



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

A.II.4.2.KORASZÜLÉS-PREVENCIÓ MÓDSZERTANI KÉZIKÖNYV

**Koraszülés/magzati retardáció/fejlődési rendellenességek
kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok kivédésének
lehetőségei**

***Eredménytermék készítésének dátuma:
2018. 11. 30.***

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt

Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt

A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) című munkacsoportja.



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Eredménytermék készítője:

Balatoni Ágnes
 Dr. Fogarasi Greczer Andrea
 Dr. Prosszer Mária
 Dr. Sebők Szilvia
 Csáky-Szunyogh Melinda
 Fehér Szilvia
 Maradáné Veréb Vanda

Előterjesztő:

Munkacsoport-vezető neve: Árváné Egri Csilla

Aláírás

.....

Jóváhagyó:

Alprojektvezető neve: Dr. Csépe Andrea

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

Aláírás

.....

.....

Konzorciumvezető: Nemzeti Népegészségügyi Központ

Konzorciumi tag:

TARTALOMJEGYZÉK

I.	Vezetői összefoglaló	5
II.	Bevezetés	6
III.	A Módszertani kézikönyv célja.....	8
IV.	Koraszülött, kis súlyú újszülött, fejlődési rendellenesség – fogalmak.....	9
V.	Koraszülött, kis súlyú újszülött, fejlődési rendellenesség kialakulásában szerepet játszó tényezők vizsgálatának tapasztalatai, legfőbb következtetései	13
VI.	Módszertani útmutatás az eredmények tükrében, avagy a megelőzés sarokpontjai....	21
1.	Szociodemográfiai tényezőkből adódó hatások kivédésének lehetőségei	21
2.	Pszichoszociális faktorok jelenlétének felismerése, a megelőzés lehetőségei	32
3.	Nővédelem	44
4.	Családtervezés	54
4.1.	Családtervezés a nővédelmi tanácsadás keretén belül	55
4.2.	Multivitamin és folsav	58
4.3.	Életmódtényezők a családtervezés időszakában.....	61
4.4.	Reproduktív anamnézis.....	65
4.5.	Táplálkozásra vonatkozó ajánlások.....	74
4.6.	Testmozgásra vonatkozó ajánlások	83
4.7.	Koffeinbevitelre vonatkozó ajánlások.....	84
4.8.	Addikciókkal kapcsolatos prevenció	86
4.9.	Fogászati prevenció.....	95
4.10.	Fertőzések.....	100
4.11.	Krónikus anyai betegségek, várandósság alatti kórképek	102
4.12.	Anyai életkor	108
4.13.	Környezet-egészségügyi tényezők, veszélyes kémiai anyagok	111
4.14.	Szekunder prevenció módszerei a várandósság során	115

VII. Összefoglaló	117
VIII. Köszönetnyilvánítás	120
IX. Irodalomjegyzék	121
X. Mellékletek.....	129
XI. Ábrajegyzék	150

I. Vezetői összefoglaló

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése elnevezésű projekt keretén belül, az A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport elkészítette a koraszülés okait feltáró – népegészségügyi szempontból legfontosabb témaköröket magába foglaló – kutatás eredményeire épülő szakmai módszertani ajánlást.

A lakosság egészségi állapotának védelme a magzati élet védelmével és a várandós anyák egészségének megőrzésével kezdődik. Ez már alapvető, meghatározó tényezője a későbbi egészségi állapot alakulásának, ezért kiemelt figyelmet kell fordítanunk a gyermekekre, emellett pedig az őket nevelő családokra, szülőkre is. Az egészséges életkezdet egy egész életen át kihat az egyén egészségére és jóllétére.

Az egyén egészségi állapotát nagymértékben befolyásoló tényező az élet kezdete, amelyre az egészségügyi ellátórendszer jelentős hatást képes gyakorolni. A megelőző–gyógyító ellátáson – pl. a várandósgondozáson – vagy a születés biztonságos feltételeinek megteremtésén kívül számos más egészséget meghatározó tényező szerepe is fontos: ilyenek például az egészséges táplálkozás, a káros szenvedélyek megelőzése, a rendszeres testmozgás, a lelki egészség vagy az egészséges és biztonságos otthoni és intézményi környezet. A koraszülések okainak felderítése számos dologra hívhatja fel a figyelmet, melyek pontos megismerése célzottabbá teheti a családtervezés és várandósgondozás preventív beavatkozásait, az intervenciókat egy adott területen vagy a magasabb rizikójú csoportokban.

A kutatási eredmények figyelembevételével készült el a koraszülés-prevenció módszertana, amely különböző tananyagfejlesztések alapjául szolgálhat. A módszertan tartalmazza azokat a népegészségügyi beavatkozásokat, jó gyakorlatokat, amelyek segítik a szakemberek munkáját a koraszülöttek, kis súlyú újszülöttek, fejlődési rendellenességgel születettek arányának csökkentésében és a kutatásban feltárt potenciális kockázati tényezők elkerülésében, kiküszöbölésében.

II. Bevezetés

Nemzetközi szinten a gazdaságilag fejlett országok negatív perinatális eredményeiért a koraszülés tehető felelőssé. A koraszüléseket, a kis súlyú szüléseket és a fejlődési rendellenességeket rendkívül sok, egymástól jelentősen eltérő ok válthatja ki. A koraszüléseket „komplex betegségnek” tartja a szakma, amellyel kapcsolatban megállapítható, hogy általában nem egy kiváltó oka van, hanem egyszerre több is, amelyek hatnak egymásra.

Mai ismereteink szerint az esetek 30–35%-ában lehet biztosan tudni a koraszülés/koraszülöttség okait. A többi esetben környezeti, genetikai és egyéb ártalmak játsszák a fő szerepet (1. ábra).



1. ábra: Koraszülést és veleszületett fejlődési rendellenességeket okozó lehetséges okok és hatások

(Forrás: saját szerkesztés, Csáky-Szunyogh Melinda)

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 azonosítószámú *Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése* elnevezésű projekt keretén belül, elkészült „A koraszülés, a kis súlyú szülés és a fejlődési rendellenességek kialakulásának okait feltáró tanulmány”, mely több dimenzió mentén vizsgálja a koraszülés, a retardáció és a fejlődési rendellenességek okait. A kutatás célja az volt, hogy Magyarország két hátrányos helyzetű megyéjében (Borsod-Abaúj-Zemplén és Somogy megye), valamint Budapest X., XVII. és XVIII. – igazgatási szempontból összetartozó – három kerületében, tehát három nagyobb területi egység helyszínén feltárjuk a koraszülés/kis súlyú szülés és a fejlődési rendellenességek legfőbb okait. Megvizsgáltuk a gyermekek szüleinek anamnéziséit, valamint a legfontosabb életmódra, pszichoszociális állapotra vonatkozó jellemzőit annak érdekében, hogy pontosan megállapíthatóak legyenek a legfontosabb koraszülést, kis súllyal történő szülést és/vagy fejlődési rendellenességet okozó tényezők és azok összefüggései. A kutatás során végzett adatgyűjtés személyes interjú módszerén alapult, melyet kiegészített egy, az egészségügyi dokumentáció bejegyzéseire alapozott strukturált adatgyűjtés is, amely adatfelvételi feladatok összesen 300 védőnő bevonását tették szükségessé a három kiválasztott célterületen. A kutatásban részt vevő „esetek” csoportját azok az anyák alkották, akik koraszülésen estek át, alacsony születési testtömegű gyermeket szültek, valamint gyermeküknél fejlődési rendellenességet diagnosztizáltak. A kontrollképzés során vizsgálatunkban az esetekhez nem, születési idő és születési hely alapján illesztett, időre született, rendellenességgel nem érintett gyermeket világra hozó kontrollanyákat vizsgáltunk.

III. A Módszertani kézikönyv célja

A módszertani útmutató kézikönyv célja segítséget nyújtani a várandós és nőgondozást végző szakemberek, köztük a védőnők számára, hogy mindennapi munkavégzésüket naprakész ismeretekkel támogatva hozzásegítse őket a koraszülések, kis súlyú újszülöttek világrahozatalának csökkentésében, emellett támogatást nyújtson a veleszületett rendellenességek kialakulásának prevenciójában, annak érvényesítésében és sikeres megvalósulásában.

A módszertani útmutató további célja, hogy a koraszülés, kis súlyú szülés és fejlődési rendellenességek kialakulásához vezető fő kóroki tényezők és kivédésük lehetőségének bemutatásával egyénre szabott tanácsadás keretében segítsék a gyermeket tervező párokat gyermekük időre és egészségesen történő világrahozatalában. A módszertani útmutató alapján megvalósított széles spektrumú gondozási tevékenység hiányt pótló szakmai szubvenció lehetőségét teremti meg, amely a nemzetközi ajánlásoktól (WHO, 2018) eltérően döntően nem csak a fogamzásgátlásra koncentrálva valósítja meg és támogatja a családtervezés lépéseit.

IV. Koraszülött, kis súlyú újszülött, fejlődési rendellenesség – fogalmak

KORASZÜLÖTT (Preterm birth, PTB)

A betöltött 37. várandóssági hét előtt bekövetkezett szülésből született újszülöttet nevezzük koraszülöttnak. Alsó határát a WHO ICD (World Health Organization International Classification of Diseases) ajánlására a 22. várandóssági hétre vitték le, a várandóssági hetek ismeretének hiányában az 500 gramm súlyhatárt, 30 cm-es testhosszt határozták meg. Magyarországon 1998-tól alsó határként a 24. várandóssági hetet rögzítették jogszabályban. (Papp, 2016)

Az elmúlt években nagyon sok erőfeszítést tapasztalunk az egészségügyi mutatók javítása érdekében mind a szakma, mind az egészségügyi kormányzat és a civil támogató közösségek részéről, de a koraszülések 8-9%-os előfordulási arányát nem sikerült csökkenteni, így a koraszülés hazánkban évente közel 8000 gyermeket érint.

A koraszülöttek egészséges életben maradási esélyei az említett erőfeszítések következtében folyamatosan javulnak, de további problémát jelent, hogy hazánkban jellemzően a 32. betöltött várandóssági hetet megelőzően született koraszülöttek száma magas. A 32., de főként a 28. várandóssági hét előtt megszületett koraszülöttek intenzív osztályon eltöltött kezelési/ápolási napjainak száma általában jóval több, mint a 32. hét betöltése után születetteké. Körükben jóval gyakrabban fordulnak elő maradandó, sokszor több szervrendszert is érintő súlyos egészségkárosodások, amelyek nem csak az ő személyes életükben okozhatnak nehézségeket, de az őket körülvevő szűkebb családi és tágabb társadalmi környezet számára is komoly megterhelést jelenthetnek. Ennek fényében a koraszülések arányának csökkentése, ill. a koraszülés megelőzése az egyén, a család és a társadalom szempontjából egyaránt igen fontos feladat.

KIS SÚLYÚ ÚJSZÜLÖTT (Low birth weight, LBW)

Definíció szerint kis súlyúnak nevezünk minden 2500 g alatti súllyal született újszülöttet, függetlenül attól, hogy a várandósság hányadik hetében jött világra.

Több millió várandósság alatti magzati képalkotó vizsgálati eredmény és megszületett újszülött adatainak elemzéséből jött létre az ún. intrauterin növekedési standard, ami súlypercentilis görbéket tartalmaz: eszerint a magzatok/újszülöttek magzati, ill. születési súlya átlagos esetben az 50-es súlypercentil körül mozog. 50-es súlypercentil: az a testtömeg, amely az adott várandóssági korban a magzatok 50%-ára jellemző. A magzat várandósság alatti súlynövekedését számtalan tényező befolyásolja genetikai faktoroktól kezdve a magzat nemén, rasszán, környezeti tényezőkön át az anya táplálkozásáig, életmódjáig. Európában a 37 hetes magzatok/újszülöttek átlagos testtömege 3000 gramm körül van (50-es percentil). A 40 hetes magzatok/újszülöttek 50-es súlypercentilje (átlagos testsúlya) 3500 gramm körüli.

Magyarországon 8–9% a kis súlyú újszülöttek aránya, mely megegyezik a fejlett európai országokban tapasztalt előfordulási aránnyal. A fejlődő országokban a kis súlyúak aránya 6–30% között mozog.

Nagy általánosságban elmondható, hogy a 40. várandóssági héthez képest minél korábban születik egy gyermek, annál kisebb a születési testtömege. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a magzat/újszülött testtömege nem minden esetben felel meg a várandóssági korára jellemző normál átlagnak, lehet annál jóval kisebb, vagy nagyobb. Normál testtömegűnek tekintjük azokat az újszülötteket (várandóssági kortól függetlenül), akiknek a születési súlya a várandóssági koruknak megfelelő 10-90 percentil közé esik. A gesztációs idő ismeretében, ill. ha a becsült gesztációs idő és az újszülött biológiai érettségi jelei nem felelnek meg egymásnak, objektív vizsgálómódszerrel (pl. Dubowitz-score) az újszülött érettsége (gesztációs kora) nagy biztonsággal megállapítható, és el lehet dönteni, hogy ahhoz képest nagy vagy kis súlyú, ill. a várandóssági kornak megfelelő testtömegű újszülöttről/koraszülöttről van szó.

Eltérő egészségi kilátásaik miatt fontos megkülönböztetni az SGA és az IUGR újszülöttek csoportját, és tisztázni, hogy ez a két fogalom miben tér el egymástól.

SGA: Gesztációs időhöz képest kis súlyú újszülött

SGA (small for gestational age) minden olyan újszülött, akinek a születési testtömege nem éri el a gesztációs korának megfelelő normál tartományt, azaz 10 percentil alá esik. Az SGA újszülöttek/koraszülöttek fejlettsége és testarányai és megfelelnek a gesztációs koruknak, de testtömegük elmarad az arra jellemző normál átlagtól. Az elmaradás nem feltétlenül kapcsolódik valamilyen kóros állapothoz, okozhatják familiáris tényezők (pl. a szülők és/vagy egyéb családtagok genetikailag determinált kis termete). A testtömeg elmaradásának kórosi tényezői között a magzati oldalon genetikai eltérések (pl. triszómiák), egyéb fejlődési rendellenességek, intrauterin vírusfertőzések, anyagcsere-betegségek, az anyai oldalon pedig rendszerbetegségek (hypertonia, diabetes, szív- és tüdőbetegségek stb.), ill. táplálkozási hiányállapotok, gyógyszeresedés, nikotin-, alkohol-, drogfüggőség stb. szerepelhetnek. Fontos megemlíteni az anyai életkor szerepét is: 16 évnél fiatalabb, ill. 35 évnél idősebb várandósok gyermekei között az átlagosnál nagyobb arányban fordulnak elő SGA újszülöttek.

