomra egyaránt. Így van ez a vesztés következtében átélt fájdalom esetében is. Amikor elveszítünk valakit, valaki meghal, akit szerettünk, a múltból emlékszünk rá. Amikor szomorúak vagyunk és sírunk, rá emlékezünk. A múltban azonban nem érzünk fájdalmat, arra csak a jelenben vagyunk képesek. A jelenben érezzük a fájdalmat, akkor is, amikor arra gondolunk, hogy milyen jó lenne, ha itt lenne, mit mondanánk majd neki, mit kérdeznénk tőle a jövőben. Ami a jelenben történik, az maga a fájdalom. Ez segíti az embert abban, hogy végigmenjen az egészséges gyász-munka folyamatán.

A gyász-munka folyamata minden veszteség esetén elkerülhetetlen. Sikeres megküzdés esetén, a folyamat végén bekövetkezik a belenyugvás, amikor az ember már interiorizálta a veszteség tárgyát, már nem fáj az emlékezés. Úgy érezzük, hogy bár nincs közöttünk, akit szerettünk, de emléke örökké bennünk él. Ahhoz, hogy egy szülőpár bio-pszicho-szociális szempontból egészségesen tudjon újra gyermeket vállalni, egy nem várt perinatális krízis után összehangolt, szakszerű segítségre van szüksége, ezáltal csökkenthető a funkcionális meddőség,

habituális vetélés, mint sekunder hatás a gyermekvállalásban, és elősegíthető, hogy minél több kívánt gyermek születhesse meg.

A családvédelmi konzulens feladata a demográfiai folyamatok jó irányba történő elmozdulása érdekében elengedhetetlenül fontos. Szükségességét igazolja, hogy a családvédelmi konzulens felkészültsége alapján olyan intervenciókra képes,

amely kiegészíti a par excellence gyógyító tevékenységet. A családvédelmi konzulens munkájának perinatális eseményekre gyakorolt primer, sekunder és terciér (megelőzés-esetkezelés-rehabilitáció) hatása össztársadalmi szinten járul hozzá a demográfiai folyamatok pozitív irányba való elmozdulásához, csökkentve a krízis események elhúzódo negatív hatását.

Felhasznált irodalom

- Kovácsné Török Zsuzsa: Szülés körüli magzathalálozás pszichológiai vonatkozásai Doktori értekezés, DOTE, 1994.
- Lewis, Emmanuel: Mourning by the Family after a Stillbirth or Neonatal Death In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. II. kötet, 43-50. old.
- Szabó Lajos Klinikai pszichológia és Kórházi szociális munka tárgyak keretében elhangzott előadásai
- Bálint Mihály: Orvos-beteg-betegség
- Barnes G. G. : Családterápia és gondozás. Családterápiás olvasókönyv 11., Budapest, 1991
- Burnell, George M.: Maternal Reaction to the Loss of Multiple Births In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 35-41 old.
- C. Molnár Emma. : Anyasági és társadalmi adaptáció, Kandidátusi értekezés 1982.
- Cseh- Szombati László Családszociológiai problémák és módszerek, Társadalomtudományi kv., Gondolat, Budapest, 1979
- David Armstrong: Az orvosi szociológia alapjai
- December 1989 Psychological aspect of obstetrics and gynecology Készülődés a következő terhességre
- Dr. C. Molnár Emma: Az anyaság pszichológiája, Akadémiai kiadó, 1996
- Dr. C. Molnár Emma: Szülészeti és nőgyógyászati pszichoszomatika In: Házi orvos Továbbképző Szemle 1997/4.
- E. Lewis and S. Bourne: Perinatal Death in Clinical Obstetrics and Gynecology
- Feuer Mária Családterápia tárgy keretében 1994.05.03-án és 1994.05.10-én elhangzott előadásai
- Golden, Deborah A. - Davis, Jessica G.: Counseling Parents after the Birth of an Infant with Down's Syndrome In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 43-54. old.
- Goldson, Edward: Mourning by the Family after a Stillbirth or Neonatal Death 33-42. old. Keresztesné Rákos Szilvia személyes közlése
- Komlósi P. : A család támogató és károsító hatása a családtagok lelki egészségére. In : Közösségi mentálhigiéné, Gondolat, Budapest, 1982
- Komlósi Piroška: A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére In.: Közösségi mentálhigiéné szerk.: Gerevich József, Gondolat, Budapest, 1989. 21-55. old.
- Kübler - Ross: A halál és a hozzá vezető út, Gondolat, 1988
- Kübler-Ross, Elizabeth.; A halál és a hozzá vezető út Gondolat, 1988.
- Ludder Jackson, Pat.: Chronic Grief In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 27-37. old.
- Rauch, Julia B.: Genetic Services In.: Encyklopedia of Social Work, 18th Edition, 1990. Supplement NASW Press, 113-134. old.
- Sigmund Freud: Bevezetés a pszichoanalízisbe, 1943, Som Béla kiadó Bp.
- Somlai Péter: Konfliktus és megértés, Gondolat, Budapest, 1986
- Szabó Lajos Klinikai szociális munka tárgy keretében 1995.01.31-én elhangzott előadása
- Szabó Lajos: A krízisintervenció alapelvei in: szociális munka elmélete, TK, 1994 Törvény az egészségügyről
- Szabó Lajos: Szociális szakember a kórházban In.: A szociális munka alapjai, A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 7., Budapest, 1993.
- The Crisis of Illness-Birth Defects and Perinatal Death In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. II. kötet, 27-31. old.
- The Crisis of illness-Stillbirth and Birth Defects In.: Moos, Rudolf H. (ed.): Coping with Physical Illness Plenum Medical Book Company, New York and London 1977. I. kötet, 23-26. old.
- Toba Schwaber Kerson et Associates: Social Work in Health Settings. Practice in Context, Longman 1982.
- Ungváry György: A munkanélküliség egészségkárosító hatása In.: Magyar Tudomány 1993/2

A tudatos gyermektelenség lehetséges okai egy kvalitatív felmérés alapján

Betekintő

A tudatos gyermektelenség témáját kutatva számos, ezt az állapotot kiváltó okot ismerhetünk meg. Fontos megemlíteni, hogy a tudatos gyermektelenség témája még mindig igen felszínesen kutatott téma, mind hazánkban, mind külföldön egyaránt. A beszámolók alapján nem kevés negatív kritika, vélemény éri azokat az embereket, akik nyíltan felvállalják, hogy nem a családalapításban találják meg legfőbb boldogságukat és sokszor ezért a döntésükért, kijelentésükért hátrányos megkülönböztetésben részesülnek.

A következőkben a tudatos gyermektelenséget kutató tanulmányok, majd pedig egy kvalitatív kutatás eredményei alapján mutatjuk be a gyermekvállalás elutasításához kapcsolódó okokat, hogy nagyobb betekintést nyerhessünk a témába.

Gyermekvállalás a társadalomban

Alapvetően három csoportot lehet képezni a gyermekvállalással kapcsolatos attitűdök tekintetében. Az első csoportba azok tartoznak, akik szeretnének gyermeket, és lehet is nekik, mert biológiai diszfunkciók nem ismertek az esetükben. A második csoportba azok tartoznak, akik szeretnének gyermeket, de nem lehet nekik, valamilyen egészségügyi probléma miatt. Az ő esetükben gyakoribb az örökbefogadás fennállásának lehetősége, van, aki él vele, van, aki elfogadja helyzetét és nem kíván gyermeket örökbe fogadni. A harmadik csoport pedig azoknak a csoportja, akiknek, bár lehetne gyermekük, nem szeretnének családot alapítani.

A következőkben, a harmadik csoportot alkotó emberek gyermekvállalással kapcsolatos elutasító magatartásához kapcsolódó tényezőket fogjuk mélyebben elemezni. A tudatos vagy akaratlan gyermektelenség okai mögött más és más tényezők állnak. Bár, a tudatos gyermektelenség nem vezethető vissza egyetlen kiváltó okra sem, igyekszünk hasonlóságokat keresni egyes emberek esetében, különösen, amikor a kvalitatív kutatás eredménye kerül bemutatásra.

A kutatás fő kérdése, hogy a mai gyermekvállalási

korú fiatalok hogy gondolnak magukra, vajon alkalmasak-e a gyermekvállalásra, a nők az anyaságra? Manapság azonban az alkalmasság mellett, más egyéb számos kérdés is felmerülhet a gyermekvállalás mellett, például, hogy egyedülálló szülőként hogyan lehet gyermeket nevelni, ha a párkapcsolatuk instabillá válik és elválnak.

A KSH által közölt adatokat alapul véve, elmondható, hogy nagyon sokfajta párkapcsolati forma létezik ma már, éppen ezért nehéz ezeket nyomon követni. A közvélemény szerint manapság már elfogadott, hogy egy pár összeköltözik házasságkötés nélkül is, ugyanakkor az emberek többsége a házasságot tartja a legideálisabb párkapcsolati formának. (Murinkó, és mtsai., 2018)

Az ezredfordulót követően nőtt a hajadonok aránya hazánkban és Európában egyaránt, majd a 2010-es csúcspontot követően növekedés indult a házasságkötések számában (Murinkó, és mtsai., 2018).