IUGR: Méhen belüli növekedésbeli elmaradás

Az IUGR (intrauterine growth restriction) újszülöttek születési testtömege szintén a gesztációs kornak megfelelő 10, de sokszor a 3 percentil alá esik. Az állapot elsősorban a placentaműködés zavarára és az emiatt kialakuló krónikus méhen belüli alultápláltságra vezethető vissza, ami számos anyai betegséggel hozható összefüggésbe. A magzat vérkeringése a csökkenő lepényi vérellátásra olyan átrendeződéssel válaszol, amely a létfontosságú szervek számára igyekszik biztosítani a maximális oxigénellátottságot, a többi szerv pedig ehhez képest jóval kevesebb vérhez és oxigénhez jut, relatív hypoxiás állapotba kerül. Ennek következtében az IUGR újszülöttek testarányai eltérnek a gesztációs korukra jellemzőtől, közép-súlyos-súlyos dystrophia jeleit mutatják. Fejkörfogatuk és testhosszuk általában a gesztációs kornak megfelelő, de mell- és haskörfogatuk attól jelentősen elmarad, bőralatti zsírszövetük minimális, nem rendelkeznek tartalékokkal. A magzati keringési átrendeződés következtében a zsigeri szerveket érintő változó mértékű hypoxia miatt ezen szervek nem megfelelő vagy hiányzó működése gyakran vezethet bizonyos jellemző kórállapotok (hypoglycaemia, infekciók, véralvadási zavarok és ebből adódó vérzések, táplálási, emésztési problémák, a só- és vízháztartás zavarai, valamint ezekből adódó

következményes idegrendszeri eltérések) kialakulásához. A táplálkozási problémák gyakran hosszú távon is megmaradnak, fejlődésük üteme sokszor nem éri el normál súllyal született kortársaikét. A későbbiekben nagyobb arányban küzdenek koncentráció- és viselkedési zavarokkal, tanulási, beilleszkedési problémákkal.

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉG

Definíció szerint a veleszületett rendellenességek olyan, a magzati életben kialakuló alaki, biokémiai és működésbeli fejlődési zavarok, amelyeket születéskor (esetleg már a magzati életben) vagy a születést követően észlelnek. Ezek kialakulásában a genetikai okok mellett úgynevezett epigenetikai faktorok, vagyis a meglévő genetikai hajlamot, adottságot felerősítő külső környezeti hatások (anyai betegség, környezeti ártalmak, kémiai anyagok, életmódbeli hatások) is keresendők.

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) adatai alapján hazánkban a leggyakoribb fejlődési rendellenességek a keringési rendszer, a csont-izomrendszer, a húgyúti rendszer, a nemi szervek és az emésztőrendszer veleszületett rendellenességei. A VRONY adatai szerint a fejlődési rendellenességek előfordulási aránya hazánkban 6-7%, ami megfelel az Európában is tapasztalható előfordulási aránynak.

A fejlődési rendellenességek az esetek nagy részében csak egy szervet/szervrendszert érintenek, ún. izolált rendellenességek formájában manifesztálódnak. Az esetek mintegy 10%-ában összetett, multiplex fejlődési anomália alakul ki, amely több szervet/szervrendszert érint.

Az együttesen jelentkező anomáliák kialakulhatnak egymástól függetlenül is, ebben az esetben az előfordulásuk nem mutat törvényszerűségeket vagy hasonlóságokat. Gyakoribb, hogy több rendellenesség meghatározott, az egyes esetekben hasonló megjelenést és konstellációt mutató együttes előfordulásáról van szó, ilyenkor szindrómáról beszélünk. A fejlődési rendellenességek kialakulásának hátterében gyakran konkrét genetikai eltérés áll: a kromoszómák számbeli, vagy minőségi változása.

V. Koraszülött, kis súlyú újszülött, fejlődési rendellenesség kialakulásában szerepet játszó tényezők vizsgálatának tapasztalatai, legfőbb következtetései

A koraszülött – kis súlyú újszülött – fejlődési rendellenességek kialakulásának sok hasonló, néha egymást erősítő etológiai, epidemiológiai tényezője van. Kutatásunk során célunk volt teljes keresztmetszetében megismerni azokat a veszélyeztető tényezőket, amelyek koraszüléshez, kis súlyú szüléshez vezethetnek, hogy hosszabb távon csökkenhetővé váljon a koraszülöttek, kis súlyú újszülöttek, fejlődési rendellenességgel született gyermekek aránya és ezzel mindazok az egyéni, családi és társadalmi problémák, terhek, amiket az általuk kiváltott a krízishelyzet okozhat.

Összefoglalva a legfőbb kutatási eredményeinket az alábbi összefüggéseket és megállapításokat tudjuk közreadni, hogy közvetlen segítséget nyújtsunk a szakembereknek munkájuk során és támogassuk a döntéshozókat, mely beavatkozások megtervezésével segíthetik leginkább hosszútávon a gyermekvállalás előtt álló vagy abban érintett családokat.

- A várandósgondozás résztvevői a védőnő, a házi orvos, a szülész-nőgyógyász, a szülésznő, a fogorvos és a család. A kisebb településtípuson élő várandósok 8%-ánál a házi orvosok elérése nehezen valósult meg. A szakellátás jelenléte (szülész-nőgyógyász) csak a nagyobb településtípusokon jellemző (ami érthető, hiszen kapcsolódik a járóbeteg-szakrendelőkhöz vagy a kórházi ellátáshoz). A várandósok válaszai alapján azonban elsősorban a községek, a falvak lakóinak nehéz ezek megközelítése. A teljes minta 5%-a esetén nehezen elérhetőek a szülész-nőgyógyász szakorvosok. A fogorvosok elérhetőségét értékelték legrosszabbra az anyák. A kisebb településtípusokban csupán 40% esetén van ellátás, részben ennek tudható be, hogy a kutatásban megkérdezett várandósok 37%-a nem jelent meg fogászati kontrollon a várandóssága során egy alkalommal sem. Magyarországon minden településen elérhető a védőnői ellátás. A védőnők elérhetősége jó, de a kutatásban érintett területeken 12,8%-ban a szomszédos településről járnak át ellátni a leendő édesanyákat, mely jelentősen korlátozhatja a velük eltöltött minőségi időt. A

szűrővizsgálatok elvégzéséhez és az egészségfejlesztéshez erre azonban szükség van. A területi sajátosságokat és az eredményeket is figyelembe véve az alapellátás és a járóbeteg-ellátás (szülész-nőgyógyász és fogorvos) szakembereinek a részvétele a várandósgondozási folyamatban rendkívül fontos, fokozott támogatásuk ezért hosszútávon elengedhetetlen.

- A koraszülések szociális rizikófaktorai közül az egyik legerősebben ható tényező az alacsony iskolai végzettség, mely kihat a munkavállalásra, ezáltal az anyagi helyzetre, a negatív életmódtényezők jelenlétére, tehát egy olyan tényezővel állunk szemben, mely rendkívüli módon meghatározza egy család életét és lehetőségeit. Az alacsony iskolai végzettségűek körében a tudatos családtervezés nagyon alacsony szinten áll. Az alacsony iskolai végzettségűek esetében (kutatásunkban 73%) nem tervezte jelen várandósságát. A családtervezés rendkívül fontos lenne, hiszen a tudatos készülődés elősegítheti a betegek alaposabb szakvizsgálatát, az életmódtényezők tudatosabb javítását, a szervezet ideálisabb felkészítését a várandósságra. Az alacsony iskolai végzettség meghatározza a lakhatást is. A kedvezőtlen területen és körülmények között élő várandósok gyermekeinek testtömege közel 305 grammal alacsonyabb, mint a kedvező körülmények között élőké. Az életmódtényezőkre, higiéniára is kedvezőtlen befolyást gyakorolhat ez a tényező.
- A nagyobb háztartásokban, több generáció együttélése esetén a pszichoszociális stressztényezők hatása erősebben jelentkezik, és ez megmutatkozik a perinatális eredményekben is, növelve a 2500 gramm alatti születések számát. Az együtt élők átlagos száma (4 fő) alatti háztartásokban élő anyák esetében 19,5% a 2500 gramm alatti születések aránya, az együtt élők átlagos száma feletti háztartásokban élő anyák esetében szignifikánsan magasabb, 25,7%.
- A koraszülöttek, kis súlyú újszülöttek vagy fejlődési rendellenességgel születettek édesanyái nagyobb mértékben éltek meg stresszt a várandósság alatt. A várandósság alatti distressz a születendő gyermekre is kifejtheti negatív hatását. A perinatális szorongás, a várandósság pszichés zavarainak negatív szülészeti, neonatális következményei az újszülöttek perinatális kimeneteli eredményein is látszanak, ezért a rizikócsoportok gondozása kiemelt népegészségügyi feladat. A magas rizikójú várandósságból született újszülöttek testtömege 229 grammal marad el a rizikómentes várandósságból született újszülöttek születési tömegéhez képest a teljes

mintában. Az érintettek körében a perinatális időszakban kialakuló hangulatzavarok nagyobb arányban vannak jelen. Az esetcsoportban szignifikánsan magasabb arány mutatkozik a lehangoltság, az érzelmi labilitás területén, valamint a hangulatingadozás tekintetében. Mintánkban szignifikánsan kimutatható, hogy az esetcsoportban kétszer annyi azoknak az aránya, akiknél a perinatális időszakban előforduló mentális tünetek esetében (a DSM–5 szerinti 9 tünetből) legalább öt majdnem minden nap, vagy hetente többször megtalálható. Szintén magasabb az arány a határérték alatti előfordulások tekintetében is, ami szintén odafigyelést igényel a környezettől és az egészségügyi szereplőktől egyaránt. Magyarországon biztosítani kellene a várandósok mentális támogatásának a rendszerét, a szakemberek elérhetőségét.

- Az anyai életkor is befolyást gyakorol a koraszülött, kis súlyú újszülött, fejlődési rendellenesség gyakoriságára. A 19 év alatti nők szülték mintánkban a legnagyobb arányban az alacsony testtömegű gyermekeket. A 25–34 éves édesanyák szülték a koraszülött és fejlődési rendellenességekkel érintett gyermekek közel 50%-át. A 35 év feletti anyák körében a koraszülés és a rendellenességgel érintett születések aránya magasabb.
- A roma nemzetiség nagyobb arányban él kedvezőtlen szocioökonómiai státuszban. Ha nemzetiségen belül hasonlítjuk össze a gyermekek biometriáját a kedvező és kedvezőtlen körülmények között élőkkel, akkor azt tapasztaljuk, hogy jelentős különbség van nemzetiségen belül is. Az újszülöttek testtömege 324 grammal kevesebb a kedvezőtlen körülmények között élők körében. Ugyanebben a csoportban (a kedvezőtlen helyzetben élő roma anyák között) a BMI értékeinek átlaga jóval alacsonyabb, 21,7, míg a kedvező helyzetben élőké 24,6. A roma anyáknak jóval nagyobb esélyük van arra, hogy alacsony testtömegű gyermeket szüljenek. Az alacsony testtömegű esetek 34,8%-a roma, míg a kontrollban csak 21,1%. Esélyük az alacsony testtömegű gyermek születésére: 2 (1,5–2,7). A gazdaságilag inaktívak közül nagyobb arányban kerülnek ki mind a kora- (<37. hét előtti), mind a 2500 gramm alatt születettek. A helyzetet különösen jellemzi az, hogy a gazdaságilag inaktívak közül a várandósságot 56,6%-ban nem tervezték, míg a gazdaságilag aktívak esetében ez az arány 19,6%. A roma nők 44,5%-a rendszeresen dohányzó, míg a nem romák 12%-a. Passzív dohányzás a roma családokban 56,7%-ban van jelen, míg a nem roma

családokban 16,7%. A roma családok támogatása kiemelt fontosságú, hiszen körükben láthatóan jóval magasabb a negatív perinatális állapotok előfordulása. Ezek kialakulásáért többnyire a negatív életmódtényezők és a meggyengült pszichoszociális helyzet tehető felelőssé, így iskolázottságuk és foglalkoztatásuk növelése jelentheti a kiutat ebből a problémából.

- Alacsony iskolai végzettség esetén a negatív életmódtényezők megsokszorozódnak. A teljes mintában a várandósság előtti rendszeres dohányzás aránya 35,1% volt, amely rendkívül magas, tekintettel arra, hogy családalapítás időszakában lévő korosztályt vizsgáltunk. A várandósság alatti rendszeres dohányzás aránya 19,7% a teljes mintában. A különböző szociális csoportokban jelentősen változik a dohányzás aránya. Negatívan ható tényezők: alacsony iskolai végzettség (37,6%), kisebb településtípuson élők (25,9%), szegregátumban élők (41,8%), roma származás (44,5%), nincs aktív munkaviszonya (31,4%). Úgy tűnik, hogy a házasság prediktív tényező ebből a szempontból, ugyanis míg a házasságban élők közel 9%-a, addig az élettársi kapcsolatban élők, valamint egyedül élők közel 30%-a rendszeresen dohányzik. A leszokástámogatás egy hosszú folyamat, melyhez megfelelő számú képzett szakember is szükséges, valamint a gondozás során rendelkezésre álló időnek is elegendőnek kell lennie. Az addiktív magatartásváltoztatáshoz a rendszeres kontrollok biztosítása is elengedhetetlen, amely ismét a rendelkezésre álló szakemberek iránti igényt veti fel. Kiemelendő, hogy a közepes, a magas és a nagyon magas fokon függő nők 95%-a az alacsony iskolai végzettségű csoportból kerülnek ki. Dohányzásleszokás-támogatás szempontjából ez a tény fontos. A várandósság alatti dohányzás esetén valószínűleg csak komplex módszerek segíthetnek a leszokásban, hiszen ebben a csoportban a pszichoszociális stressz jelenléte magas. A dohányzás nem csak erős függőség, hanem egyszerre kulturális tényező, stresszoldó, és kapcsolódik egyéb magatartási szokásokhoz is. Várandósság során az ajánlottnál több kávét fogyasztó nők esetén igen magas a dohányzás gyakorisága. A koraszülött és alacsony testtömeggel született gyermekek esetén a beteg újszülöttet világra hozó anyák szignifikánsan nagyobb arányban dohányoztak. A dohányzó és nem dohányzó anyák újszülöttjeinek testtömeg átlagában óriási különbség mutatkozik, összesen 479 grammal kevesebb a dohányos anya újszülöttje. A környezeti dohányfüst-expozíció az esetcsoportokban szignifikánsan magasabb arányban van jelen, amely problémát

jelent az anyai egészségére nézve is, másrészt ezekben a családokban gyakran folytatódik a dohányzás zárt térben az újszülöttek jelenlétében. Az apák 47,5%-a dohányzik a várandósság időszakában, amely egyértelműen nehezítő tényezője az anyai dohányzás feladásának. A roma apák rendszeres dohányzása 74,7% volt, amely rendkívül magas. Mivel a koraszülés és az alacsony születési testtömeg kialakulása az anyai dohányzással közvetlenül kapcsolatban van, ezért a dohányzás elleni küzdelem is prioritást élvez.

- A várandósok 20,5%-a fogyaszt alkoholt várandóssága alatt. 6,2% rendszeresen fogyasztott könnyű alkoholos italt, míg égetett szeszt 1,4%-uk. Az újszülöttek adataira vonatkozóan szignifikáns eltérést ugyan nem találtunk, mégis fontos megjegyezni, hogy az alkohol átjut a magzatba, melynek lebontásában nem tud részt venni. Az idegrendszer fejlődésére ártalmas a rendszeres alkoholfogyasztás.
- A kávéfogyasztás aránya a somogyi esetscsoportban volt a legmagasabb. Abban az esetben, ha az anya emellett rendszeresen dohányzott is, az újszülöttek gestációs kora és testtömege is szignifikánsan alacsonyabb volt. Az újszülöttek 496 grammal voltak kisebbek. Amennyiben az anya az ajánlottnál több kávéfogyasztott várandóssága során, abban az esetben 20%-nál volt tapasztalható alvászavar, míg a nem kávézó vagy ajánlásnak megfelelően fogyasztók körében ez csak 9,3% volt.
- Módszertani kézikönyvünk szeretné felhívni a figyelmet az energiatartalmú élelmiszerek fogyasztására is. Minden esetscsoportban magas az energiatartalmú élelmiszer fogyasztó anyák száma. Az életmódtényezőkkel kapcsolatos ismeretek oktatása jóval várandósság előtt el kell, hogy kezdődjön. A szakemberek feladata nem csak a tudatos családtervezés előtérbe helyezése, de az életkoroknak megfelelő módszerekkel történő átadása is.
- A várandósok 8,5%-ánál tapasztalható, hogy a fehérjebevitel nem ajánlás szerint valósul meg; legnagyobb arányban a rossz szociális körülmények között élő anyák között. Az újszülöttek testtömegében ez szignifikáns különbséget okoz. Ha a dohányzó és nem az ajánlásnak megfelelően táplálkozó anyákat vizsgáljuk, ez a különbség igen jelentős, hiszen 526 grammal lesz kevesebb az újszülött tömege, mely igen számottevő. A táplálkozási hiányállapotok hátterében anyagi tényezők is szerepet játszhattak, hiszen az alacsony jövedelmű anyák körében ez a legjellemzőbb.
- A várandósok 15,5%-a végzett ajánlásnak megfelelő testmozgást. A várandósság alatti testmozgás az életmód részévé kellene, hogy váljon, hiszen támogatja az

élettani folyamatokat. Kisebb településeken a szakemberek és a különböző mozgásformák elérhetősége azonban nem biztosított.

- A fogászati ellátást a várandósság teljes időszakában 911 fő nem vette igénybe. Az esetcsoportban az anyák 41%-a, míg a kontrollban 33%-uk. Az anyák 7%-ánál volt tapasztalható, hogy soha nem mosta a fogát. A különböző esetcsoportokban egyértelműen magasabb volt azon anyák aránya, akik nem az ajánlás szerint mostak fogat, illetve akik soha nem mostak fogat. A napi kétszeri ajánlásnak a minta 68%-a tett eleget. Adataink alapján a fogászati prevenció elengedhetetlen, amit alátámasztanak a kedvezőtlen hazai fogászati adatok és a fogágybetegségek koraszülésben játszott kiemelt, bizonyított szerepe is.
- Az asszisztált reprodukciós technika alkalmazott eseteiben a koraszülések kétszer, a veleszületett rendellenességek másfélszer gyakrabban alakultak ki, de további vizsgálatok szükségesek az egyéb életmódra és egészségi állapotra vonatkozó tényezők vizsgálatára. Az asszisztált reprodukcióban érintett családok fokozott támogatása mind a várandósgondozás terén, mind pszichológiailag szükséges, hiszen esetenként nagy távolságokat kell megtenniük a szakellátás érdekében, másrészt a fertilitási problémák pszichés következményeit fel kell dolgozniuk.
- Környezet-egészségügyi szempontok szerinti gondozást tesz szükségessé az a tény, hogy a várandósságot megelőző és az az alatti anyai és apai oldószerhasználat és fémekkel való kontamináció összefüggésbe hozható a húgyrendszert, az izom- és csontrendszert érintő fejlődési rendellenességek kialakulásának kockázatával. A családtervezés eszköz lehet ebben az esetben is, hiszen a leendő szülők oktatásának környezet-egészségügyi szempontjai is vannak.
- Mintánkban a várandósok 34%-a már túlsúlyosan vagy elhízottan kezdte el a várandósságát, mely népegészségügyi szempontból is figyelemfelkeltő. Az obesitással küzdő várandósok egyéb orvosi indikációi növelik a koraszülés előfordulását. A minta közel 11%-a alacsony BMI értékkel rendelkezik. A várandósság alatti alacsony testsúlynövekedés alacsony BMI értékek esetén szignifikánsan magasabb arányban okoz koraszülést. A koraszülés esélye alacsony BMI esetén 1,6-szoros (1,1–2,1). A borsodi mintában, az esetkategóriában a nők 19,3%-a volt alacsony BMI értékű. Elhízott anya a somogyi kontrollmintában volt legnagyobb arányban (16,5%).

- A magzatvédő vitamint fogyasztó várandósok esetén a koraszülések és kis súlyú születések aránya alacsonyabb, mint a vitamint nem fogyasztók esetében. Csak folsavat fogyasztók és nem fogyasztók esetében a koraszülések arányában nem tapasztalható különbség, de a kis súllyal született gyermekek aránya alacsonyabb volt a folsavat fogyasztók csoportjában, mint a folsavat nem fogyasztók csoportjában. A várandósvitamint és folsavat is alkalmazók esetében a kis súllyal születettek aránya volt kisebb. A multivitamin- és folsavhasználat a fejlődési rendellenességgel érintett gyermeket világra hozók, a kis súlyú és a koraszülött gyermeket szülő édesanyák körében csak fele volt a kontrollcsoport tagjainak vitaminfogyasztásához képest. A várandósságot megelőzően és a várandósság során az ajánlásnak megfelelően szedett folsav-, illetve várandós vitaminkészítmények védő hatása igazoltta az idegcsőzáródási rendellenességek, a keringési rendszert érintő rendellenességek, az ajak- és szájpadhasadék, az emésztő-, húgy-, csont- és izomrendszer rendellenességei, és az egyéb rendellenességek, valamint a kromoszóma-abnormitások kialakulásának esetében. Az étrend-kiegészítők közül a D-vitamin készítmények szedése esetén azt találtuk, hogy a koraszülött esetek 75%-a nem szedett semmilyen D-vitamin készítményt, míg a kontrollcsoportban 18,8%-uk nem szedett csak.
- A negatív perinatális állapotok kialakulásában az anyai megbetegedések jelentős szerepet játszanak. A várandóssági hypertoniák előfordulása az esetcsoportokban szignifikánsan nagyobb arányban fordult elő. A hypertonia gravidarum a koraszülött esetcsoportban 4,8%-ban fordult elő, míg a kontrollcsoportban 1,7%-ban. A chronicus hypertonia az esetcsoportban 5,8%-ban, míg a kontrollcsoportban 2,8%-ban fordult elő. A mintában 130 esetben alakult ki gestatio diabetes. A vizsgálatok nem igazolták a koraszülések nagyobb gyakoriságát, ugyanakkor a szignifikánsan nagyobb testtömegű gyermekek születését igen ebben a csoportban. A várandósság előtt kialakult diabetes esetén azonban 5,3-szoros az esély a koraszülés kialakulására. A vizsgált populációban a vesebetegség 27 esetben fordult elő. A koraszülések kialakulása szignifikánsan magasabb volt, amennyiben az anya beteg volt. A húgyúti infekciók esetén a koraszülések és alacsony testtömeeggel születés nem fordul elő nagyobb arányban, azonban a fejlődési rendellenességgel születettek körében az anyáknak szignifikánsan többször fordult elő húgyúti infekciója. A gyógyszertartás

kapcsán az antibiotikumot szedő várandósok esetén szignifikánsan magasabb arányban fordult elő fejlődési rendellenesség.

- Az előzetes koraszülések előfordulása szignifikánsan növeli az újabb koraszülés kialakulásának esélyét. Mintánkban 18%-ban fordult elő előzetes koraszülés az eset csoportban, míg a kontrollok körében csupán 3,4%-ban. Eredményeink alapján az újabb koraszülés kialakulására 6,3-szoros (4,2–9,4) az esély. A koraszülött csoportban 20%-ban fordult elő vetélés, mely 1,5-szörös (1,1–2) eséllyel növelte a koraszülések kialakulását. Előzetes terhességmegszakítás a koraszülők csoportjában 21%-ban fordult elő, míg a kontrollcsoport tagjai között 15%-ban. Mintákban ez szignifikáns, a koraszülés kialakulásának esélye 1,4-szeres (1,1–1,9). Mint ahogyan látszik, az előzetes szülészeti események ismerete, majd a magasabb rizikó-besorolás és a fokozott várandósgondozás szükséges azokban a csoportokban, ahol már történt negatív szülészeti esemény. A terhességmegszakítások megelőzése társadalmi feladat, melyben az ismeretek átadása mellett biztosítani kell a megfelelő fogamzásgátló szerek hozzáférhetőségét, emellett megfizethetőségét is a hátrányosabb helyzetű lakosság számára.

VI. Módszertani útmutatás az eredmények tükrében, avagy a megelőzés sarokpontjai

1. Szociodemográfiai tényezőkből adódó hatások kivédésének lehetőségei

Nemzetközi szakirodalmak alapján számos demográfiai tényező van hatással a koraszülések kialakulására (Brooten, 1986). Szociális tényezők közül az alacsony iskolázottság, a munkakörülmények nehezítettsége vagy annak esetleges hiánya, az ezzel összefüggő munkahelyi stressz-tényezők jelenléte, az alacsony jövedelem, a bizonyítottan többszörösen hátrányos helyzet növeli a koraszülés rizikóját. Az alacsony szocio-ökonómiai státusz ugyanakkor növeli a negatív életmódfaktorok előfordulását. Gyakran egyszerre több tényező is szerepet játszik a koraszülés kialakulásában, olykor a negatív hatások összeadódnak. A szakirodalmak többsége egyetért abban, hogy a szülők életmódja meghatározó szerepet játszhat a koraszülések kialakulásában (Papp, 2016).

A koraszülések kialakulásának rizikófaktorai olykor nem szociális eredetűek, de gyakran tapasztaljuk, hogy valójában társadalmi jelenségekre vezethetők vissza, hiszen összefüggésben állnak a szociális helyzettel, a családi állapottal és az iskolázottsággal (Papp, 2016).

A demográfiai, szociális és pszichoszociális tényezőkkel kapcsolatos hipotézisünk vizsgálata során bizonyítottan látjuk, hogy a szociális tényezők közül az alacsony iskolázottság, az alacsony munkaerőpiaci státusz, a pszichoszociális stressztényezők jelenléte, az alacsony jövedelem, az együttélők számának nagysága, a kedvezőtlen lakáskörülmények, a roma származás, a többszörösen hátrányos helyzet növeli a koraszülés rizikóját, illetve az újszülött biometriaire is jelentős hatást gyakorol. Az alacsony iskolázottság maga után vonja az egészségtudatos magatartás hiányát vagy alacsonyabb hatékonyságát, ami tovább növeli a kora-/kis súlyú születések esélyét.

Az alacsony iskolai végzettség az egyik legerősebben ható faktora a negatív perinatális kimeneteli tényezőknek.

A társadalmi különbségeket az iskolai végzettség szintje is jól szemlélteti, a különbségek az újszülött biometriai adataiban is megfigyelhetők. **Minél magasabb az anya iskolai végzettsége, annál jobbak az újszülött perinatális kimeneteli eredményei.**

Prevenció tekintetében tehát különösen figyelmet kell fordítani az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező várandósokra, ugyanis esetükben szignifikánsan magasabb a 2500 gramm alatti születések és a koraszületések előfordulási aránya!

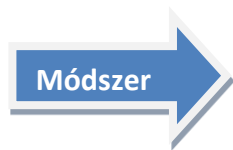
A szocioökonómiai státusz és az ehhez társuló attitűdök hatással vannak az egészségmagatartásra. Az iskolai végzettség – mint egy a szocioökonómiai státusz összetett halmazából kiragadott változó – mentén vizsgálva a családtervezés tudatosságát megállapítható, hogy az alacsony iskolai végzettségűek azok, akik jelentős hányadban nem tervezték a várandósságot. Az iskolai végzettség növekedésével mindkét csoportban szignifikáns emelkedés tapasztalható a tudatos családtervezés irányába. Az alacsony iskolai végzettségűek között a tudatos családtervezés nagyon alacsony szinten áll.

Az EFOP-1.8.0 Projekt Koraszülöttség okainak feltárása című kutatás eredményei arra utalnak, hogy a magas kora-/kis súlyú szülési arányokkal szembeni küzdelemben komplex, az egészséges életmód kialakítására törekvő célzott programokat kell kidolgozni és alkalmazni a családok szintjén és az iskolákban. Ezeket azonban testre szabottan kell kialakítani, például a roma kisebbség sajátos kulturális igényeinek és etnikai hagyományainak megfelelően, valamint az alacsony iskolai végzettségűek kompetenciaszintjének és készségszintjének megfelelően. Sikeres programok nyomán növekedni fog annak a valószínűsége, hogy az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők is kellő ismeretekkel és társadalmi támogatással rendelkezzenek a várandósság előtti, alatti és utáni életmódjuk kialakításához, ezáltal emelkedhet a tudatos családtervezések aránya.

Az alacsony iskolai végzettség meghatározza a lakhatást is. Az ELEF 2009 adatainak elemzése alapján megállapítható, hogy az egészségi állapotban talált nagy egyenlőtlenségek visszavezethetők az egyén társadalmi helyzetére, lakóhelyi környezetében kimutatható

különbségekre. **A család lakáskörülményei, a komfort típusa jelentős hatást gyakorolnak a 2500 gramm alatti születésekre, és hatásuk több másik negatív változó jelenléte esetén is szignifikáns marad.** A kedvezőtlen területen és körülmények között élő várandósok gyermekeinek testtömege 300 grammal alacsonyabb, mint a kedvező körülmények között élőké. Az életmódtényezőkre, higiéniaira is kedvezőtlen befolyást gyakorolhat ez a tényező. Ugyanis a lakás/épület komfortfokozata meghatározza a kényelmi és tisztálkodási lehetőségeket és az egészségmagatartásra is erős hatást gyakorol.

Az alacsonyabb komfortfokozat jelentősége főként a 1970 előtt épített családi házakban, szükséglakásban, telepi típusú lakásban lakóknál merülhet fel, mivel ezen otthonok nagy része (68,2%) községben található. Ebből következik, hogy ahol nincs vezetékes víz a lakásban, ott a kútról, vödörben kell becipelni, ami nem kimondottan a várandós anyáknak való munka. Nem elhanyagolható körülmény, hogy a leendő anya mosógéppel vagy kézzel mos. Az sem mellékes, hogy vajon a hűtő- és/vagy fagyasztógépben tárolhatja az élelmiszert, vagy a kamrában, esetleg a veremben.



A tájékoztatás és az edukáció a védőnői kompetenciák szerint történik. A tájékoztatás és az edukáció terjedjen ki a várandósra és a családtagokra, hozzátartozókra is.

Az egészséges életmód, egészséges környezet, egészséges életkörülmények, egészséges személyiségfejlődés témák köré szervezzük az egészségfejlesztést.