A válások tekintetében, 2010 óta csökkenés figyelhető meg, azonban a párkapcsolatok, a házasság minősége hivatalos statisztikai módszerekkel nehezen mérhető. Az elvált nők aránya magasabb a férfiakénál, eltekintve az iskolai végzettségtől és

az életkortól egyaránt. A magyar férfiak tekintetében elmondható, hogy a 20-29 közötti korosztály 90%, a 40-49 év közöttieknek pedig a negyede gyermektelen. Alapvetően egy kettős elvárás fogalmazódik meg a társadalom felől a férfiak felé. Az egyik az, hogy anyagi biztonságot nyújtsanak a családjuknak, a másik pedig, hogy minőségi időtöltéseik legyenek gyermekeikkel. Ebből következik, hogy az apává válás is kitolódik, 2016-ban például a születések 45%-nál az apa 35 éves vagy annál idősebb volt. 50 éves kor felett pedig már igen kevés az apává válás esélye. (Murinkó, és mtsai., 2018)

Alapvetően, a gyermekvállalás kérdésében kutató szakemberek hajlamosak egyértelműnek venni, hogy az emberek szeretnék gyermeket, szeretnék szülőkké válni. A gyermekszületést érzelmi többletként látják, sokszor figyelmen kívül hagyva azt, hogy érzelmi deficittel is járhat a szülővé válás. Az anyák 15%-a átéli a szülés utáni depressziót, nemzetközi és magyar adatokat tekintve, valamint a párkapcsolat romlása is negatív érzetet kelthet a szülőknél. (Tóth 2012) Ehhez kapcsolódva, például a KSH adatai alapján 2010-ben a válások 24,3%-ban volt 0-6 éves kor

közötti gyermek, ahogy 2019-ben is közel hasonló arányban (25,8%).

Ha kritika nélkül, érzelmi többletként éli meg a gyermekvállalást valaki, akkor valamilyen szinten azonosulni tud a közvéleménnyel, miszerint egy nő biológiailag a gyermekvállalás vágyára van kódolva, így teljesedik ki az élete.

Minden gyermek más körülmények között születik, akár egy családon belül, többedik gyermekként. Mindegyik gyermek vállalása során más és más motivációk érvényesül(het)nek a szülők részéről, mint például a családi szükséglete, a szülők egyéni szükségletei, a gyermek érkezésével járó társadalmi előnyök vagy éppen a korábbi szülői tapasztalatok. (Tóth, 2012.)

Alapvetően, a magyar népesség fogyásának megállításában a családtámogatási rendszerek, politikák a rugalmas munkaerőpiac, erős színvonalú gyermekintézmények hálózatának kiépítése mellett nagy szükség van a családok napi rutinjában a nemek közötti egyenlő munkamegosztására. Fontos szerepet játszik a családokkal kapcsolatos változásokban a nem, valamint a szülői szerepek megítélésének makroszintű, de folyamatos átalakulása. (S. Molnár, 2009)

A gyermekvállalás során fellépő többletköltségek megítélése

Magyarország öregedő társadalomnak számít, hazánkban 1981 óta folyamatosan csökken a népességszám. Évente átlagosan 35-40 ezer fővel csökken a népesség, ugyanakkor a legidősebbek száma, azaz a 80 év fölöttieké évről évre gyarapszik. Ehhez a jelenséghez hozzájárul az is, hogy a mai fiatalok gyermekvállalási kedve, habár emelkedik, a megszületett gyermekek száma 89 és 93 ezer fő között alakult az elmúlt években. A vágyott gyermekek száma és a ténylegesen megszületett gyermekek száma között még napjainkban is nagy különbség látható, mely egyrészt a tudatos gyermektelenségre, a halasztás és a gyermekvállalási életkor kitolására vezethető vissza.

A rendszerváltás óta tartó, és azt követően erősödő folyamat, egyre nagyobb eltartási terhet ró a fiatalabb társadalomra, annak ellenére, hogy az utóbbi évtizedben a gyermekvállalási kedv komolyabb emelkedést mutat a termékenységi arányszámon keresztül. 1996 és 2019 között a magyar gyermekvállalási kedv (termékenységi arányszám) az egy gyermekes család dominanciája felé tartott, azon-

ban a fiatalok gyermekvállalási tervei között kettő vagy annál több gyermek tartozott. (S. Molnár, 2009) 2020-ban azonban elmozdulás látható, és ha ez a trend folyamatos marad, akkor a korábbi évtizedek egy gyermeket preferáló irányzata a két gyermek felé fog billenni.

A gyermekvállalást a boldogság forrásának tartották évszázadokon keresztül, sőt, a kiemelten fontos életesemények közé sorolták. Fontos tény, hogy a gyermek érkezése jelentősen átrendezi a családi életet, megváltozik a fontossági sorrend és jelentős gazdasági változások is felmerülnek. Egy pár, a várandósság időszakában már, akár milliós nagyságrendű kiadásokkal néz szembe, ami a gyermek növekedésével egyre csak gyarapodhat. (Szabó G. , 2017)

Szabó Gyöngyi kutatásában arra enged következtetni, hogy alapvetően a kutatásában válaszadók többsége pénzben felbecsülhetetlen értéknek tartja a gyermek világrajöttét, a család anyagi háttere, valamint a gyermekvállalással járó többletköltség elenyészni tűnik a családalapítás elgondolása során.

A tervezett gyerekszám és a ténylegesen világra jött gyerekszám között lévő különbség okai több-tényezősek lehetnek. Legfőbbek ezek között a pár-

kapcsolat rossz minősége, vagy éppen annak hiánya, életkori sajátosságok és természetesen, a fentebb vizsgált anyagi feltételek hiánya. (Tóth, 2012.)

Megbúvó okok a tudatos gyermektelenség mögött

A gyermektelenség alapvetően nem újkeletű, kizárólag a mai társadalmat érintő jelenség, csupán inkább a 20. század vége felé kezdtek el a témával egyre inkább foglalkozni a demográfusok és szociológusok. (Szalma és Takács, 2014)

Alapvetően Magyarországon is, mint számos más országban is, aktívan élnek a normák, pontosabban a női és a férfi szerepekkel kapcsolatos elvárások, amelyek egyfajta követendő példát mutatva igyekeznek az emberek életét vezetni, útmutatást adni. Ezek a normák nem láthatók, nem tapinthatók, meglétük mégis nagyon fontosak egy társadalom életében, hogy az jól működhessen. A gyermekneveléshez, és persze számos, egyéb tevékenységhez és kapcsolathoz alapvetően elengedhetetlen a törődés, a gondoskodás. A férfiaság és a nőiesség normák vizsgálata során, viszont kiderül, hogy a törődés inkább a társadalmilag előírt nőiességnormához sorolandó dolog. Míg egyéb fontos szempontok teljesítése, mint például a védelmezés és anyagi háttér biztosítása pedig inkább a férfi normarendszerhez köthető. Ebből következően, fontos, hogy külön vizsgáljuk mind a két nemnél felmerülő okokat és problémákat a tudatos gyermektelenséget illetően.

Az akaratlagos gyermektelenség nagyon kis esetben vezethető vissza egy bizonyos okra, egy élethelyzetben meghozott döntésre. Alapvetően számos, és egymással kapcsolatos, egymásból kifolyó, következő okok komplex folyamata vezet oda, hogy valaki gyermek nélkül kívánja élni az életét, ennek ellenére, ez nem feltétlen alakul így. A család többi tagjának gyermekével, vagy barátaik gyermekeivel jó viszonyt ápolhatnak, gondoskodók lehetnek velük.

A nők tekintetében elmondható, hogy a legfőbb indok, amiért nem vállalnak gyermeket, az a párkapcsolat hiánya, vagy rossz minősége. (Szalma és Takács, 2014) Korábban, ha egy nő nem szült gyereket, akkor feltehetően az infertilitás volt ennek az oka. 2010-ben, az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja szerint a heteroszexuális

párok csaknem 10-15%-a meddőnek tekinthető. (Szalma és Takács, 2014) Habár, ma számos beavatkozás segíthet egy párt, hogy gyermeke fogadjon, ezek a beavatkozások nem minden esetben hozzák meg a várt sikert. Emellett, ezeken a programokon olyan nők vesznek részt, akik már idősebbek, inkább középkorúak, ez pedig nehezíti a teherbeesést, hiszen az életkor előrehaladtával a nőknek egyre kisebb esélye van megtermékenyülni.

Magyarországon a 20. században jelentős változások történtek a családokban, hiszen megfigyelhető a házasságkötési életkor folyamatos kitolódása, ami az első gyermekvállalás kitolódásához is vezet. (Szalma és Takács, 2014) Továbbá a párkapcsolatok kialakításának és időzítésének az attitűdjei is. A mai társadalomban viszont egyre elfogadottabb a házasság nélküli párkapcsolat, az élettársi kapcsolat, a házasságkötés és a gyermekvállalás már nem kapcsolódik olyan szorosan össze, mint azelőtt. Manapság nem okoz meglepettséget a társadalomban, ha egy gyermek házasságon kívül születik, ha a szülők élettársi kapcsolatban vannak és nem is szándékoznak ezen változtatni, viszont az egyszülős családokat még mindig kisebb társadalmi támogatottság éri. Mint Európa más országaiban, Magyarországon is megfigyelhető a családi életformák pluralizálódása, aminek következtében a társas kapcsolatok átalakulnak. A tartós kapcsolatok viszonylag későn alakulnak ki a fiatalok között, valamint az újfajta partnerkapcsolat-típusok, mint például a látogatói partnerkapcsolat vagy a házasság nélküli együttélés, egyre gyakoribb. (Szalma és Takács, 2014)

Alapvetően, a párkapcsolatok hiánya a legmeghatározóbb oka a tudatos gyermektelenségnek, hiszen minél később talál valaki magának párt, annál inkább kitolódik a gyermekvállalásra való igénye is, ami már a gyermekvállalás esélyének a csökkenésével is jár. Az esetleges asszisztált reprodukciós beavatkozások, azaz a lombik programok keretein belül történő, sikertelen beavatkozások pedig tovább csökkenthetik a gyermekvállalási

kedvet, és egyfajta beletörődés alakul ki az adott szituációba.