Főbb témákon belül kiemelt témák: egészséges táplálkozás – személyi higiénia – egészséges öltözködés – harmonikus párkapcsolat – kiegyensúlyozott családi élet kialakítása, fenntartása – családtervezési módszerek megfelelő alkalmazása – szülői szerepek.

Fel kell hívni a figyelmet a várandósság alatti rizikótényezőkre; győzzük meg a várandóst esetleges káros szenvedélyének elhagyásáról és az aktív élet, a mozgás, a szükséges érzelmi támogatás fontosságáról, továbbá a koraszülést okozó, előidéző esetleges tényezők kiküszöböléséről.

- A tájékoztatás legyen egyszerű és közérthető!

- Gondoljuk át, hogy a beszélgetés során milyen információkat osztunk meg a szülőkkel, ne rémisztgessünk!
- Kezdjük mindig pozitív szavakkal a beszélgetést!
- Kerüljük a személyeskedő vagy tragikus hangnemet és az agresszív, vádaskodó jellegű megjegyzéseket!
- Magatartásunk legyen kiegyensúlyozott!
- A tanács alkalmazkodjon az eltérő szociokulturális közeghez!
- Pontosan, lényegre törően fogalmazzuk meg az általunk felismert problémát!
- Közösén keressünk megoldási javaslatot (pl. hogyan és ki tudna Önnek segíteni stb.)!
- Igyekezzünk praktikus, mindennapi példákat hozni!
- Mondanivalónkat arra korlátozzuk, hogy milyen jelenséget tapasztaltunk, milyen további lépésre lehet szükség!
- Ne bocsátkozzunk feltételezésekbe, ne adjunk olyan szakterületről felvilágosítást, mely kívül esik kompetenciánkon!
- Hagyjunk lehetőséget rá, hogy a szülő feltehesse kérdéseit, elmondhassa dilemmáit!
- Folyamatosan gyűjtsük azokat az információkat, amelyekkel tájékoztathatjuk a szülőket, milyen hivatalos és civil szervezetekhez fordulhatnak segítségért, akár anyagi, akár egészségügyi, akár fizikai segítségről, akár sorstársi kérdésekről van szó! Ezek listáját a beszélgetés közben érdemes átadnunk!

INTERVENCIÓK TÁJÉKOZTATÁS ÉS EDUKÁCIÓ VÉDŐNŐI KOMPETENCIA SZERINT



Tartalom:

egészséges életmód, egészséges környezet, egészséges életkörülmények, egészséges személyiségfejlődés

- egészséges táplálkozás - személyi higiénia - egészséges öltözködés - harmonikus párkapcsolat - kiegyensúlyozott családi élet kialakítása, fenntartása családtervezési módszerek megfelelő alkalmazása
- szülői szerepek

MÓDSZER

- több érzékszervet megszólító szemléltetés
- motiválás pozitív, tanulást serkentő didaktikai elemekkel
- helyben működő közösségépítő, szocioökonómiai hátrányokat csökkentő programokkal való összefogás
- tekintéllyel rendelkező személlyel való kapcsolattartás
- előfordul, hogy egy meleg tea, leves, vagy tízórai jobban vonzza a szülőket
- az alapszükségletek kielégítése hozzájárulhat a sikerhez
- minden szociális miliőben másképpen szükséges motiválni
- társszervek együttműködési folyamatába is beilleszthetők ezek a felkészítő, pozitív családtervezést ösztönző programok

Hátrányos helyzetű családok támogatása

Általában elmondható, hogy a romák a betegségmegelőzési és egészségmegóvási technikákat csak elvétve alkalmazzák (Husz, 2011). Ebben a helyzetben az orvosnak, sokszor a szociális és egészségügyi szakszemélyzetnek kellene kezdeményezni az orvos–beteg találkozást.

A roma származás mind a koraszülés, mind a 2500 gramm alatti születések esetében negatívan ható tényező.

A roma nemzetiségű anyák esetén a koraszülések/2500 gramm alatti születések/fejlődési rendellenességgel születettek aránya magasabb, mint a nem roma nemzetiségű populációban.

A **roma nemzetiségi** csoportban a koraszülöttek aránya szignifikánsan magasabb. Abban az esetben, **ha az anya roma, 1,5-szeres** annak az esélye, hogy koraszülött gyermeket szül. Amennyiben az anya roma, a 2500 grammnál alacsonyabb tömegű gyermek szülésére az esélye 2-szeres (1,5-2,7). Azonban a nemzetiségen belül is vannak különbségek.

Összehasonlítva az azonos nemzetiségű, de különböző szocioökonómiai státusszal rendelkező, magukat romának valló anyák adatait azt tapasztaltuk, hogy **a hátrányos helyzetben, alacsony szocioökonómiai státuszban élő roma nemzetiségű anyák gyermekeinek perinatális kimeneteli eredményei (például biometriai adatai) rosszabbak, mint az átlagos körülmények között élő roma nemzetiségű gyermekek eredményei. A romák nehezített életkörülményeinek hatása tehát (több negatív változó együttállása esetén is) szignifikáns hatást gyakorol a perinatális eredményekre.** A kedvezőtlen helyzetben élőknél az újszülöttek testtömege 324 grammal kevesebb, az anyák BMI értékeinek átlaga 21,7, míg a kedvező helyzetben élőké 24,6 (a téma részletesen a táplálkozás fejezetben megtalálható).

A romák és az egészségügy területén dolgozók személyes kapcsolatának javítása nem csak a szakmai, egészségnevelési üzenetek hatékonyságát javítja, eredményezve ezzel az egészségállapot javulását, de a sztereotípiák és előítéletek attitűd szintű megváltoztatását is elősegíti. Sajnos a kapcsolat javítására az erre irányuló szándék hiánya miatt általában nincs, vagy csak igen korlátozottan van lehetőség.

JAVASLATOK

A tudatos családtervezés a romák körében igen alacsony, mely **az egészségtudatos magatartás hiányából, másrészt abból is fakad, hogy a romák a betegségmegelőzési és egészség-megóvási technikákat csak elvétve alkalmazzák.**



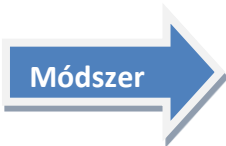
Elsődleges cél

- az egészségügyi alapellátásban dolgozó háziorvos, védőnő és a romák személyes találkozásának elősegítése
- az interakció motiválása
- a szociális segítségnyújtás ötvözése kell legyen

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy tradicionálisan a nők foglalkoznak a család egészségével, így minden, ami specifikusan őket célozza meg, visszahat a család többi tagjára. Természetesen nem lehet csak a nőket a figyelem középpontjába állítani, hiszen ez kirekesztené a férfiakat az egészséggel kapcsolatos ügyekből. Azonban közösségükön belül a roma nők kulcsfontosságú szerepet töltenek be. Tanítanak, gondoskodnak a gyerekekről és az idősebbekről, és ők felelősek a kultúra értékeinek és szabályainak továbbadásáért. A nők

általában nyitottabbak a változásra, legfőképp ha az egészségről van szó. Ezért leginkább a nők állnak az oktatási, szociális és egészségügyi programok célcsoportjai között.

A roma fiatalok szintén húzóerőnek számítanak, mivel hozzájárulnak a roma közösség tradicionális értékeinek és identitásuknak újrafogalmazásához. A tény, mely szerint a fiatalok egyre többet tanulnak és egyre inkább meggyőződnek a társadalomban való aktív szereplés fontosságáról, nyitottabbá teszi őket az egészségmegőrzésre.



A hátrányos helyzetű résztvevők motiváltságát pozitív, tanulást serkentő didaktikai elemekkel igyekezzünk fenntartani. Ennek lényeges eszköze a lehetőleg minél több érzékszervet megszólító szemléltetés (tábla használata, poszterek, szemléltető tárgyak, PPT prezentáció, film, zene stb.), valamint a résztvevők bevonása, önálló feladatokra serkentése. A legkevesebb hatással az jár, ha előadásokat tartunk. Ezek ugyanis az édesanyáknak pusztán a tudatos énjéhez szólnak, és legtöbb esetben nem teremtenek kapcsolatot tudat alatt élő szokásaikkal, emlékeikkel.

- A csoportok tervezésénél és szervezésénél a legfontosabb, hogy minden szociális miliőben másképpen tudjuk motiválni, bevonni az édesanyákat.
- A hátrányos vagy halmozottan hátrányos körzetekben, ahol a család alapszükségletei sem mindig biztosítottak, lehetséges, hogy egy meleg tea, leves, vagy tízórai fogja jobban vonzani a szülőket, esetleg az, ha közösen használható eszközök, játékok állnak rendelkezésre.
- Roma közösségek esetében tekintéllyel rendelkező személlyel való kapcsolattartás is sikerre viheti próbálkozásainkat.
- A hátrányos vagy halmozottan hátrányos településeken célszerű esetleg más, már helyben működő közösségépítő, szocioökonómiai hátrányokat csökkentő programokkal összefognunk. Ilyen lehet a „Biztos Kezdet” program, vagy a szeretetszolgálatok programjai, hátrányos helyzetűek integrációját célzó programok stb.

- A különböző társszervek együttműködési folyamatába is beilleszthetők ezek a felkészítő, pozitív családtervezést ösztönző programok. A Megyei Kormányhivatalok Foglalkoztatási Főosztályai által a közfoglalkoztatásba bevont, többnyire hátrányos helyzetűek számára számos tanfolyamot szerveznek, melyekhez lehetne csatlakozni és pár órában a tudatos családtervezést, a pozitív gyermekvállalás is része lehetne a tanfolyamoknak.
- A romák egészségfejlesztésének egy új irányvonala lehetne a roma mediátorok képzése és beemelése az együttműködésbe. A mediátorok abban segítenek, hogy az átadni kívánt információkat a védőnővel egyeztetve eljuttatják a gondozottakhoz. Ebben a folyamatban a védőnő is aktívan jelen van, de a mediátor a kommunikációs helyzetet támogatja és az együttműködést.

INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

Amennyiben felmerül a túlzott fizikai igénybevétel gyanúja, tájékoztatni kell a várandósta az igénybevétel következményeiről, a koraszülés lehetséges okairól. Lehetőség szerint a családtagokat is vonjuk be a beszélgetésbe, és kérjük őket a segítségnyújtásra, a munkamegosztásra.

MÓDSZER

- a tájékoztatás egyszerű legyen és közérthető
- a tanács alkalmazkodjon az eltérő szociokulturális közeghez
- kezdjük mindig pozitív szavakkal
- segítők listája
- kerüljük a személyeskedő vagy tragikus hangnemet
- hagyjunk lehetőséget rá, hogy a szülő feltehesse kérdéseit
- magatartásunk legyen kiegyensúlyozott
- ne rémisztgessünk

Néhány tanács a roma kliensek védőnői gondozásához:

- A védőnői tevékenységet arra kell építeni, hogy a gyermek nagy értéket képvisel a roma családban, és fontos a szülő számára.
- Fontos a roma családok szokásaihoz történő alkalmazkodás, az életvitelük pontos ismerete, életmódjuk sajátosságainak megértő elfogadása.
- Roma emberekkel történő foglalkozás során elsősorban az empátiának, a türelemnek, a toleranciának és az előítélet-mentességnek kell érvényesülnie.
- Elengedhetetlen a védőnő határozottsága, de a kevésbé fontos kérdésekben lehet „megengedő” magatartás a roma gondozottakkal.
- Kerülni kell a hiányosságok hangsúlyozását – megtalálva azt, hogy mit lehet megdicsérni (még ha az apróság is, hiszen mindannyian vágyunk az elismerésre).
- Fontos megérteni a roma emberek értékítéletének és értékrendszerének „működését”.
- Az értő figyelem és aktív meghallgatás különösen fontos a roma családok gondozásában.
- Nélkülözhetetlen a családi hierarchia megismerése, és tiszteletben tartása. A család vezéregyénisége többnyire a nagymama, hasznos a védőnőnek vele jó és bizalmas kapcsolatot kialakítania.
- Csak olyat szabad kérni a roma gondozottaktól, amit anyagi, szociális hátrányukból fakadó és társadalmi korlátaik ellenére teljesíteni tudnak.
- A jó védőnő támogatja és elősegíti a roma gyermekek identitásának megtalálását, kultúrájuk megtartását, ápolását.
- Az iskolai egészségnevelő és egészségfejlesztő tanfolyamok jó lehetőséget kínálnak arra, hogy a roma gyerekek elsajátítsák az egészséges életmód és szokások szemléletét, gyakorlatát. Jó tudni és ismerni, hogy mi az érték a roma gyermekek számára, mi az, amit csak ők tudnak megcsinálni, vagy ők jobban tudnak megcsinálni, és ezt be kell építeni az egészségfejlesztési tevékenységbe.
- A védőnő attitűdje a roma gondozottakkal szemben meleg, elfogadó, következetes és hiteles legyen, ébresszen bizalmat bennük, legyen képes elfogadtatni magát. Helytelen szemlélet a tekintélyelvű és fegyelmezésen alapuló gondozási mód. Tudni

kell, hogy a roma családokkal is a kapcsolatok lassan és hosszan épülnek ki, de a jól kiépített kapcsolat biztos gyümölcsöt hoz.

- A tradíciók szerint élő roma családok hiedelmeinek tiszteletben tartása a jó együttműködés alapja lehet, feltéve, ha a tradíciók mentén alakuló életvitel nem hordoz magában az egészségre ártalmas elemeket.
- A hiedelmekbe, babonás szokásokba történő direkt beavatkozás vagy tiltás nem vezet eredményhez.
- Az óvatos, meggyőző rábeszélés pozitív eredményt hozhat.
- Szociális helyzetüknek megfelelő, célirányosabb tanácsok adása.
- Társszervezetekkel szorosabb kapcsolat kiépítése.
- Az egészségfejlesztés széles körben – rendszeresen szűrővizsgálatok szervezése, ismertetése, a fiatalok felvilágosítása.

2. Pszichoszociális faktorok jelenlétének felismerése, a megelőzés lehetőségei

A várandósság alatti szorongás, a negatív életesemények jelenléte jelentős hatást gyakorol a szülés kimenetelére, növelve a kora/kis súlyú születéseket.

Várandósság alatti szorongás, prenatális depresszió

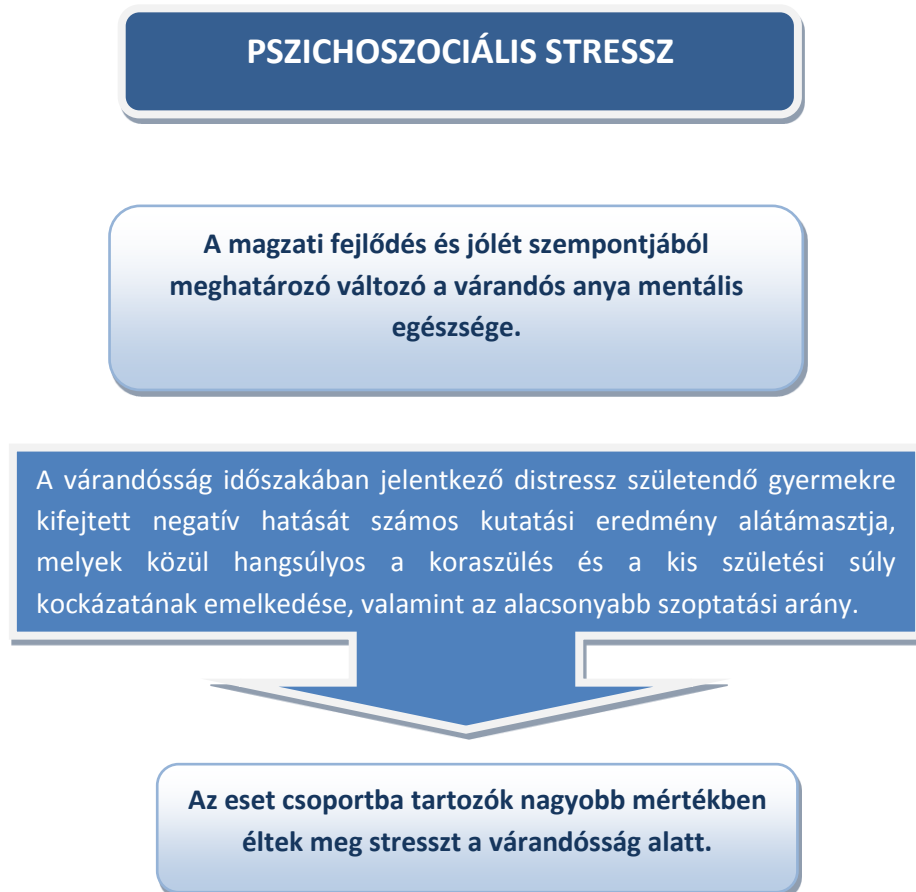
A negatív életesemények fennállása, hirtelen bekövetkezése a családban, a szűk társadalmi körben vagy a munkahelyen erős hatást gyakorol a koraszülések kialakulására; emellett a szorongásnak egyértelmű hatása van az intrauterin fejlődés elmaradására. **Az anyai stressz és az ezzel együtt járó pszichológiai tünetek következtében lelassul a magzat intrauterin fejlődése. Ha az anya depresszióval küszködik a várandósság alatt, akkor csaknem kétszeresére nő a 2500 gr alatti születési súly relatív kockázata** (Hollins, 2007).

A várandósság során elszenvedett stressz szoros összefüggésben áll a koraszülések számával. Egyes tanulmányok azt mutatják, hogy a koraszülések második leggyakoribb oka az úgynevezett intenzív „pszichoszociális stressz” elszenvedése (Papp, 2006, Kessler, 2003). A súlyos depressziótól szenvedő kismamák esetében megkétszereződik a koraszülés veszélye (Smith 2004). Másrészt az anyai depresszió alacsonyabb születési testtömeget eredményez az újszülöttnél (Evans, 2007).

Projekt kutatási eredményei alapján megállapítható, hogy **nagyobb háztartásokban, több generáció együttélése esetén, a pszicho-szociális stressz-tényezők hatása erősebben jelentkezik és ez megmutatkozik a perinatalis eredményekben is, növelve a 2500 gramm alatti születések számát.**

Az 4 fő alatti háztartásokban élő anyák esetében 19,5% a 2500 gramm alatti születések aránya, az 4 fő feletti háztartásokban élő anyák esetében szignifikánsan magasabb, 25,7%.

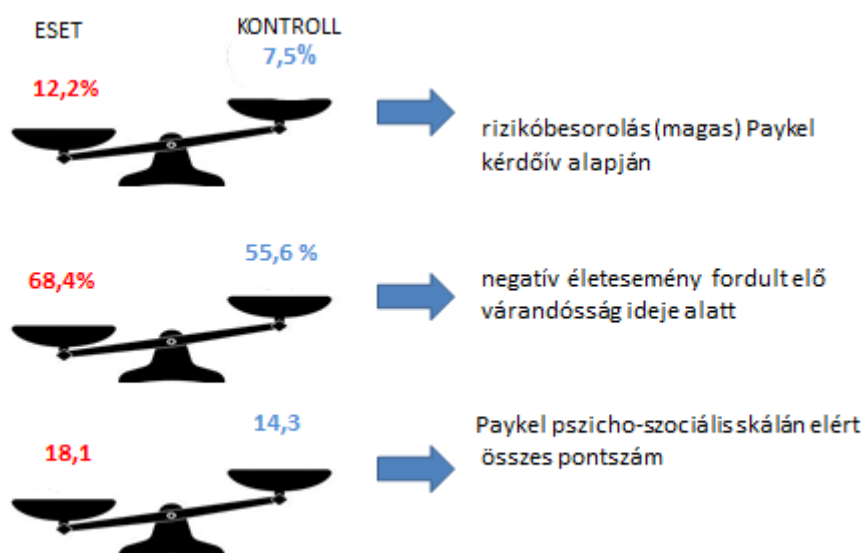
A várandósság lényegében fejlődési krízis, amely lehetőséget ad az identitás újraszervezésére (Labossa, 2017). A magzati fejlődés és jóllét szempontjából meghatározó változó a várandós anya mentális egészsége. A súlyos prenatális depresszió előfordulási aránya a nemzetközi adatok szerint 12,7% (Faludi, 2016), míg a várandósság alatti szorongásos problémáké különböző kutatások alapján 14-54% (Madhavanprabhakaran, 2015).



A várandósság során a várandós gyermekvárással kapcsolatos érzéseiről és mentális egészségéről szerzett információ a védőnői gondozás szempontjából meghatározó. Ennek vizsgálatához az „Életesemények Kérdőív” táblázat, Paykel által kidolgozott (Paykel, 1971), Magyarországon Nagy Judit által kipróbált, validált kérdéseit használtuk (Nagy, 2004) kutatásunkban, amelyben a stresszokozó életesemények kérdéseire vártuk a kitöltő jelölését, annak megfelelően, hogy az egyéni stresszt okozó esemény mértékét feltünteti.

Azok a nők, akiknél előfordult koraszülés, kis súlyú vagy fejlődési rendellenességgel született gyermeket szültek, nagyobb mértékben éltek meg stresszt a várandósság alatt. A várandósság alatti distressz születendő gyermekre kifejtett negatív hatását támasztja alá eredményünk, ugyanis az eset csoportban magasabb a Paykel pszicho-szociális skálán elért összpontszám (18,1), a kontrollcsoportban ez alacsonyabb (14,3). Az esetcsoportból 12,2% tartozik a magas rizikójúak közé, míg a kontrollcsoportból 7,5% (2. ábra).

Szintén jelentős a különbség a megélt stressz szempontjából, ha azoknak az arányát hasonlítjuk össze, akiknél semmilyen negatív életesemény nem fordult elő várandósságuk ideje alatt. Az esetcsoportban 31,6% az arányuk, míg a kontrollcsoportban 44,4%.



2. ábra: Pszichoszociális stressz értékelése Paykel-féle mérőskála alapján

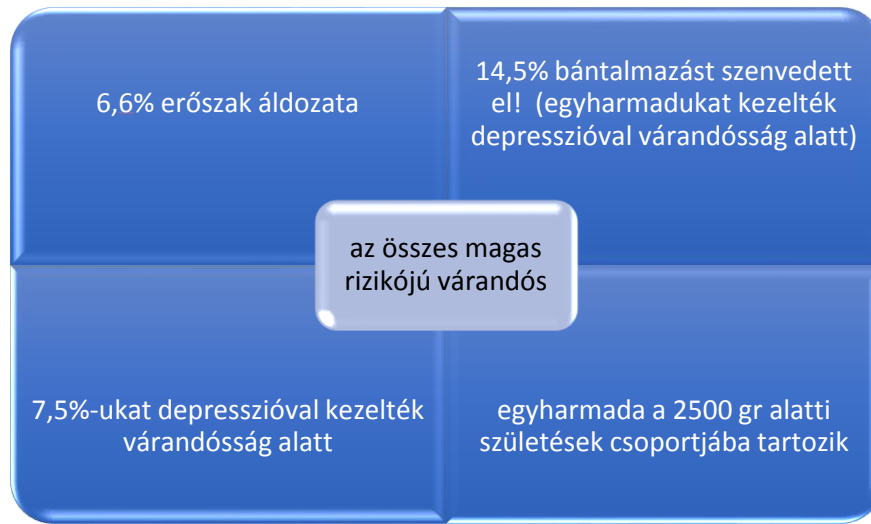
(Forrás: saját szerkesztés, Balatoni Ágnes)

A várandóssági alatti szorongás és az anyai félelmek, mint rizikótényezők jelenléte befolyásolja a szülési kimenetet (Morton, 2010).

A perinatális szorongás, a várandósság pszichés zavarainak negatív szülészeti, neonatális következményei az újszülöttek perinatális kimeneteli eredményein is látszanak, ezért a

rizikócsoportok gondozása kiemelt népegészségügyi feladat. A magas rizikójú várandósságból született újszülöttnel testtömege 229 grammal marad el a rizikómentes várandósságból született újszülöttek születési tömegétől mintánkban.

A Paykel kérdőív alapján (részlet a koraszülés okainak felderítésére alapozott kutatás eredményéből) **magas rizikójú csoportba** sorolt anyákat vizsgálva megállapítható, hogy az összes magas rizikójú várandós közül:



A családon belüli bántalmazás, a szociális környezet támogatásának hiánya és az ezekből fakadó megnövekedett stressz-állapotok jelentősen növelik a kis súlyú születés kialakulását, és hatással vannak az újszülött perinatális eredményeire is.

Az alapellátásban dolgozó szakembereknek jelentős szerepük van a gyermek fejlődését veszélyeztető tényezők korai észlelésében, felismerésében, valamint a lehetséges megoldási javaslatokban. Rizikószűrés-kérdőívet a várandósok körében javasolt kitölteni a védőnői gondozásba vételt követő 1 hónapon belül, az otthoni látogatás során. Rizikószűrés-kérdőívet újszülöttek körében, a hazaadást követő 1 hónapon belül javasolt kitölteni, a gyermekágyas időszak végén, a védőnői otthoni látogatások során (TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkorai (0–7 év) programban kifejlesztett rizikókérdőív alkalmazása). Kutatásunkban a védőnők 74%-ban elvégezték a rizikószűrést (várandós és újszülött korban), azonban a rizikókérdőívek felvétele során az említett erőszak miatti veszélyeztetettség nem került felszínre. Ennek valószínűsíthető oka, hogy az áldozatok – direkt rákérdezésre –

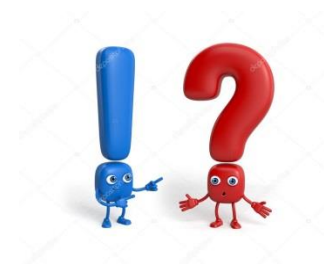
szégyellik vagy tudatosan hártják a történéseket, így tagadásba menekülve nem árulják el a velük történeteket. Az áldozattá válást pszichés traumaként kell felfogni, amely egy lélektanilag kritikus állapot terméke. Az áldozat olyan megrázó eseményt él át, amellyel szemben nincs cselekvési lehetősége, és amelyre ezért intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagál. Amennyiben a kérdések nem direkt, hanem egy beágyazott kérdőív részeként jelennek meg, (Paykel) abban az esetben kevésbé direkt formában történő kérdés feltevésére őszintébben, mintegy a kérdőív feleletei mögé rejtőzve nyíltan vallanak a velük történetekről, nem tartva a következményektől.

INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

Adekvát szűréssel, interjúkészítéssel, kérdőív-használattal a szorongásos állapotok és hangulatzavarok időben felismerhetők, az édesanya segítségért, kezelésért tovább irányítható.



Felismerhetővé válik, hogy elég lesz-e egy feltáró, segítő beszélgetés a védőnővel, vagy pszichológus, módszerspecifikus terapeuta, esetleg pszichiáter bevonása szükséges.

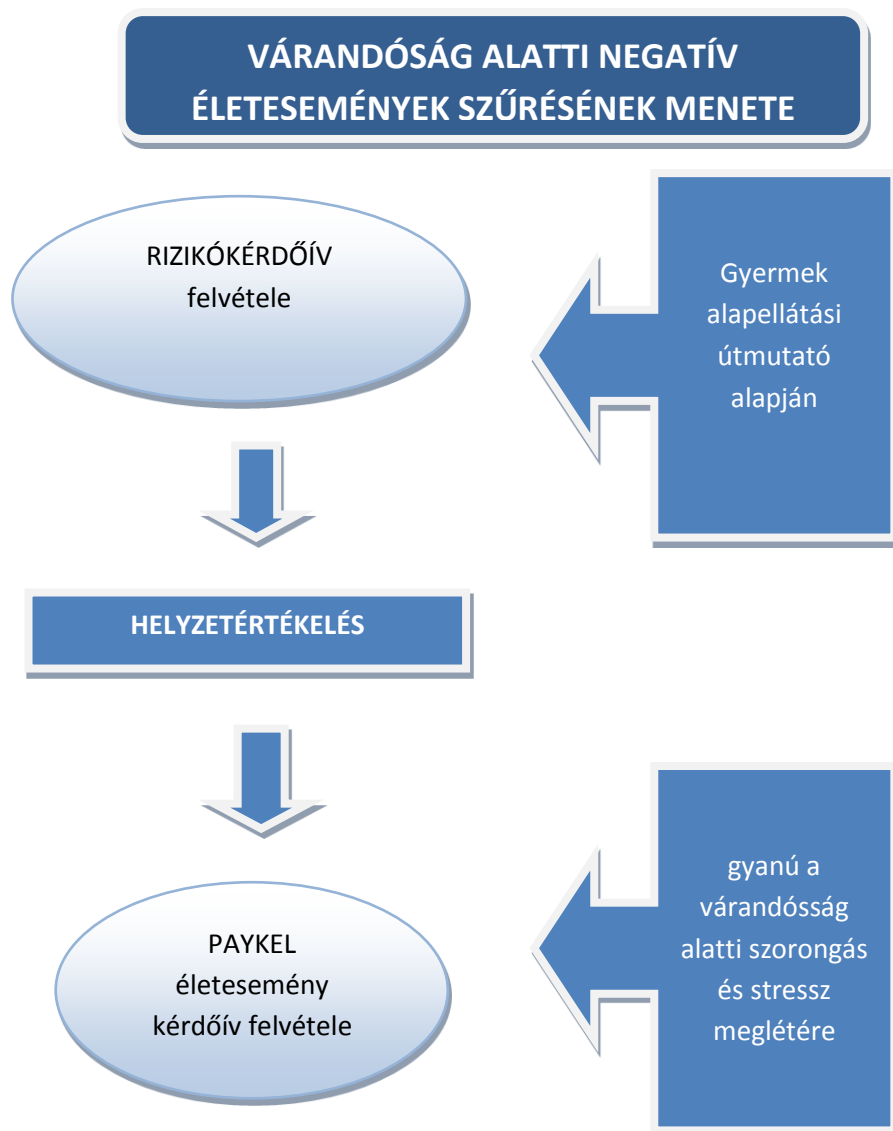


Időben történő felismeréssel minden szakaszban van lehetőség mind a visszafordulásra, mind a teljes gyógyulásra – megakadályozva ezzel a hosszú távú következményeket, személyes tragédiákat.