Fontosnak tartjuk megemlíteni a gyermektelen férfiak helyzetét, esetükben nehezebb a vizsgálat, hiszen az apává válás nem életkori korláthoz köthető, pontosabban nem olyan mértékben, mint a nőknél. (Szabó L., 2015) Elmondható, hogy az

említett tanulmány szerint a 41-45 év közötti gyermektelen férfiak száma 2001 és 2011 között 19%-kal nőtt, a nők arányához képest ez sokkal kevesebb, ami 30%-kal. (Szabó L., 2015) Azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül a tényt sem, hogy vannak férfiak, akik nem tudnak arról, hogy gyermekük született.

A tudatos gyermektelenség társadalmi megítélése

2012-ben az European Social Survey azt vizsgálta, miképp gondolkodik a társadalom a tudatosan gyermektelenekről. Néhány országban nagyon alacsony az elfogadási szint a gyermekvállalás elutasításával kapcsolatban, ilyen például Magyarország is, Lengyelország, Litvánia, Románia, Észtország, Bulgária vagy Szlovákia. Az ezekben az országokban élők, több, mint fele elfogadhatatlannak tartja, ha valaki a gyermektelen életmódot választja. (Szalma és Takács, 2018) A tudatos gyermektelenség kapcsán az emberekben többféle attitűd mutatkozik meg, mint például a lenézés, sajnálat, nem tetszést kifejező szélsőséges gondolatok. Habár a pozitív megítélése is egyre nagyobb a tudatosan gyermektelen életmódot választóknak, a mai társadalom nagyobb arányban tartja elfogadhatatlannak, ami egyfajta kirekesztettség érzetet ad az ezt az életmódot választóknak. Ez azért is lehet, mert az anyaság a nyugati kultúrák nőideáljához tartozik, a szociális normatíváknak fontos része az anyai szerep. (Kis, 2018) Egyes kultúrákban erkölcsi kötelességnek számít az anyaság, ezért is érhet számos gyermektelen nőt negatív kritika. Például, az afroamerikai és latin-amerikai származású nőknél nagyobb arányban válnak anyákká fiatalon, és több gyermek vállalása jellemző rájuk. (Kelly, 2009) A tudatos gyermektelenség az európai származású nőkre a legjellemzőbb, azon belül is a hollandoknál a legalacsonyabb a gyermekvállalás fontossága, ellenben például Ausztriával vagy Olaszországgal, ahol nagyon fontos szerepet játszik a családközpontúság és a gyermeknevelés. (Kelly, 2009)

A tudatosan gyermektelen életet választókat gyakran nevezik önzőnek, éretlennek vagy azt gondolják, hogy nőiességükben nem beteljesültek,

életük üres és unalmas. Fontos, hogy a legtöbb tudatosan gyermektelen nő tisztában van a társadalom megítélésével, és úgy érzik, ezt a negatív stigmatizációt éreztetik is velük. (Ajefu, 2019) Számos nő arról számolt be, köztük néhány interjúalany, hogy környezete igyekezte őt meggyőzni a gyermekvállalás fontosságáról, valamint arról, hogy élete csak családban lehet teljes. (Ajefu, 2019)

A munkaerőpiac mellett sem lehet szó nélkül elmenni, ha a gyermektelenségről beszélünk. *„Az anyaság hatását tükrözi a 6 évesnél fiatalabb gyermekkel rendelkező nők foglalkoztatási rátája. Az Unió területén az e kategóriába tartozó nők foglalkoztatási rátája átlagosan több mint 8 százalékponttal alacsonyabb, mint a gyermektelen nők foglalkoztatási rátája.”* (European Commission 2017: 5) Bizonyítékokon alapul a tény, egy Nigériában végzett kutatás szerint, hogy a gyermekes nők kevesebb anyagi megbecsülésben részesülnek a munkaerőpiacon, mint a gyermektelen társaik. (Ajefu, 2019) Valamint az is bebizonyosodott, hogy sok munkáltató egyfajta hasznot húz a gyermektelen munkatársakból, hiszen nagyobb valószínűséggel kell ünnepnapokon dolgozniuk, túlórázniuk, esetekben kellemetlenebb időpontokban dolgozniuk, mint gyermekes társaik (Kis, 2018). Mivel a gyermeknevelés nagy erőfeszítést igényel, ezért hajlamos a szülő munkaerő-piaci teljesítményét is befolyásolni (Ajefu, 2019). Éppen ezért, sokszor könnyebben tudnak a munka világában a gyermektelenek elhelyezkedni. Egyes nők az egészségügyi intézményekben őket ért megaláztatásokról is beszéltek, miszerint sok orvos megtagadta művi meddővé tételüket, vagy megnehezítették a folyamat elvégzését (Kis, 2018).

Tudatosan gyermektelenül élni ...a Földért

A mai környezeti viszonyokat figyelembe véve, a bolygónk túlnépesedése sajnos egy nagy probléma, amire nem igazán találni a megoldást. 1979-ben, Kínában korlátozás is történt a han nemzetiségbe tartozó párok csak egy gyermeket vállalhatnak, ezzel megpróbálva visszaszorítani a túlnépesedést az országban, ami többek között az élelmiszerhiányt, valamint egyéb gazdasági és társadalmi problémák okozója volt (Barnóczki és mtsai 2018). A tudatosan választott gyermektelenség tehát sokaknál a Föld védelméért tett elhatározás. Vannak, akik azért nem kívánnak családot alapítani, mert nem szeretnék, ha gyermekük az egyre erősödő klímaváltozás folyamatában szülessen meg, akire nem tudni mi vár a környezetet tekintve, felnőtt és idős korára. Nem tudni mennyire lesznek szennyezettek a vizeink, a talaj, a levegő. Milyen időjárási változások mennek végbe a világ egyes területein, mikor és hol indul meg nagy számban a migráció az elsivatagosodott területek, háborúk miatt, vagy, hogy mikor olvad el az utolsó jégtabla is. Röviden: nem tudni mikor használjuk ki természetes és nem természetes erőforrásainkat annyira, hogy tényleg új időszámítás kezdődjön.

Ez a probléma ma már számos szülőt, kismamát is foglalkoztat. Egy szülész-nőgyógyász (Brown és Chor, 2017) beszámolt arról, hogy egy páciense a harmadik gyermekével volt állapotos, amikor azzal a dilemmával szembesítette magát a rendelő-

ben, hogy lehet, hogy abortuszra kellene mennie. Amikor az orvos megkérdezte miért szeretné harmadik gyermekét elvetetni, a nő kifejezte aggodalmát a bolygó túlnépesedése miatt, és úgy érezte, ehhez a folyamathoz ő is nagyban hozzájárul, ha újra szülői örömök elé néz. Úgy fogalmazott: „Ha mindenkinek három gyermeke lenne, akkor nagy bajban lennénk, már így is abban vagyunk. Nem akarom tetőzni a problémát.” (Brown és Chor, 2017: 1157)

Ugyanezen gondolat mentén állt ki a nyilvánosság elé Emma Lim, kanadai tinédzser, aki a „No Future No Children” mozgalmat indította el világszerte, amit Greta Thunberg éghajlatváltozás-aktivista, svéd diáklány „Friday For Future” iskolai sztrájkja ihletett. Ennek alapja az volt, hogy Greta aggodását kifejezve, sztrájkot indított, hogy minden pénteken közösen álljanak ki az emberek a klímaváltozás miatt, pontosabban a cél az, hogy a világ vezető hatalmai komolyan vegyék a problémát és foglalkozzanak is vele, a bolygó megmentése érdekében. Akciójával szeretné felhívni mindenki figyelmét az egyre intenzívebben zajló klímaváltozásra, de elsősorban a világ vezetőhatalmait igyekszik megszólítani, egyfajta ultimátumot adni, hogy nem hajlandó addig gyermeket vállalni, amíg nem tudja őket biztonságban. Ezzel szeretné elérni, hogy minden politikus kezdjen komolyan felfigyelni a valós problémára és kezeljék a klímaváltozást. (Lim, 2019)

Környezettudatosság vizsgálata Magyarországon

Egy 2020-as, Magyarországon vizsgált kutatás szerint, a magyarok nagy többségét erősen foglalkoztatja a környezetvédelem (KINCS, 2020.). A környezetvédelemmel kapcsolatban, legtöbben a gyermekük jövője miatt aggódnak, úgy érezték kötelességük a bolygó megvédése és a környezettudatosabb életvitel kialakítása, fenntarthatóság biztosításával.

A kutatásban résztvevők többsége kiemelten súlyos problémának tartja a környezetet érintő problémákat. Megfigyelhető, hogy a klímaváltozás problémája elsősorban a diplomásokat, valamint az érettségizőket bántja, a levegő szennyezettsége azonban a többgyermekes családokat, valamint

a városokban élőket. (KINCS 2020: 25)

Összességében elmondható, hogy a globális felmelegedést valós problémának látja a megkérdezettek többsége Magyarországon, úgy gondolja, hogy minden egyes generációnak egyenlő formában hozzá kellene járulnia a környezetvédelemhez. A gyermekes szülők nagy többsége egyet értett abban, hogy gyermekét igyekszik minél környezettudatosabban nevelni, valamint, hogy felelősebben viszonyulnak a környezetvédelemhez a gyermeket nevelők. Bár, a kutatás gyermeket nevelő családokról szól, megkérdeztek gyermektelenekeket is ebben a témában, hogy megismerhessük, mennyire eltérően gondolkoznak a környezetvé-

delemlről a gyermekes és gyermektelen emberek, „számít-e” egyáltalán a környezettudatosság megítélésében, ha valaki szülő. Az eredmények

rávilágítanak, hogy a családos életforma hozzájárul a környezettudatossághoz.

Saját kutatás bemutatása

A tudatos gyermektelenség témájában végzett kutatás kvalitatív módon zajlott. A téma igen szenzitív, abból a szempontból, hogy kvantitatív módon megfelelően lehetne kutatni. A személyes beszélgetés, barátságos légkör kialakítása elengedhetetlen az interjúalanyok szempontjából. Tehát a személyes interjúkészítés a legmegfelelőbb módszer arra, hogy a gyermekvállalással kapcsolatos döntések belső mozgatórugóit meg tudjuk ragadni.

Az interjúalanyokkal folytatott beszélgetések rávilágítottak arra, hogy alapvetően mindenki különböző okokból kifolyólag maradt gyermektelen. A hipotézisünk csak részben teljesült, miszerint a kiváló és tartós párkapcsolat a feltétele a gyermekvállalásnak.

Az interjúkból kiderült, hogy a legtöbb interjúalany vágyik a párkapcsolatra, de nem családalapítás céljából. *„Azt gondolom, a mai világban a retro párkapcsolat eltűnt, vagyis, hogy a férfiak a férfi szerepeket viszik, a nők, a nőieket. Én most már egy társat keresek, aki a szövetségese, akivel nem azon gondolkozunk, hogy pelenkázunk, vagy sem, hanem akivel megéljük a mindennapokat.”* - mondta az egyik hölgy interjúalany.

A tudatos gyermektelenség elhatározásában nagyon befolyásoló tényező a neveltetés, családi élet minősége, főként a kisgyermekkor tapasztalatok. A nehéz családi élet és konfliktusdús kapcsolatok csökkentik a családalapítási kedvet. Egy alany például fájón emlékezett vissza édesanyja egyik mondatára, mikor elismerte, hogy nem foglalkozott vele, de nem talált ebben semmi kivételt. *„Miért foglalkoztam volna veled, amikor olyan jól elváltál a nagyanyáddal?!”* Egy másik interjúalannyal folytatott beszélgetés során kiderült, hogy már többször is teherbeesett, de megszakította azt. *„Nyilván az abortuszellenesek azt mondják, hogy rohadjak meg, de ez az én döntésem. Én nem akartam úgy élni, mint az anyám. Lehet*

genetikailag hoztam magammal (a gyermektelenséget), mert az apai nagymamám berakta egy intézetbe az egy szem fiát, mondván nincs rá türelme.” Általában jellemző az interjúalanyokra, hogy nem érzik magukat szülő típusnak. Abban a kérdésben, hogy mennyire tervezik tudatosan a jövőjüket, vágyott-e az anyaságra, az egyik interjúalany a következőképpen válaszolt: *„Nálam sosem volt a gyerek fókuszban.”* Mikor komoly kapcsolata volt, akkor sem gondolkodott a gyermekvállaláson, állítása szerint a partnerei sem. *Egy kapcsolatnak, vagy házasságnak nem érezte a gyermekvállalást „következményeként”.* Alapvetően, minden interjúalany úgy fogalmazott, hogy megszokott már egyfajta életstílust, kialakult a napirendjük, a prioritási sorrend az életükben, amit nem szívesen, vagy egyáltalán nem változtatnának meg egy gyermekért. Egyikük úgy fogalmazott: *„Egy gyerekhez fel kell kelni, egy gyereket pillanatnyilag úgy élnék meg, hogy kvázi korlátoznak a szabadságomban!”* Felhozták az időhiányt, mint okot a gyermekvállalás ellen, valamint, hogy az anyagi helyzetüket is jelentősen befolyásolná egy gyermek érkezése, amit ők nem tudnának boldogságforrásként kezelni. *„Ahogy azt láttam, hogy anyám mit gürcöl, hogy felneveljen, láttam, hogy a gyerek az teher, a gyerek az lemondásokkal jár és egy küzdelem, feláldozza magát a szülő. A gyerek nem igazán egy örömforrás, egy nagy teher és én ezt nem akartam.”*

Az interjúalanyok elmondásuk alapján küzdenek a megfelelő pár megtalálásával, akivel szívesen néznének együtt szülői örömeik elé, de a gyermektelenség sok esetben „dekódolva” lehet bennük. Hiszen hiába van valaki régóta egy kiegyensúlyozott, tartós és boldog párkapcsolatban, ha fiatal kora óta - személyiségéből kifolyólag - nagyon erősen a gyermekvállalás ellen van, akkor nem fogja megváltoztatni véleményét és döntését később sem.

A közeljövőre vonatkozó gyermekvállalási tervek

A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért által végzett kutatás azt mutatja, minél több gyermeke van valakinek, az ideális gyermekszámot annál nagyobbban ítéli meg (KINCS, 2020). A lakhelyet tekintve, a nagyobb városban élők többsége a kétgyermekes családokat preferálja, amíg a kisebb városokban élőknek a három gyermek vállalása az ideális.

A háromgyermekes családmódellet preferálók között a legtöbben felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, azonban, a többség ebben a csoportban is a két gyermek vállalását tartja ideálisnak. A KINCS kutatás alapján a közeljövőben tervezett gyermekvállalást tekintve, a megkérdezettek 43,8%-a tervez szülői örömeik elé nézni az elkövetkezendő 5 évben, 56,2% pedig nem. 2019-ben ez az arány pont fordítva volt. Nemet tekintve, a férfiak nagyobb arányban terveznek az elkövetkezendő 5 évben gyermeket vállalni, mint a nők.

A gyermekvállalás tervezése arányosnak mondható az iskolai végzettséggel is, miszerint minél magasabban iskolázott valaki, annál nagyobb az esélye, hogy gyermeket vállal. Az elkövetkezendő 5 évben, leginkább az élettársi kapcsolatban élők terveznek családot alapítani, utánuk az egyedülállóknál mért a legtöbb esély a gyermekvállalásra, majd a házasoknál, illetve legalacsonyabb arányban pedig az elváltak esetében.

Alapvetően, a gyermekvállalási korban lévő magyar válaszadók 2,37-es értékben határozták meg az tervezett gyermekszámot, ami a reprodukcióhoz elegendő szintnek mondható. Bár minél idősebb valaki, annál kevésbé valószínű, hogy gyermeket vállal, az iskolázottsági szinttel ellentétben, minél tovább tanul valaki, és minél magasabban iskolázott, annál valószínűbb az 5 éven belüli családalapítás esélye.

Összegzés

A szakirodalomban különböző tényezőkről olvashatunk, melyek a gyermekvállalás elutasításáról szólnak, köztük kiemelkedik a párkapcsolat hiányára visszavezethető gyermektelenség. Fontos megemlíteni, hogy a gyermekkori családi légkör minősége, a szülőktől átvett értékek, illetve lelki, pszichológiai aspektusokban is gyökerezhet maga az elutasítás. Az interjúalanyok között volt, aki állítása szerint remek családi légkörben élt és él a mai napig, volt, aki kevésbé, vagy kifejezetten rossz kapcsolatot ápol/ápolta a szüleivel. Az interjú tapasztalatok alapján, a pszichológiai aspektus, miszerint valaki nem érzi magát szülőtipusnak, erősebben mutatkozik meg olyan emberben,

akinek nem volt felhőtlen gyermekkora vagy családi kapcsolata. A negatív gyermekkori tapasztalatok hatással lehetnek személyiségük fejlődésére, és arra, amiért ők nem szeretnék gyermeket.

Röviden összefoglalva a szakirodalomban található tudatosan gyermektelen életformát kevés esetben lehet visszavezetni egyetlen okra. Élethelyzetek és döntések sorozata vezet valakit a gyermek nélküli élet fenntartásához. Összességében, nem várható kiugró növekedés a gyermektelenek arányát illetően a jövőben, de az előző években közölt adatok alapján növekvő lehet a tudatosan gyermektelenek száma.