Mit és hogyan tehetünk az időben történő felismerés érdekében?

A gondozás során a rizikókérdőívek kitöltése lehetőséget ad arra, hogy figyeljük a várandós reakcióit, viselkedését. Amennyiben a védőnőben felmerül a gyanú a várandósság alatti szorongás és stressz meglétére, a Paykel életeseemény-kérdőív segítséget nyújthat a problémák beazonosításában. Felszínre kerülhetnek azok a rejtett negatív események, melyek feldolgozása segíthet a szorongás csökkentésében! (A Paykel kérdőív megtalálható a <https://vedonok-foruma.webnode.hu/kepzesi-anyag/nyomtatvanyok/> oldalon.)



Várandósság alatti stressz, szorongás feldolgozása

A várandósság alatti **anyai stressz kezelése kulcsfontosságú** kérdés!

- **Első körben** célszerű megtudni a várandóstól, milyen stresszredukációs eszközökkel rendelkezik. Ez lehet valamilyen sport, baráti beszélgetések, jóga, zenehallgatás, séta stb. Bátorítható ezek mindennapi alkalmazására! Rendkívül hatékony szorongáscsökkentő módszer a relaxáció. Legalaposabban kidolgozott formája az autogén tréning, ami szakembertől sajátítható el, egyszerűbb módjai könyvből, felvételtől is megtanulhatók, gyakorolhatók (Bagdy, 2008; Bagdy–Koronkai, 1988).
- **Alacsonyabb szorongásszint** esetén a védőnő is feltárhatja a várandós stresszkezelési repertoárját, esetleg kiegészítheti azt néhány gyakorlat ajánlásával, megtanításával.
- **Magas szorongásszint** esetén szükséges pszichológus vagy mentálhigiénés tanácsadó segítségét igénybe venni.

Számos tényező játszik közre abban, hogy a születendő gyermek egészségesen jön-e a világra. A genetikai betegségek előfordulása mellett mindezt nagyban befolyásolja a várandós életmódja, hogyan viszonyul várandósságához, milyen események, hatások érik a várandósság alatt, és ezeket milyen mértékben tudja feldolgozni a személyiség.

Hangulatzavarok perinatális időszakban

A Paykel-féle pszichoszociális mérőskála mellett rákérdeztünk az anyáknál a szülést követő hat hétben megélt negatív érzésekre, amelyek jelzés értékkel bírnak az esetleges postpartum depresszió (PPD), vagy postpartum blue előfordulására.

A teljes minta 62,8%-ánál előfordult hangulatingadozás, 56,7%-ban pedig ingerlékenység a szülést követően, lehangoltsággal 42%-ban találkoztunk. Az eset- és kontrollcsoportokat vizsgálva megállapítható, hogy minden egyes érzésnél, az eset csoportban magasabb aránnyal találkozunk, azaz **az eset csoportban a perinatális időszakban kialakuló**

hangulatzavarok nagyobb arányban vannak jelen. Ennek magyarázata lehet, a korán/2500 gramm alatti tömeggel/fejlődési rendellenességgel született újszülöttel kapcsolatban felmerülő érzések, valamint a szülésre vonatkozó rossz élmények hatása is.

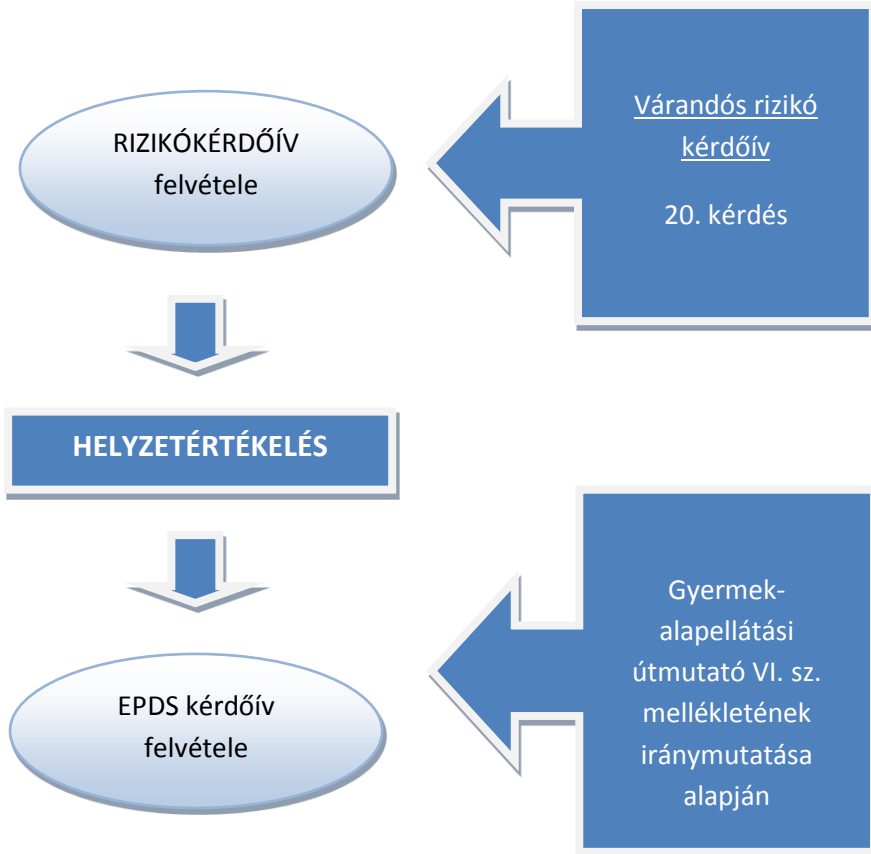
A fel nem ismert vagy szövődményeket okozó anyai hangulatzavar kihathat az egész család életére, a személyközi kapcsolatokra, sőt a gyermek későbbi mentális fejlődésére, magatartására is.

Mintánkban szignifikánsan kimutatható, hogy az eset csoportban kétszer annyi azoknak az aránya, akiknél a perinatális időszakban előforduló mentális tünetek esetében, (a DSM -5 szerinti 9 tünetből) legalább öt majdnem minden nap, vagy hetente többször megtalálható. Szintén magasabb az arány a határérték alatti előfordulások tekintetében is, ami szintén odafigyelést igényel a környezettől és az egészségügyi szereplőktől egyaránt.

Mit és hogyan tehetünk az időben történő felismerés érdekében?

A gondozás során a rizikókérdőívek kitöltése, az értő figyelem, az aktív hallgatás lehetőséget ad arra, hogy felszínre kerüljenek azok a tényezők, amelyek az anya életében elviselhetetlenek, amihez nehéz felnőni, amivel nehéz megbirkózni.

HANGULATZAVAROK VÉDŐNŐI SZŰRÉSÉNEK MENETE



A védőnők családlátogatásaik során töltik ki a **standard EPDS kérdőívet** (tartalmazza: Gyermek-alapellátási útmutató, 2014), rögzítik személyes benyomásukat, beszélgetnek a témáról az anyával, ezzel is segítséget, támaszt nyújtva probléma megoldásához.

A posztpartum depresszió gyógyulási esélyei jók, a tünetek gyakran csak enyhék, legtöbb esetben az a feladat, hogy aspektusában is feltárássra kerüljön, hogy mi rejlik a depresszió mögött az adott esetben. **A szülést követő depresszió tünetei** (ahogyan az anyák megfogalmazzák):

„minden olyan színtelen...”
 „állandóan csak sírni tudnék...”
 „úgy érzem, semmire sem vagyok képes...”
 „senki nem kérdezi, velem mi van, csak a baba érdekli...”
 „hogyan érezhetem magam ilyen pocskékul, amikor ilyen gyönyörű babám van...”
 „iszonyú fáradt vagyok...”
 „minden erőfeszítésbe kerül...”
 „nem vagyok önmagam...”
 „annyira egyedül vagyok, senki sem segít...”
 „mintha felülről, kívülről nézném magam...”
 „megőrülök, bolond vagyok...”
 „senkit sem akarok látni...”
 „nem bírom elviselni, ha megérintenek...”
 „úgy érzem, felrobbanok...”
 „nem tudok semmit sem eldönteni...”
 „zavart gondolataim vannak, minden olyan ködös...”
 „már megint sír, pedig most ültem le...”
 „az egyik pillanatban kitűnően vagyok, a másikban pedig őrjöngeni tudnék...”
 „néha azt gondolom, mindenkinek jobb lenne nélkülem...”

A védőnő nem diagnosztizál, csak pontszámot illeszt össze a gondozás során szerzett tapasztalatával, és ismeretei birtokában tovább tudja irányítani a gondozottat speciális segítségért!

A legsúlyosabb állapot: posztpartum pszichózis

A posztpartum időszakban bekövetkezett anyai halál egyik vezető oka az öngyilkosság (Luther, 2015). Mintánkban 61 esetben fordult elő halál gondolatával való gyakori foglalkozás, visszatérő öngyilkossági gondolatok, öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv. Ez a teljes minta 2,45 %-a.

Az eset- és kontrollcsoportot összehasonlítva azt találtuk, hogy az eset csoportban a halál gondolatával való foglalkozás (azaz legalább egyszer előfordult) két és félszer nagyobb arányban fordul elő a kontrollcsoporthoz képest.

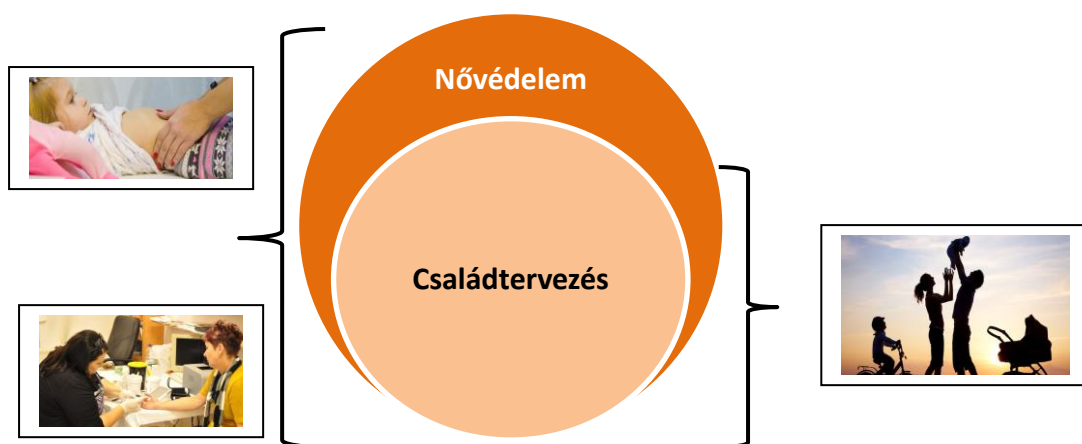
Kétszer gyakoribb viszont azoknak az aránya az eset csoportban, akiknél a visszatérő öngyilkossági gondolatok hetente többször vagy minden nap jelen vannak!

Kiemelt teendők önsértés gyanúja esetén

- A felismerésben a védőnő kulcsszerepet játszik, hiszen ő az a szakember, aki személyes és rendszeres kapcsolatban van az anyával.
- **Ha fennáll az önsértés vagy öngyilkosság veszélye, a veszély szintjének megfelelően kell segítséget nyújtani, valamint értesíteni kell az összes releváns szakembert.**
- Fel kell mérni, hogy az anya és a család rendelkezik-e megfelelő társas támogatottsággal, illetve tisztában van-e a különböző segítségforrásokkal.
- A szülés utáni pszichózis súlyos vészhelyzetet jelent és azonnali orvosi kezelést tesz szükségessé!

3. Nővédelem

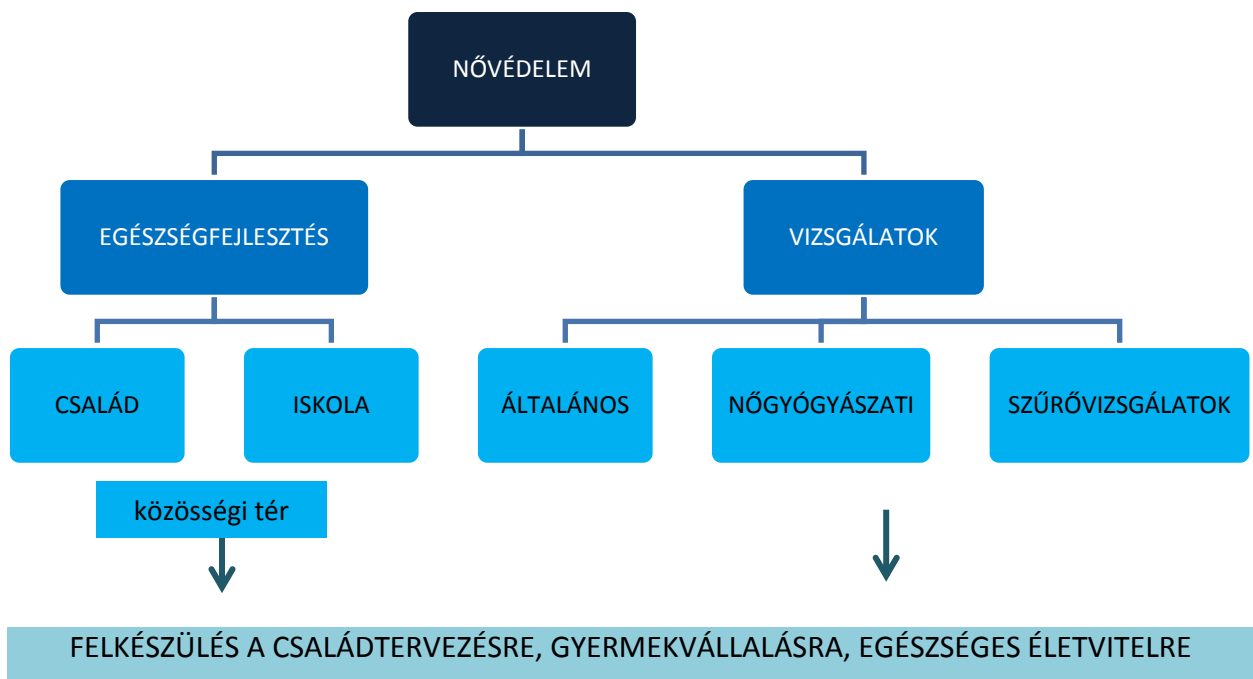
Nővédelmi gondozás során a lányok, nők életkori és biológiai sajátosságait figyelembe véve történik a gondozás, melynek legfőbb célja a nők egészségének egész életen át történő fejlesztése, támogatása. Beletartozik a csecsemőkortól kezdve a gyermekkor, a pubertás, illetve maga a fogamzóképes kor, majd az azt követő néhány évtized, melyben a családtervezés, családalapítás lesz a középpontban, és a fogamzóképeség elmúlását követően ez tovább folytatódik egészen az időskorig. Minden életkori időszaknak megvannak a feladatai, de ezek közül a gyermekvállalás szempontjából meghatározóak a korai életévek, a pubertáskor, a családtervezés és a gyermekvállalás időszaka. A következő szemléltető ábrán (3. ábra) az látható, hogy a nővédelmi egészségfejlesztési tevékenység tehát egy jóval bővebb kategória, mint a családtervezés, hiszen beletartozik a „0 éves” kortól történő egészséggondozástól a teljes élethosszon keresztül az időskorig minden. A női életkori szakaszok speciális feladatokat jelentenek, hiszen változik az anatómiai, élettani, pszichológiai állapot, emellett a nők feladatai és az azzal összefüggésbe hozható egészségi állapot is. A családtervezés egy érzékeny és fontos időszak, ezért speciális feladatokat ró a párra és a szakemberekre egyaránt (Védőnői családtervezési tanácsadás, Szakmai állásfoglalás 2003).