Felhasznált irodalom

- Ajefu, J. B. (2019). Does having children affect women's entrepreneurship decision? Evidence from Nigeria. Johannesburg: Springer .
- Barnóczki, Z., Kante, A., Szentirmai, É., & Tarrósy, I. (2018). Kína előregedő társadalma - Belső kihívások, lehetséges megoldások. *Modern Geográfia*, 1-22.
- Brown, B. P., & Chor, J. (2017). What Are Risks and Benefits of Not Incorporating Information about Population Growth and Its Impact on Climate Change into Reproductive Care? *AMA Journal of Ethics* , 1157-1163.
- Comission, E. (2017). Európai szemeszter - Tematikus tájékoztató, Nők a munkaerőpiacon.
- Kelly, M. (2009). Women's voluntary childlessness: A radical rejection of motherhood? *Women's Studies Quarterly*, 157-172.
- KINCS. (2020). Gyermekvállalási tervek Magyarországon 2020-ban.
- KINCS. (2020). Gyorselemzés a "Családok és a környezetvédelem" című kutatás eredményeiről. Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért .
- Kis, A. (2018). Az önkéntes gyermektelenség pszichológiája: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 600-641.
- Lim, E. (2019. Szeptember 23). Greenpeace Canada. Forrás: Greenpeace: <https://www.greenpeace.org/canada/en/story/25327/no-future-no-children/>
- Murinkó, L., Rohr, A., Spéder, Z., Makay, Z., Szabó, L., Kapitány, B., . . . Gödri, I. (2018). Jelentés a magyar népesség helyzetéről. *Demográfiai Portré*.
- Pári, A. (2011). A megemelkedett ikerszületési arányszámok körülményei és területi vonatkozásai Magyarországon. *Területi Statisztika*, 620-637.
- S. Molnár, E. (2009). A gyermekszám-preferenciák alakulása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. . *Demográfia*, 52(4): 283-312.
- Szabó, G. (2017). A gyermekvállalási hajlandóság vizsgálata a gyermek felnevelésével járó többletköltség tükrében. Budapest: Óbudai Egyetem, Keleti Károly Gazdasági Kar.
- Szabó, L. (2015). KorFa. Forrás: demografia.hu: <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/article/view/1299>
- Szalma, I., & Takács, J. (2018). A gyermektelenség mintázatai magyar férfiak körében: egy interjú vizsgálat folytatása. *Szociológiai Szemle*, 60-86.
- Szalma, I., & Takács, J. (2014). Gyermektelenség - és ami mögötte van. Egy interjú vizsgálat eredményei. *Demográfia*, 109-136.
- Tanács, E. (2019). Nők gyermek nélkül - Történetek vágyakozásról, veszteségről és választásról. Budapest: HVG Kiadó Zrt.
- Tóth, O. (2012). Új anyák és új apák. A gyermekvállalás motivációi. *Demográfia*, 55. évf. 2-3. szám, 136-146.

Várfalvi Marianna

Családtervezés a termékenység érdekében

Betekintő

A népesedést és a családokat támogató szakpolitika kiemelt témája a gyermekvállalás motivációinak, feltételeinek elemzése és elősegítése. Eközben az egyes családok legbelsőbb céljait, élethelyzeteit, családtervezési döntéseit kell megismerni, elemezni és alternatívákat keresni, kínálni.

A Kormány családtámogatásokat segítő intézkedései eredményesek, és Európa-szerte példaértékűek. Szükséges, hogy azok a párok, akik gyermeket szeretnének vállalni, az egészségügy szervezeti keretein belül is megkapják a számukra kívánatos ellátást.

A reprodukív egészség nem csak a termékeny korban lévő nőket, férfiakat érinti, hanem az ezt megelőző életszakaszban lévőket is, vagyis a megfogant és megszületett élet kezdetétől olyan védelmet és támogatást is jelent, hogy megelőzhetőek legyenek a tervezett és vágyott gyermekek születését akadályozó vagy azt negatívan befolyásoló tényezők.

Egy generációval korábban kezdődik a reprodukív egészségvédelem: a termékenységet veszélyeztető folyamatok, tényezők felismerése és megelőzése, a tudatos családtervezés, de legalább megfelelő ismeretek birtokában és az új élet fogadására egészséges éltmóddal felkészülten történő fogamzás körülményeinek megteremtésével.

Az átlagéletkor növekedése is szerepet játszik abban, hogy a fogamzás ideje napjainkban jelentősen eltér a biológiailag ideálisnak tartott életkortól. A gyermekvállalás időpontja egyre inkább kitolódik 30 év köré, illetve még ennél is későbbre. Ez a folyamat is összefüggésben áll azzal, hogy az utóbbi évtizedekben nő a meddő és habituális (ismételten) vetélők száma. 40 éves kor felett csökken a nők képessége arra, hogy természetes úton megfogjanak, kihordják és megszüljék a gyermeket. A későn vállalt várandósságok kockázatosabbak. Számuk magasabb a korcsoporton belül, mint a fiatalabb nők körében. A családtervezés és a prevenció jelentősen befolyásolni tudja a termékenységi problémák egyre gyakoribbá válását, a meddőség kialakulását.

Bevezetés

A családbővülés, a gyermekvállalás, gyermekvárás, szülés és születés a családi élet legnagyobb kihívásai közé tartozik. Nemcsak családi, de nemzeti sorsot is érintő döntések sorozata.

A reprodukciót érintő demográfiai folyamatok főbb társadalmi következményei, hogy a gyermekvállalási életkor kitolódik, növekszik a gyermektelen párok aránya, a fogamzóképes korosztályban megjelenik a tudatos gyermektelenség választása. A népesség folyamatos fogyásának hátterében szá-

mos gazdasági, szociális, erkölcsi ok mellett az egészségügy szerepe is jelentős. Jelenleg az élve született csecsemők száma évente alig 90 000 újszülött, e számnak a 100 000-re történő emelése alapvető fontosságú célkitűzés.

Az alacsony termékenységi mutatók részben összefüggenek társadalmi, gazdasági folyamatokkal is, mint a gyermekvállalással járó munkaerőpiaci problémák, a család és a kereső tevékenység összeegyeztetésének nehézségei, a lelki egészség

és párkapcsolati kultúra problémái, de a generációk közötti együttműködés nehézségei is. A reprodukív egészség területén jelentős kulturális, társadalmi és infrastrukturális egyenlőtlenségeket felté-

telezhetünk. (Antal 2020) Ide tartozik a biztonságos családtervezés, a megfelelő egészségügyi szolgáltatások, az egészséges gyermek születését elősegítő magatartásformák melletti elköteleződés^{1,2}

Családbarát Magyarország és a családtervezés

Magyarország Alaptörvénye kimondja: „együttélésünk legfontosabb keretei a család és a nemzet, összetartozásunk alapvető értékei a hűség, a hit és a szeretet.” Az L. cikk szerint *„Magyarország védi a házasság intézményét, mint férfi és nő között, önkéntes elhatározás alapján létrejött életközösséget, valamint a családot, mint a nemzet fennmaradásának alapját. Magyarország támogatja a gyermekvállalást. A családok védelmét sarkalatos törvény szabályozza.”*

Magyarország Alaptörvénye XV. cikk, (5) bekezdése (a továbbiakban: Alaptörvény) szerint, Magyarország külön intézkedésekkel védi a családokat, a gyermekeket, a nőket, az időseket és a fogyatékkal élőket, külön intézkedésekkel segíti az esélyegyenlőség és a társadalmi felzárkózás megvalósulását (XV. cikk 4).

Magyarország Alaptörvénye Nemzeti Hitvallásában megfogalmazottak szerint *„Felelősséget viselünk utódainkért, ezért anyagi, szellemi és természeti erőforrásaink gondos használatával védelmezzük az utánunk jövő nemzedékek életfeltételeit.”* A felelősségviselés magában foglalja a fiatal nemzedék életfeltételeinek fejlesztését, rendszerezését, az ország területén a szolgáltatások azonos esélyű elérhetőségét és egyenletesen magas színvonalát. A Nemzeti Hitvallás kijelöli az együttélés legmeghatározóbb formáit, felhívja a figyelmet a család fontosságára és ezen belül a gyermekek, ifjúsági korosztály védelmének szükségességére. *„Valljuk, hogy együttélésünk legfontosabb keretei a család és a nemzet, összetartozásunk alapvető értékei a hűség, a hit és a szeretet.”*

A családok társadalmon belüli szerepének erősítése kiemelt célja Magyarországnak. A gyermeket vállaló és nevelő családok támogatása és helyzetének javítása össztársadalmi és gazdasági érdek, hiszen ahogy a 2011. évi CCXI. számú családok védelméről szóló sarkalatos törvény fogalmaz: *„A család Magyarország legfontosabb nemzeti erőforrása. A társadalom alapegységeként a család a nemzet fennmaradásának biztosítója és az emberi személyiség kibontakozásának természetes közege, amit az államnak tiszteletben kell tartania. Gyermekek születése és a családok gyarapodása nélkül nincs fenntartható fejlődés és gazdasági növekedés.”*

A családok védelméről szóló törvény I. fejezete alapján:

§ (2) A rendezett családi viszonyok védelme különös jelentőséggel bír a testi, a szellemi és a lelki egészség megóvása érdekében.

§ (3) Az állam a nemzet fennmaradását biztosító népesedési folyamatok érdekében külön törvényekben foglaltak szerint támogatja a gyermekvállalást, és segíti a szülők gyermekvállalási szándékainak megvalósulását.

6. § (2) Az állam gondoskodik a családi élettel összefüggő hatósági eljárások egyszerűsítéséről, valamint törekszik arra, hogy a családok az őket megillető támogatásokat, szolgáltatásokat a lehető legkisebb ügyintézési teher mellett vehessék igénybe.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről Népegészségügyet szabályozó fejezete és azon belül különösen a Család- és nővédelmi gondozás a repro-

¹Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a fenyegető koraszülés diagnosztikájáról, megelőzéséről és a kezeléséről - https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3272/fajlok/2020_EuK_19_szam_EMMI_szakmai_iranyelv_4.pdf

²Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ módszertani útmutató a veleszületett fejlődési rendellenességek és a kóroki monitor bejelentésének rendjéről. - https://antsz.hu/data/cms26766/Szakfelugyeleti_Iranymutatas_2_07_Koroki_Monitor.pdf

³Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ módszertani útmutató a veleszületett fejlődési rendellenességek és a kóroki monitor bejelentésének rendjéről.

https://antsz.hu/data/cms26766/Szakfelugyeleti_Iranymutatas_2_07_Koroki_Monitor.pdf

duktív egészség védelmét szabályozza:

41. § A család- és nővédelmi gondozás célja

a) a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítése a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás (a várandós anya gondozása, a magzat születés előtti gondozása, a gyermekágyas és szoptató anya gondozása) eszközeivel,

b) megismertetni az egyénnel azokat a családtervezési ismereteket - ideértve a terhességmegszakítással járó veszélyeket is - és fogamzásgátló módszereket, amelyekkel megtervezhetik és elősegíthetik utódaik fogantatását a kívánt számban és időben, hogy a gyermekek minél jobb egészségi állapotban születhessenek meg,

c) a nők biológiai sajátosságaihoz igazodó, fokozott védelmükhöz szükséges összetett megelőzési tevékenység, ideértve a fogamzóképeség előtti, a termékenységi ciklusok közötti, valamint a fogamzóképes kor utáni egészségvédelmet.

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről preambuluma kimondja a magzati élet tiszteletét, védelmét:

- a fogantatással induló magzati élet tiszteletét és védelmet érdemel;

- a magzati élet védelme a gyermeket váró nőkről történő fokozott gondoskodással valósítható meg, ugyanakkor a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége;

- a terhességmegszakítás nem a családtervezés és a születésszabályozás eszköze;

- a családtervezés a szülők joga és felelőssége... a következő törvényt alkotja:

1. § A női és férfi ivarsejt egyesüléséből létrejött, az anyaméhben kifejlődő magzatot és a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg.

A törvényekben előírt értékek és kötelezettségek betartását, megvalósítását számos végrehajtási rendelet biztosítja.

Családtervezés a kívánt gyermekáldásért

A megelőzés (prevenció) három jól körülhatárolható területre bontható. Az elsődleges (primer) prevenció magába foglalja az ártalom létrejöttének megakadályozásra irányuló tevékenységeket. A másodlagos (secunder) prevenció a meglévő elváltozás, betegség felismerését segíti. A harmadlagos (tercier) prevenció a már kialakult rendellenesség további előrehaladását és az esetleges szövődmények kialakulásának megelőzését segíti elő.

Az elsődleges prevenció a gyakorlatban a fogamzásra történő optimális felkészüléssel valósítható meg.³

Egészségügyi szempontból a termékenység akkor sikeres, ha a kívánt (tervezett) fogamzás bekövet-

kezik és egészséges újszülött jön világra. A sikertelen reprodukciónak, illetve a reprodukciós zavaroknak több tényezője ismert. Az egészségmegőrzés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein. Alapvető fontosságú annak felbecsülése, hogy a gyorsan változó környezet milyen hatással van az egészségre. Nagyon fontos lehetővé tenni az emberek számára azt, hogy felkészüljenek az élet valamennyi szakaszára.

A meddőség és gyermekvállalás során különösen nagy hangsúlyt kell fektetni a lelki folyamatokra, az empátia, az emberi méltóság tiszteletben tartására, valamint a betegjogok és a tájékoztatás kiemelt kezelésére.

Családtervezésről

A családtervezés lényege, hogy a pár megtervezi, a gyermekek születésének várható idejét, számát, a tudatos családtervezéssel megelőzi a veleszületett rendellenességeket és a koraszülést. Szélesebb értelemben a családtervezésbe azonban beletartozik a serdülők szexuális nevelése, a nemi úton terjedő betegségek elleni védekezés és azok kezelése,

a fogamzás előtti tanácsadás és gondozás, maga a várandósgondozás, valamint a meddőséggel küzdő párok fogamzóképeségének támogatását, kezelését. A családtervezést említik a fogamzásgátlás szinonimájaként, azonban a családtervezés jóval tágabb fogalmat takar.

A pozitív családtervezés

A pozitív családtervezés célja a koraszülés és a veszületett rendellenességek megelőzése. Az ebben az időszakban alkalmazott primer prevenciók mo-

dellek a gyakori halálokokat jelentő betegségek megelőzését is lehetővé teszik. (Erős és mtsai 2012)

A tudatos családtervezés

A tudatos családtervezéssel élő párok felkészülnek a fogamzásra, hogy az embrió és a magzat egészséges fejlődése elől minden előre felmérhető akadályt elhárítsanak, mindkettőjük egészségi állapota a lehető legjobb legyen, ennek érdekében életmódjukat is átalakítják. Ez a szolgáltatás a tervezett várandósság esetén a speciálisan kiképzett védőnők részéről a leendő szülők számára oktatást, szűréseket, szükség szerint szakorvosi, orvosi ellátást nyújt. A fogamzás előtti gondozás a tervezett fogamzás előtt 3 hónappal kezdődik, és a megtermékenyüléstől a 12. hetéig tart. Ennek gondozásnak keretében a pár széleskörű támogatást kap:

I. Három hónapos felkészülés a fogamzásra

1. Ivarsejtek védelme

2. Női termékenység figyelése
3. Fogamzás optimális napjának meghatározása
4. Magzatvédő vitamin szedése
5. Esetleges munkahelyi veszélyek feltárása
6. Fogászati ellenőrzés
7. Rendszeres sport, helyes táplálkozás

II. Fogamzás optimális elérése

1. A felkészülés ellenőrzése
2. A fogamzás megvalósítása

III. A koraterhesség védelme

1. A terhesség korai igazolása
2. A veszélyek korlátozása és optimális magzati fejlődés segítése pl. magzatvédő vitamin
3. A várandósgondozás menetének megbeszélése, területi ellátáshoz irányítás.

A természetes családtervezés

„A termékeny házastársi kapcsolat felelős megvalósítása, a születésszabályozás erkölcsileg megengedett módjainak összessége. E módszerek közös lényege, hogy a házaspár szexuális életében a fogamzást úgy igyekezik elősegíteni, hogy a nő termékeny napjain létesít nemi kapcsolatot, illetve

a fogamzást úgy igyekezik elkerülni, hogy a nő termékeny napjain nem létesít nemi kapcsolatot. A természetes családtervezés tehát kettős jellegű: a fogamzás érdekében és annak elkerülésére is alkalmazható.”⁴

Sikertelen reprodukció fajtái

A meddőség

Meddőségről beszélünk, amikor egy év rendszeres, ovuláció idejére eső házaseset ellenére a sikeres várandósság elmarad. Meddőségi kivizsgálást egy év próbálkozás után (35 év felett 6 hónap próbálkozás után), illetve ismert klinikai ok fennállása esetén bármikor elkezdhető. Mivel a med-

dőség nem csak a nőt vagy a férfit érinti, hanem párokat, ezért a kivizsgálás során mindkét partnert párhuzamosan vizsgálni kell. A kivizsgálás során a petefészkek működését, a spermiumtermelést és az anatómiai viszonyokat (méh, petevezetékek állapota, andrológiai státusz) szükséges felmérni.⁵

⁴Magyar Katolikus lexikon, a lexikon a Pálos Könyvtárban készült 1980 és 2013 között.

Vetelés

Beágyazódási rendellenesség

Háttérben több tényező mutatható ki, amelyek gyakran át is fedik egymást. Ilyen tényezők a méhüreg anatómiai rendellenességei, az embrió/magzat genetikai rendellenessége, az anya endokrin, immun és hemosztázis rendszerének, továbbá mentális állapotának zavarai, valamint a spermiumok morfológiai és működési zavarai, és nem kevéssé a dohányzás.

Spontán vetelésnek nevezik, ha a várandósság 20. hete előtt a magzat kilökődik az anyaméhből, elhal. A spontán vetelés előfordulása 13-15%.

Visszatérő (vagy habituális) vetelés (HABAB) esetén legalább két egymást követő vetelés következik be. A nők 5%-ánál fordul elő az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint, ami Európában általában elfogadott, hogy legalább 3 egymást követő várandósság szakad meg a 20. hét előtt. Ez a nők 1-3%-át érinti, hazánkban ez mintegy 2000 nőt érinthet.

A **koraszülés** is a sikertelen várandósság körébe tartozik, ami a várandósság 24. és 37. hete között következik be. Ez hazánkban 9%-ban fordul elő. A koraszülések következménye a szüléskörüli halálozás (perinatális mortalitás) döntő hányada és a koraszülés felelőssé tehető a felnőttkori szív- és érrendszeri, valamint anyagcsere betegségek egy részéért is.