3. ábra: A családtervezés mint a nővédelem része

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea)

A nővédelmi tevékenység szemléltetésére szolgál a 4. ábra. A nővédelmi tevékenység egy globális összefoglaló kifejezés az összes olyan tevékenységre, melyet egy nő az élete során az egészsége megőrzésének érdekében alkalmaz. Ez az egészségfejlesztés egy hosszú folyamat, amelyben az egészen korai életkortól kezdve szükséges alakítani azokat a szokásrendszereket, melyek alapvetőek az egészséggondozás szempontjából, és segítik a tudatos életmód kialakítását.



4. ábra: A nővédelem részei

Forrás: saját szerkesztés, Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea)

A következő folyamatábra (5. ábra) összefoglalja azokat a nővédelmi egészségfejlesztési témaköröket, melyek egészségmegőrzés szempontjából fontosak a családtervezéshez és az egészséges gyermekvállaláshoz is.

A körökben elhelyezett tényezők közül egyik sem fontosabb a másiknál, mindegyiknek egyensúlyban kell lennie, illetve az összes esetben a hozzá tartozó szükségletek tökéletes kielégítésére kell törekedni, mert ha a felsorolt 7 tényező közül akár csak egynek is sérül a szerepe, az a női rendszerek és a hozzá tartozó funkciók elvesztését jelentheti. Speciális élethelyzetben, mint amilyen a várandósság, ez éppen elegendő a magas rizikó

kialakulásához, vagy egy már meglévő probléma/betegség esetén egy szövődmény kialakulásához, így az ezekkel kapcsolatos szükségletek ismertetése minél korábbi életkortól ajánlott. Kiemelt a családtervezés és várandósság időszaka, melyben számos korrekció tehető még annak érdekében, hogy a várandósság minél egészségesebb körülmények között fogadjon meg.



5. ábra: **Nővédelemhez kapcsolódó egészségfejlesztés témakörei**

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea)

A gyermekkorban történő nevelés, a szülői gondoskodás, a fejlesztések és az iskolai intervenciók mind azt a célt szolgálják, hogy rövidtávon a gyermekek kognitív, érzelmi és szociális készségei fejlődjenek, hosszú távon pedig az életben való sikeres eligazodás, a saját magunkért való felelősségvállalás is kialakuljon. Ha a koraszülésnek, alacsony születési testtömegnek, a magzat méhen belüli retardációjának és a fejlődési rendellenességeknek a prevenciójáról van szó, elsősorban módszertani elveket követnek a szakemberek, azonban gyakran tapasztalható, hogy sok esetben már csak a felnőttkor időszakában van lehetőség némi változtatásra, amely a kialakulófélben lévő krízis szempontjából nem mindig lesz

sikeres. Az ok-okozati összefüggések ismeretében mindenki próbálja azokat a célokat megfogalmazni és a leendő szülőket ebben támogatni, melyek célravezetőek lehetnek a prevenciós tevékenységek elvégzésében. **Azonban sosem szabad elfelejteni, hogy a beavatkozások kezdete valójában az a „tabula rasa” – „tisztá lappal indulás” időszaka, amikor a gyermek életében mindent az alapozás megerősítésével, az egészség iránti elköteleződés támogatásával, ezáltal a „helyes” attitűdformálással indíthat el egy szakember követve az egyes életkori szakaszok jellegzetességeit és jelenségeit.**

Az egészséges életmódra nevelés valójában akkor sikeres, ha koragyermekkortól kezdődik. Ennek elsődleges tere a család. Az összes életmódtényező kézben tartása, tudatos alkalmazása a **családi mintákon keresztül jut el elsődlegesen a gyermek felé.** A szülők egészségmagatartása (*táplálkozás rendszeressége, körülményei, preferált táplálék típusok, szűrőresek fontossága, alvás, pihenés, testmozgás, folyadékfogyasztás, szenvedélybetegségek jelenléte, interperszonális kapcsolatok, az egészség, mint érték jelenléte a családban*) meghatározó tényezők a gyermekek életében.



A gyermekvállalás előtt álló szülők figyelmét fel kell hívni a fokozott felelősségvállalásra, mely elsősorban személyes kapcsolat, beszélgetés, felkészítés útján történhet, de ebben szerepe lehet írásos tájékoztató anyagoknak is, melyek a leendő szülők számára készülnek. A gyermekek először többnyire a családon belüli mintákat követik. Emellett a **fiatal életkorban a legfogékonyabbak az új ismeretekre és azok beépítésére,** ez magyarázza az iskolai prevenció kiemelt fontosságát is. Az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek és azok korrekciója a mindennapi élet részévé kell, hogy váljanak. A gyermek rengeteg időt tölt közösségekben, így óvodás és kisiskolás kortól már az egyik legintenzívebb személyiségformáló hatású helyszín számára az **óvoda és az iskola.** Tágabb értelemben véve nővédelmi tevékenység minden olyan ismeret átadása, mely a női egészség megtartását valamilyen módon támogatja (Védőnői családtervezési tanácsadás, Szakmai állásfoglalás 2003).

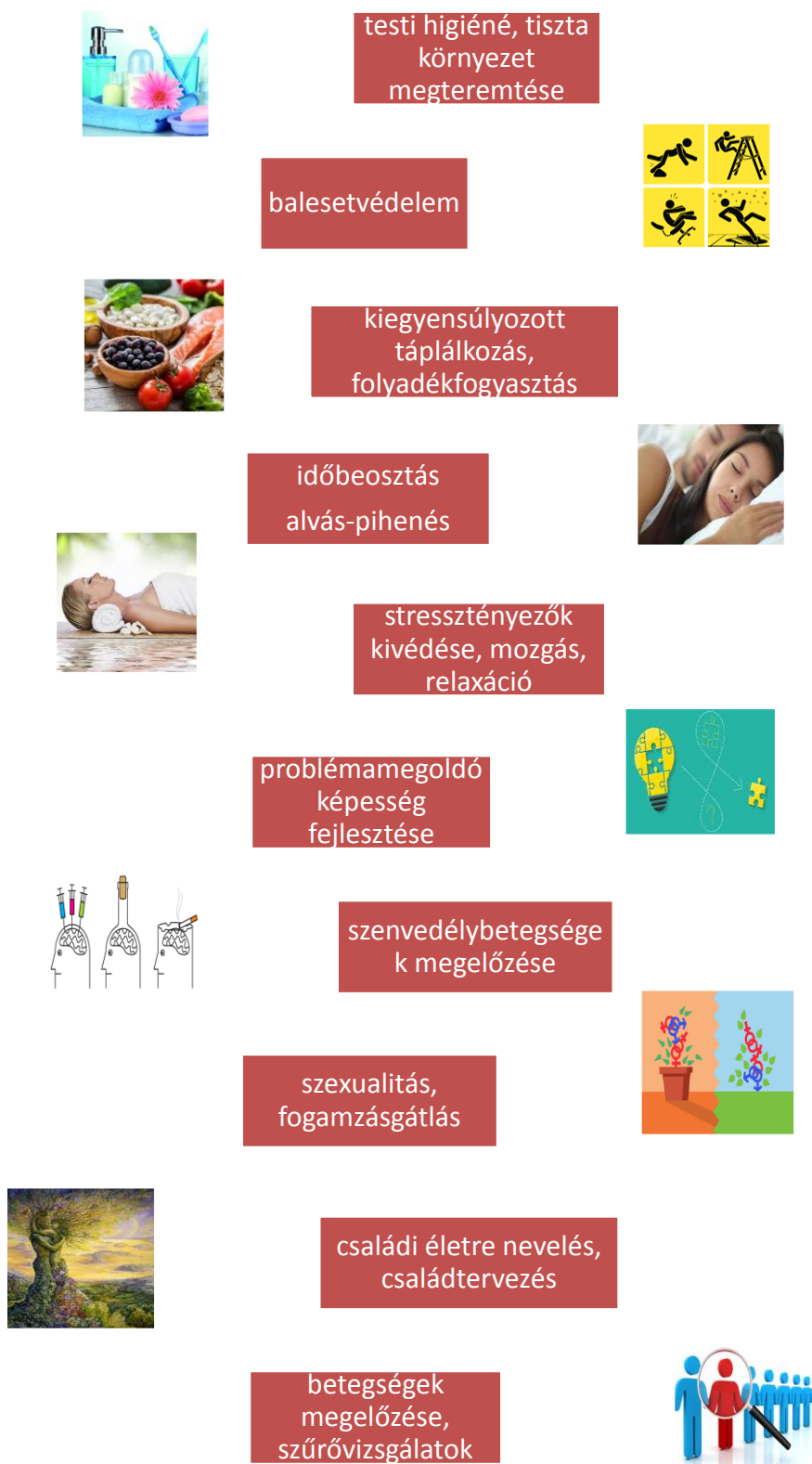
A testi-lelki egészséget meghatározó tényezők, képességek, melyek fejlesztésre szorulhatnak az iskoláskorban, és melyek tágabb értelemben véve, nővédelmi szempontból is védő hatásúak, a *6. ábra* összefoglalásában láthatók. A felsorolásban szereplő témakörök az életkornak megfelelő témaköri feldolgozás időrendjét is követik.

Az iskoláskorúak egészségfejlesztése során figyelembe kell venni a generációjukra jellemző tulajdonságokat.

A hatékony egészségfejlesztés megvalósításához kapcsolódó módszertani elemek:

- **Kis csoportlétszám** megvalósítása.
- Speciális szakemberek, **kortárs segítők** bevonása.
- A fiatalok figyelmének felkeltése az egyik legnehezebb feladat, tekintettel arra, hogy túlzottan ingergazdag környezetben nőnek fel. Jellemző rájuk, hogy folyamatosan zenét hallgatnak, videót néznek, keresik a közösségi terekben az eligazodást, a kapcsolatokat. Ingerküszöbük emiatt egyre feljebb tolódik. Ezért figyelemfelkeltésük egyik eszköze lehet a **szokatlanság**.
- A szokásos előadás számukra többnyire érdektelen. A **„csatolt” üzeneteket** olykor akár sokkolóan kell átadni számukra, beleágyazva a mindennapi élethelyzetük eseményeibe (például: dohányzásprevenációs előadás megszakítása egy olyan rövidfilmmel, mely a lányok szokványosnak gondolt reggeli készülődését mutatja be. Mindeközben a készülődése a videón látható hölgynek tényleg hosszadalmasra sikerül, de valójában azért, mert gégéjén egy óriási lyuk tátong a gégerák következtében, haja kihullott a kezelésekk miatt. Így elkészülni valóban nehéz egy nőnek, hogy elfedje ezeket a jeleket).
A kisfilm elérhető: <https://www.youtube.com/watch?v=5zWB4dLYChM>
- Fontos, hogy emellett megjelenjen a **humor**.
- A generációra jellemző, hogy szereti, ha saját környezetében, saját nyelvezetén szólnak hozzájuk. Szeretik a **szókimondást**, blöfföt, olykor kissé infantilis eszközök alkalmazását (például: olyan képi elemek alkalmazását, melyen valamilyen „cukiság”, például pici kutyák, kedves figurák vannak valamilyen kontextusban az átadni kívánt információval).

- Vevők a **technológiai újításokra**, így figyelemfelkeltő számukra, ha az egészséghez kapcsolódóan valamilyen technikai eszköz is alkalmazásra kerül, például speciális szoftverek, e-learning tananyagok, melyek képekkel, feladatokkal illusztráltak.
- Alternatív és **kreativitást** igénylő feladatok elvégzése is figyelemfelkeltő számukra (például: egy pólóra logó tervezése, és annak megfestése). Ez utóbbi a bevonásukat segíti elő egy-egy téma feldolgozása során.
- A **kommunikációs** eszközök használata egyre fontosabb valamely információ elsajátításához, telefonos applikációk az egészségmegőrzésben, közösségi média elérhetősége, speciális csoportokhoz tartozás (például: kahoot – online feladatkészítő program gyerekek számára, elérhetősége: <https://kahoot.com/>).
- A prezentáláshoz minél több eszköz, **mulázs** bevonása szükséges számukra, mely hűen tükröz egy-egy élettani, anatómiai állapotot, vagy tárgyak, eszközök alkalmazását, megismerését jelenthetik (például: okostányér).
- Az egyes feladatok kapcsán előtérbe kerülő elismerés és jutalmazások, mint a **motiválás** eszközei is fontos részei az egészségfejlesztő tevékenységnek.



6. ábra: Iskolai egészségfejlesztés nővédelemhez is kapcsolódó témakörei

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea)

A 18 éven aluli korosztály egészségfejlesztésében, az iskolai programok kialakításában, elfogadtatásában **kiemelt szerepe van a védőnőknek**. Az egészséget értéként középpontba állító magatartás fejlesztése hosszútávon személyiségformáló hatású (Hidvégi, 2015).

Az egészségtan órák, az egészségnapok abban segítik a tanulókat, hogy először segítséggel, majd önállóan is képesek legyenek egészségük megőrzésére.

VÉDŐNŐ FELADATAINAK ÖSSZEFOGLALÁSA AZ ISKOLAI KÖRNYEZETBEN

- együttműködés a diákokkal, pedagógusokkal, egészségügyi szakemberekkel, szülőkkel, az iskolai egészséges környezet kialakítása érdekében
- a résztvevők és kapcsolatrendszerük (pedagógusok, szülők, diákok) tájékoztatása az egészségfejlesztési munka tematikájáról, az elvégzendő feladatokról
- iskola-egészségügyi szolgáltatás biztosítása (szűrővizsgálatok, oltások, dokumentációk)
- lehetőség biztosítása a tanulókkal való egyéni konzultációkra
- egészségfejlesztés a különböző korosztályokban (figyelembe véve a NAT-ot)
- egészségfejlesztés a pedagógusok és az iskolai személyzet számára
- helyi közösségek bevonása az iskolai egészségfejlesztési munkába, a saját egészségfejlesztésükbe
- kapcsolattartás a civil szervezetekkel, az ifjúságvédelem munkatársaival
- iskolai egészségfejlesztés folyamatosságának biztosítása
- pályázási, forrásbővítési lehetőségek kihasználása

Az fiatal lányok egészségének megőrzésében, fontos a szülők megfelelő támogatása. Mivel a védőnő már ennél a korosztálynál nem látogatja általában a családot, ezért a szülők számára tartott **szülői értekezletek**, vagy az alapellátásban történő **nővédelmi tanácsadások** jelenthetik azt a felületet, ahol számos fontos, kislányokat/serdülőket érintő kérdések tisztázására kerülhet sor a szülő és gyermeke, valamint védőnő között.