Méhen belüli magzatelhalás. Erről akkor esik szó, ha a magzat a várandósság 24. hete után, a szülésig terjedő időszakban hal el. Hazánkban 0,5%-ban fordul elő.

A **perinatális magzati mortalitás** magában foglalja a méhen belül elhalt magzatok számát és a szülést követő első 7 napban meghalt újszülöttek számát, 1000 szülésre vonatkoztatva. Ez az érték hazánkban 8-9 ezrelék, európai összehasonlításban magasnak számít.

A **méhen belüli sorvadás** azt jelenti, hogy a magzat súlya elmaradt a korához képest kívánt értéktől. Gyakran társul koraszüléssel és méhen belüli elhalással.

Lelki okok, kísérő tünetek

Az úgynevezett funkcionális meddőség az, amikor egyik félnél sem mutatható ki orvosi beavatkozást igénylő elváltozás. Sokszor a meddőség okai között, vagy a kezelések során megjelenő lelki problémák húzódnak meg. Különös figyelmet kell fordítani arra a ma már bizonyítottá vált tényre, hogy a fizikai okok háttérben is gyakran pszichés tényezők (pszichoszomatikus tünetképződés) állnak.

Stressz

Az állandó stressz a női szervezet ciklusát, a hormonokat termelő szervek zavarát okozzák. Az így kialakuló állapot hatással van a fogamzóképesre, a petesejt beágyazódására, de okozója lehet a vetelésnek, koraszülésnek is.

Életkor megválasztása a fogamzásra, gyermekvállalásra

A fogamzás esélye a 30. életévtől folyamatosan csökken; a harmincas évek végétől az esélyek hanyatlása felgyorsul, 45 éves korban már csekély az esélye a sikeres várandósságnak.

Terhességek mesterséges megszakítása

A terhességmegszakítást kérő nők száma 2000–2011 közötti statisztikai adatok szerint a 20–29 éves korosztályon belül jelentősen, szinte felére csökkent.

A 30–39 évesek körében ez nem tapasztalható, a 35–39 éves korosztály körében szinte egyáltalán nem, a 30–34 év közöttiekénél pedig enyhe mértékben csökken az elvégzett abortuszok száma. A 35 év fölöttiekénél azt látjuk, hogy még a 15–19 évesekhez képest is rosszabb a tendencia. Annak, hogy a húsz év alattiak közül csaknem 4700-an – a 14 év alattiak 170-en – kérték a terhességnek

.....

⁵Egészségügyi szakmai irányelv - Az infertilitas és subfertilitas kivizsgálásáról és az asszisztált reprodukciós kezelésekről <https://nogyogyaszdebrecen.hu/wp-content/uploads/2013/10/m%C3%B3dszertani-lev%C3%A9l-medd%C5%91s%C3%A9g-kivizsg%C3%A1l%C3%A1s%C3%A1ra.pdf>

a megszakítását egyaránt oka lehet a tudatlanság és a „velem ez nem történhet meg” típusú megközelítés, a fiatalok szexuális élettel kapcsolatos tudásának hiánya. Ez azt eredményezi, hogy a korosztályban nem csökken az abortuszok száma.

A terhességmegszakítást 1992 óta a magzati élet védelméről szóló törvény szabályozza. Elrendelte a Családvédelmi Szolgálat felállítását, amelyben speciálisan felkészített védőnők adnak 2 alkalomból álló tanácsadást: az első alkalom anonim és a magzat megtartása érdekében lehetséges segítséget tárja fel, a második tanácsadásra akkor kerül sor néhány nap gondolkodási idő után, ha a várandós anya súlyos válsághelyzetére hivatkozva kijelenti a terhesség megszakítási szándékát. Ebben az esetben a beavatkozásról, annak kockázatairól, valamint a jövőbeli családtervezési lehetőségekről kap tájékoztatást.

A Családvédelmi Szolgálat megelőzőként a családtervezéssel kapcsolatos felnőtt és ifjúsági közösségeknek, pároknak, magánszemélyeknek is nyújt tanácsadást, ismeretterjesztő előadást.

Egészségügyi ellátás

A meddőséggel érintett pároknak csak 15 %-a fordul orvoshoz, aminek több oka van. Az egészségügyi ellátórendszer meddőségre szakosodott intézményei földrajzilag nagyvárosokban, központi helyen, az ettől távol eső területeken élők számára nehezen elérhetők. Anyagi nehézséget jelent a gyakori vizsgálatokon és kezeléseken való megjelenés, a kiegészítő költségek miatt. A központosított ellátás miatt az alapellátásban dolgozó védőnők bevonása és folyamatos felkészítése nem történik meg, ami az érintettek időigényes tájékoztatását, információhoz jutását helyben is biztosíthatná. A már ismert és a még felfedésre szoruló kockázati tényezőknek az egyre pontosabb felderítése lehetővé teszi a kezelési eljárások kiszélesítését és finomítását, amelyek következtében a reprodukciós zavarok egyre inkább csökkenthetők.

.....

⁶ A Népesedési Kerekasztal felhívása A napi élelmiszerekben előforduló mezőgazdasági vegyszerek és toxinok hatása a kívánt és tervezett gyermekek megszületésére Budapest, 2019. március 28.

<https://www.nepesedesikerekasztal.hu/index.php?start=3>

⁷ A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében Erős Erika dr., Hajós Anett, Kovács Réka, Supák Dorina, Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Családtervezési, Koragyermekkori és Ifjúsági Osztály, Budapest, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest

Táplálkozás

Folsav, vitamin kiegészítés, könnyű, vegyes táplálkozás ajánlott.

A Népesedési Kerekasztal⁶ közleménye szerint a legújabb kutatások bizonyítják, hogy a mezőgazdaságban alkalmazott káros, toxikus anyagokkal, vegyszerekkel kezelt növények és az állati eredetű tápanyagok súlyosan rontják a megtermékenyülés esélyeit és okozói több más krónikus betegségnek. -A férfiak nemzőképessége 60 %-kal csökkent az 1970-es évektől napjainkig.

-A termékenységcsökkenés és a mezőgazdasági vegyszerek összefüggését kutatásokkal igazolták mindkét nem esetében.

-A mezőgazdasági vegyszerek és a mikotoxinok következményei:

-Nők esetében a policisztás ovárium-szindróma (PCOS), valamint az endometriózis gyakoribbá válása.

-Spontán vetélés, méhen belüli magzati halál és a koraszülés.

-A nemiség fejlődésének rendellenességei.

-Mikotoxinokat, illetve glifozátot tartalmazó mindennapi élelmiszerek: gabona alapú termékek, sör, szójatartalmú termékek, halak, hús, tejtermékek.

Dohányzás

A dohányzásból származó káros vegyületek aktív és passzív dohányzás esetén is bizonyítottan

-csökkentik a spermiumok megtermékenyítő képességét, a petesejtérést, a megtermékenyült petesejt beágyazódását;

-a magzatnak nagyobb eséllyel lesz fejlődési rendellenessége;

-az érfalakra gyakorolt szűkítő hatás következtében csökken a méhlepény ereinek áteresztőképessége, kevesebb oxigén és tápanyag jut a magzathoz, emiatt testi- és idegrendszeri fejlődésében elmarad a korához képest;

-növekszik a vetélés, koraszülés kockázata.

Média

A média érintőlegesen foglalkozik a témával, és többnyire csak a lombikbébi programot ismertetik. Jelentős probléma az is, hogy a meddőség és annak megelőzési lehetőségei, korai felismerése tabutéma, sokan szégyenként élik meg helyzetüket, titkolják és nem tudják, hová forduljanak.

Az első gyermek optimálisabb időben történő megszületésének széleskörű ismertetése, a meddőség okainak megelőzése, a gyermekvállalás szépségének a társadalom számára történő folyamatos közvetítése jelenleg egyetlen média programjában sem szerepel. Sem tájékoztató filmek, sem kiadványok a lakosság számára nem elérhetők,

Összegzés

A pre- és perikoncepcionális gondozás igénybevétele a hazai gyakorlatban primer preventív céllal alig, szekunder preventív céllal is igen kis számban igénybe vett ellátás. Szerepét és feladatai egy részét a meddőségi ellátások vették át, de ezek már azokat a speciális betegcsoportokat látják el, amelyeknél természetes úton sikertelen a fogamzás. A várandósgondozás általában a 8–10. héten kezdődik, vagyis kimarad a preembryonális és az embryonális fejlődés gondozásának lehetősége.⁷

Az egészségmegőrzés mellett komplex szakmai programok segítségével elő kell segítenünk, hogy kiegyensúlyozott, harmonikus párokapsolatok jöjjenek létre, és növekedjen a gyermekvállalási hajlandóság.

A betegségek megelőzése érdekében továbbá az egészség megőrzése céljából javítani kell a szűrőprogramok hatékonyságát, a szűrésekhez való hozzáférést, a rizikótényezők csökkentését. A meddőség elleni prevencióval, és terápiás eljárásokhoz való hozzáférés javításával, továbbá a lakosság tájékoztatásának szélesebbé tételével csökkenteni kell a sikertelen várandósságok számát.

A fiatalok sok esetben nehezebben kötelezik el magukat a gyermekvállalással járó döntés meghozatalában. A későn meghozott döntések egyik következménye a meddőség kockázatának növekedése.

a tájékoztatás iránti érdeklődés felkeltése csak széleskörű kampánnyal valósítható meg.

A pozitív családtervezés, a pre- és perikoncepcionális egészségmegőrzés, gondozás továbbra is kiemelt figyelmet kell, hogy kapjon, az ellátást mindenki számára egységesen elérhetővé kell tenni. A fejlett országokban a családtervezési szolgáltatásokat elsősorban az állam biztosítja egészségügyi és szociális intézményein, valamint az oktatási rendszeren keresztül. Magyarországon a meddőségi kezelések jelentős részét az állam, a családtervezést a fent leírtak szerint a Központi költségvetés finanszírozza. A köznevelés feladatait a témában az Eütv. Egészségfejlesztés című fejezetének 37-40 szakasza rögzíti.

A gyermeket vállalni kívánó párok gyakran nem tudják, hogy hova, kihez fordulhatnak segítségért, problémát jelenthet számukra a jelentős anyagi terhek viselése és a lelki trauma feldolgozása is.

Az alapellátás keretében hangsúlyt kell fektetni arra, hogy a háziorvosnak és a védőnőknek legyen elegendő információja a meddőség megelőzéséről, az okok mielőbbi felfedezéséről

a kivizsgáláshoz és megfelelő kezeléshez vezető „betegút” lehetőségeiről, ismelve problémájukat az alapvető vizsgálatokat követően pontos tájékoztatást adhassanak a pároknak a számukra elérhető lehetőségekről, ellátásokról.

Szükséges kialakítani a minden rászoruló számára elérhető, ún. „elsődleges” szakellátást speciálisan továbbképzett egészségügyi szakemberek – orvosok, védőnők, szülésznők – részvételével a járó beteg szakrendelők szervezeti keretein belül. Mielőbb meg kell történnie a szükséges, protokoll szerinti kivizsgálásnak, a diagnózis felállításának és a szükséges terápiához történő hozzáférés biztosításának.

A reprodukciós folyamatok lelki eredetének feltárása, a pár lelki kísérése nélkülözhetetlen az eredményes gyermekáldás érdekében, amelyhez ki kell képezni az ebben résztvevő szakembereket. Az elsődleges megelőzésben szerepet játszó területi védőnői ellátás keretében elkülönített tanácsadási

időben ajánlott megszervezni családtervezéssel kapcsolatos konzultációs lehetőséget.

A családi életre és kapcsolati kultúrára felkészítés a nevelési-oktatási intézményekben erre kiképzett pedagógus, védőnő, szociális munkás közreműködésével biztosítsa a gyermekek és fiatalok életkorának megfelelő felkészítést, a gyermek és családbarát szemlélet, a tiszteleten és szereteten alapuló párkapcsolati kultúra kialakításaért.

Érdemes megerősíteni a törvény által biztosított Családvédelmi Szolgálat speciális primer és szekunder prevenciók tevékenységét mind az abortuszok elkerülése, mind pedig megelőzése érdekében.

A reprodukív folyamatok veszteségelményeinek

feldolgozására speciálisan képzett (pszichológus, orvos, védőnő, lelkész, stb.) lelki tanácsadó szolgáltatás lehetőségét kell biztosítani a gyász munka feldolgozására az érintett személyeknek, pároknak.

Az egészségügyi ellátások szereplőinek szemléletét fejleszteni, szakmai felkészültségét folyamatosan bővíteni szükséges a pozitív és természetes családtervezési módszerek alkalmazása érdekében, a nem kívánt terhességek megelőzése érdekében.

Fontos, hogy a családtervezés úgy anyagilag, mint ismeret szintjén, különös tekintettel az alacsony életkorban, alacsony iskolázottsági és jövedelmi szintű társadalmi csoportokban is hozzáférhető legyen.

Felhasznált irodalom

Antal István: Roma lányok korai gyermekvállalása összefüggéseinek áttekintése egy helyi projekten keresztül Kapocs 2020/1. 151-163.

Erős Erika és munkatársai: A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében Orvosi Hetilap 2012. 153. évfolyam, 42. szám 1667-1673.

Erős Erika, Hajós Anett: A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben elmúlt 6 év tükrében <https://folyoirat.nefi.hu>

EFOP-1.8.0.-VEKOP -17.2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése A/II –Egészségtudatosság fejlesztése koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig)

<https://efop180.antsz.hu/temak/egeszsegtudatossag-fejlesztese-a-koragyerekkorban.html>

Varga Katalin – Andrek Andrea – Molnár Judit Eszter (szerkesztők) A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében Medicina 2019

Pápay Nikolett – Rigó Adrien Reprodukív egészségpszichológia ELTE Eötvös Kiadó 2015. 413 oldal

Petra Frank: Természetes & biztonságos – Tankönyv 2015, Első kiadás

<https://www.medicina-kiado.hu/kiadvanyaink/eletmod-egeszseg/ismeretterjeszto/termeszetes-biztonsagos-%E2%80%93-tankonyv/>

Marina Nicholas: 3 lépés a termékenységet – Kézikönyv babára váró pároknak a fogamzóképeség növeléséért Kiadó: HAJJA BOOK KFT.2008

https://www.libri.hu/konyv/marina_nicholas.3-lepes-a-termekenyseget.html

Dr. Csomai Zita: Meddőségből termékenység - Természetes megoldások egy új életért Édesvíz kiadó 2020.

https://www.libri.hu/konyv/dr_csomai_zita.meddosegbol-termekenyseget.html

Cikluskövetési tanfolyamok laikusoknak magyar nyelven

Cikluskövetés

<https://cikluskovetes.hu/>

Cserhádi- Harold Janka Termékenységtudat tanfolyam

<https://hormonmentes.hu/termekenysegtudat-tanfolyam/>

Dr. Bakos Marcell Pregprogram

<https://www.pregprogram.com/>

Creighton modell

<https://www.termekenyvagy.hu/creighton-modszer/>

Troude, Pénélope et al. "Medical factors associated with early IVF discontinuation." *Reproductive biomedicine online* vol. 28,3 (2014): 321-9. doi:10.1016/j.rbmo.2013.10.018

Ubaldi, Filippo Maria et al. "Reduction of multiple pregnancies in the advanced maternal age population after implementation of an elective single embryo transfer policy coupled with enhanced embryo selection: pre- and post-intervention study." *Human reproduction (Oxford, England)* vol. 30,9 (2015): 2097-106. doi:10.1093/humrep/dev159

Van Dongen, Angelique et al. "Psychosocial and demographic correlates of the discontinuation of in vitro fertilization." *Human fertility (Cambridge, England)* vol. 18,2 (2015): 100-6. doi:10.3109/14647273.2014.995240

Szerzőink

Balogh Enikő szociológus, a KINCS kutató-elemzője

Baraté Edina szociológus, a KINCS kutató-elemzője

Dr. Dusa Ágnes neveléstudományi kutató, a KINCS munkatársa

Dr. Markos Valéria neveléstudományi kutató, a KINCS munkatársa

Nagy Emese szociológus, egyetemi hallgató

Nagy Tímea szociológus, a KINCS kutató-elemzője

Dr. Papházi Tibor szociológus, jogász, a KINCS kutató-elemzője

Dr. Párducz László a Magyar Család-és Nővédelmi Tudományos Társaság elnöke,
a Magyar Gyermeknőgyógyász Társaság alelnöke

dr. Pári András jogász, szociológus, a KINCS Kutatási Iroda vezetője,
a Pázmány Péter Katolikus Egyetem tanársegédje

Raffael Mónika általános szociális munkás, a KINCS kutató-elemzője

Regős Judit szociálpolitikus, családi tanácsadó, a Szülők Háza vezetője

Székely Levente szociológus, a Mathias Corvinus Collegium Szociológia Műhely
és az Ifjúságkutató Intézet vezetője, a Budapesti Corvinus Egyetem adjunktusa,
a Magyar Ifjúság Kutatás 2020 kutatásvezetője

Szomszéd Orsolya politológus, a KINCS Szakpolitikai Elemzési Iroda vezetője

Várfalvi Marianna védőnő, szülésznő, a KINCS szakértője, a Magyar Védőnők
Szakmai Szövetségének elnöke

Dr. Vesztergom Dóra szülész-nőgyógyász, reprodukzív endokrinológus,
Semmelweis Egyetem Asszisztált Reprodukciós Centrum főmunkatársa



KINCS

KOPP MÁRIA INTÉZET
A NÉPESEDÉSÉRT
ÉS A CSALÁDOKÉRT

Kiadja: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS)

Felelős kiadó: Fűrész Tünde elnök

Főszerkesztő: Engler Ágnes tudományos elnökhelyettes

Szerkesztőbizottság elnöke: Aczél Petra elnöki főtanácsadó

Szerkesztőbizottság tagjai: Andok Mónika, Bagdy Emőke, Bartus Tamás, Bögre Zsuzsanna, Dávid Beáta,
Demény Pál, Forisek Péter, Lentner Csaba, Mészáros József, Pusztai Gabriella

Szerkesztőség: Antal István központvezető, Szomszéd Orsolya irodavezető, Pári András irodavezető

Szerkesztőségi titkár: Földi-Deutsch Eszter elnöki és tudományos főmunkatárs

Szerkesztőség: info@koppmariaintezet.hu

ISSN 1588-7227 (nyomtatott)

ISSN 2732-0154 (online)