BESZÉLGETÉS AZ ELSŐ NŐGYÓGYÁSZATI VIZSGÁLATRÓL**kommunikáció az anya és védőnő között**

Minden édesanya szembesül egyszer azzal a ténnyel, hogy gyermeke egyik napról a másikra pici lányból nővé érik, és bizony ezzel együtt eljön az első nőgyógyászati vizsgálat ideje is.

A nőgyógyászok szerint 13 és 15 éves kor között érdemes sort keríteni az első nőgyógyászati vizsgálatra. Ekkor még belső vizsgálatot nem végeznek, nem sértik meg a szűzhártyát, és ultrahangos vizsgálatot is csak hasfalon keresztül végeznek. A belső vizsgálatok általában csak akkor válnak szükségessé, amikor a fiatal nő már szexuálisan aktív életet kezd élni, de ettől függetlenül 16 éves kortól ajánlják e vizsgálatok elvégzését is.

A nőgyógyász meglátogatása előtt azonban jó átgondolni, milyen kérdései, félelmei lehetnek a tinédzsereknek. Ilyenkor jól jöhet egy anya-lánya beszélgetés, hogy megtudja, hogyan éli meg a nőiségnek ezt a kissé kellemetlenebb oldalát, mit hallott a barátaitól eddig, mi az, ami okkal vagy ok nélkül nyugtalanítja. Az aranyszabály persze itt is az, hogy bár a problémák nem múlnak el attól, hogy nem beszélünk róluk, de erőltetni akkor sem szabad a beszélgetést.

Bemenjünk-e vele a vizsgálóba?

Mindenkiben felmerül ez a kérdés, hiszen a bennünk lakó anyatigris azt diktálja, menjen be vele, válaszoljon helyette a kellemetlen kérdésekre, és végig fogja a kezét – ezzel azonban sokszor csak rontanánk a helyzetet. Így hacsak a lány nem kéri, hogy kísérje be a vizsgálóba, valószínűleg az a legjobb, ha megvárja odakint. Ez is biztonságérzetet fog adni neki, hiszen tudja, hogy ott van, ha szüksége lenne Önre, viszont közben lehetősége nyílik megbeszélni az orvossal olyan témákat, mint a menstruációja, a melle érzékenysége, amikről hallgatóság nélkül is elég kényelmetlen beszélnie. Ez nem azt jelenti, hogy a lány titkolózik Ön előtt, pusztán azt, hogy Ön tiszteletben tartja az ő személyes szféráját.

Az első és legfontosabb dolog, hogy a nőgyógyásznak legyen ideje megbeszélni az Ön lányával a vizsgálat előtt felmerülő kérdéseit.

A lány valószínűleg amiatt aggódik majd leginkább, hogy fájni fog-e a vizsgálat, vagy hogy kellemetlenül érzi-e majd magát, ezért fontos a bevezető beszélgetés, hogy eloszlassuk ezeket a félelmeket. Nem tudják, mi fog történni, úgyhogy el kell nekik mondani.

Tinédzserkorban kiemelten fontos az egészségre történő nevelés, és ebbe a nőgyógyászati kérdéseknek is bele kell tartozniuk. Amit tizenévesként megszoknak, megtanulnak a fiatalok, az a későbbi életükre is kihat, ezért fontos, hogy időben előkerüljön ez a téma és

foglalkozunk vele.

Mit fog tőle kérdezni az orvos?

A nőgyógyász valószínűleg meg fogja kérdezni a lányát, hogy aktív szexuális életet él-e, beszélni fog a születésszabályozásról és a biztonságos szexről. Ha aggódik amiatt, hogy a nőgyógyász hogyan áll majd a kérdéshez, jobb lesz, ha előbb Ön beszél a lányával. Beszélgessenek a szexről és a családjuk erkölcsi normáiról!

A kérdések után a nőgyógyász egy általános vizsgálatot fog elvégezni. Ellenőrizni fogja a pajzsmirigyet is, hogy méretre és formára megfelelő-e, és a tüdőt is meg fogja hallgatni. Ezen kívül a melleit is meg fogja vizsgálni, ha a lánya már serdül.

Mit mondjon neki a vizsgálatokról?

Ha a lányára belső vizsgálat vagy kenetvétele vár, akkor fontos, hogy előre elmondja neki, mi fog történni a procedúra során. Hogy lesz egy lepedő vagy ruha rajta, amivel eltakarhatja magát, és a nőgyógyász arra fogja kérni, hogy fekdjön le és a lábait helyezze fel az erre alkalmas helyre. Esetlennek fogja érezni magát, de biztosítsa róla, hogy minden nő így érez, és a vizsgálat szükséges számos egészségügyi probléma szűréséhez, mint például a méhnyakrák, a rák megelőző elváltozások, a méhnyak- és petefészek-daganatok, a szexuális úton terjedő betegségek.

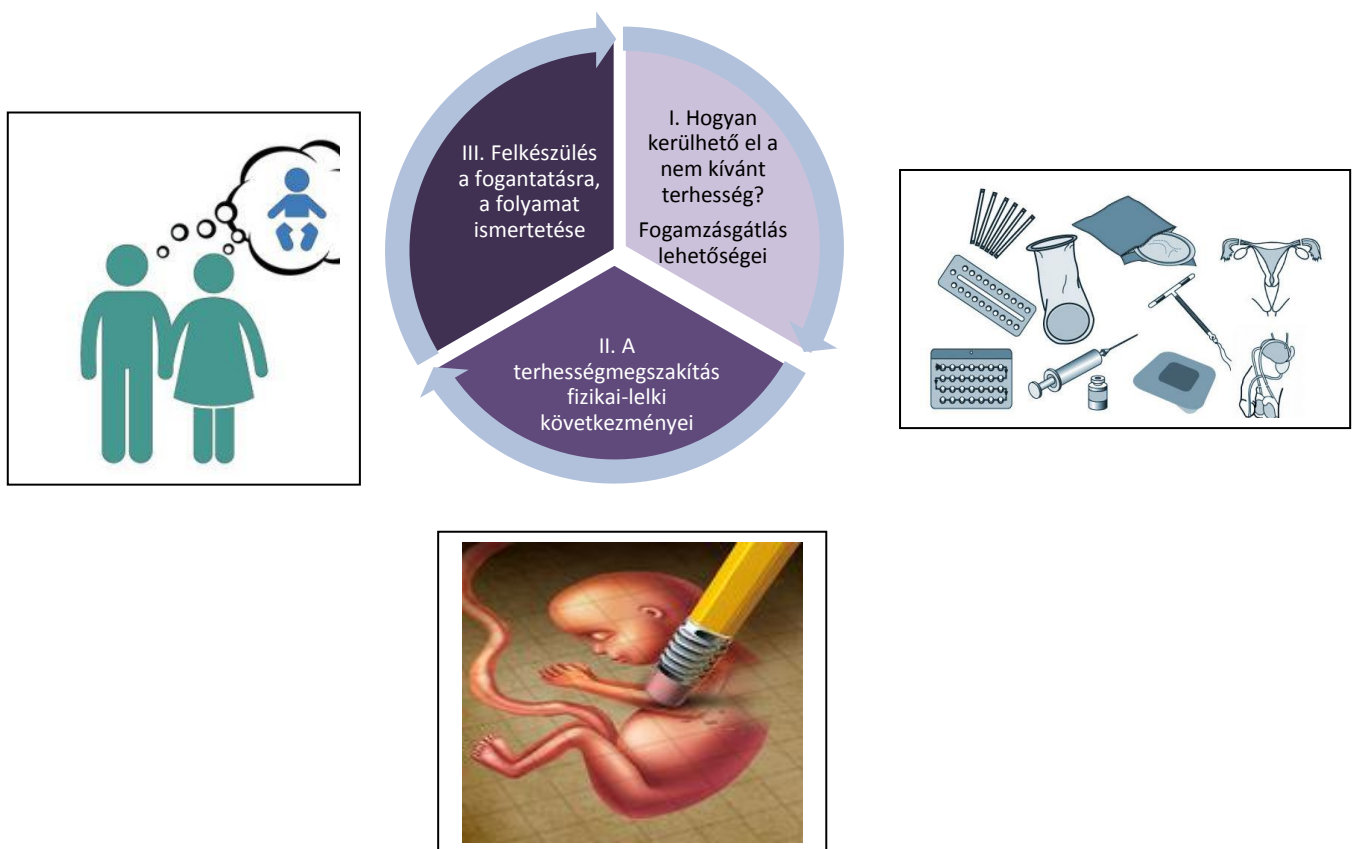
Sok tinédzser fél a vizsgálatától, mert a barátaitól, társaitól azt hallotta, hogy nagyon fájdalmas. Biztosítani kell róla, hogy a vizsgálat nem fáj, ugyanakkor el kell neki mondani azt is, hogy valóban kellemetlenségekkel járhat. A tinédzsernek éreznie kell, hogy ő irányít. Vagyis ha a vizsgálat túlságosan kellemetlenné válna, merje megkérni a nőgyógyászt, hogy hagyja abba.

Legyen ez egy olyan tapasztalat, ami közelebb hozza Önöket egymáshoz!

Az első nőgyógyászati vizsgálat lehet a beavatási rítus a nőiségbe, és jó alkalom, hogy közelebb kerüljenek egymáshoz. Az első alkalommal ajánlja fel lányának, hogy utána elmennek együtt vásárolni vagy enni valamit, így az apró kellemetlenséget egy sor pozitív élménnyel oldhatják fel.

4. Családtervezés

A védőnő szerepe kiemelt az iskolai környezetben történő egészségfejlesztésben (lásd: az előző nővédelem fejezetben). A várt fogantatáshoz vezető út a felelősségteljes párcapcsolat kialakításán, a megfelelő fogamzásgátlás kiválasztásán is múlik, melyre a fiatalok felkészíthetők. A pár közös döntésén alapuló későbbi gyermekvállalás elősegíti az egészségi állapot ideális előkészítését, a rizikótényezők felismerését és kivédését. Ennek a folyamatnak a kezdetei az iskolai egészség gondozás időszakára nyúlnak vissza, így az **iskolai védőnők szerepe kiemelt benne.**



7. ábra: A családalapításhoz vezető út ismertetése, megismerésének előkészítése

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea)

Az ismeretek és a tudás önmagában nem védi meg a fiatalokat az összes negatív történetstől, melyek a párcapcsolatok alakulása során megtörténhetnek. A fogamzásgátláskor előforduló „balesetek” ellen sem véd minden esetben, mégis segíti az egyént abban, hogy felkészüljön bizonyos nem várt eseményekre, és minél kisebb veszteséggel tudjon okos döntést hozni.

Ennek egyik kézzel fogható példája, amikor a fiatalok megpróbálnak megismerkedni a biológiai változások okozta viharokban a szexualitás egyes kérdéseivel, képesek lesznek mégis saját támogatásukért segítséget kérni szakemberektől, szülőktől, barátoktól, és magasabb szinten egy felelősségteljesebb döntést hozni. Ehhez azonban lehetőséget kell számukra biztosítani ahhoz, hogy bizalmi kapcsolatba kerülhessenek – akár a saját szüleikkel, akár a szakemberekkel.

A prekoncepcionális gondozás első lépése a szülők nevelése és szerepük hangsúlyozása ebben a folyamatban.

4.1. Családtervezés a nővédelmi tanácsadás keretén belül

A családtervezés témaköreit a *8. ábra* szemlélteti. A témakörök egy része még az iskolai és a családban zajló egészségfejlesztés részei, a későbbiek során pedig a szakemberekkel történő egyéni konzultáció váltja fel az iskolai egészségfejlesztést. A családtervezési tanácsadás megvalósulhat a védőnő nővédelmi tanácsadási idejében, vagy speciális intézetek által hirdetett tanácsadásokon, ahol egyszerre több terület szakértője ad felvilágosítást, tanácsadást és tesz javaslatot a különböző szűrővizsgálatok elvégzésére és szakorvosok, szakemberek felkeresésére. A Családtervezési és Gyermekegészségügyi Szolgáltatási Osztály Családtervezési programja részletezi a tanácsadás célját és folyamatát. Elérhetőség: <http://www.csaladtervezesi-tanacsadas.hu/>.



8. ábra: A családtervezés egyes lépéseinek összefoglalása

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea)

A várandósságra való felkészítés időszakában néhány **orvosi vizsgálat** elvégzése javasolt, melyek segítségével a családtervezési alkalmasság kérdését is mielőbb sikerülhet tisztázni mind a férfi, mind a nő esetén. Belgyógyászati, nőgyógyászati és andrológiai konzultáció szükséges, melyek kapcsán elvégezhetők azok a fizikális és laborvizsgálatok, melyekkel kizárhatók, vagy éppen megerősíthetők a jelenlévő betegségek. Krónikus megbetegedések esetén speciális **szakorvosi konzultációkra**, gyógyszeresedésre, új gyógyszerek beállítására lehet szükség, mellyel kapcsolatban a háziorvos ad további felvilágosítást. A **fertőző betegségek szűrései** speciális laborvizsgálatok elvégzését teheti szükségessé. A családtervezési tanácsadás része a **pszichoszexuális tanácsadás** is, amelynek keretén belül a szakemberek elbeszélgetnek a párral az együttlétek jellemzőiről: annak idejéről, gyakoriságáról, a hozzá kapcsolódó szokásokról, a fogamzásgátlás módszeréről. A termékenység állapot felmérése szakemberek által időben ezután történik.

A védőnőnek szerepe van a családtervezés menetéről való részletes felvilágosításban, a vizsgálatokon való részvételre történő motiválásban, a felesleges gyógyszeresedések elkerülésére vonatkozó tanácsok adásában.

A szedhető és kerülendő gyógyszerekről részletes felvilágosítás az interneten is fellelhető:

<http://gendiagnosztika.hu/gyogyszerzedes-a-terhesseg-alatt/>

<https://www.webbeteg.hu/cikkek/terhesseg/2395/terhesseg-alatt-ellenjavalt-gyogyszerek>

Gyógyszerek szedése nemcsak a krónikus, hanem az akut betegségek kapcsán is megtörténhet. A védőnő hívja fel a figyelmet a felkészülési és koravárandóssági időszakban szedhető gyógyszerekre, ezzel kapcsolatban a háziorvosi konzultációra, a lázcsillapítás lehetőségeire. Tisztázni kell a **étrend-kiegészítők** alkalmazását, a leginkább javasolt vitaminok, ásványi anyagok és nyomelemek bevitelének lehetőségeit, a táplálkozás során különböző élelmiszerekkel pótolható vitamin és ásványi anyag bevitelének konkrét forrásait (továbbiakban a multivitamin és a folsav, valamint a táplálkozásra vonatkozó ajánlások fejezet tartalmazza részletesen).

Beszélni kell az **immunizálás** kérdésköréről, melyhez oltási tanácsadó felkeresése is szükséges lehet.

Aktív immunizálás a fogantatás előtti 3–6 hónapban lehetséges. Az immunizálás függhet attól is, hogy valaki a saját munkája kapcsán találkozhat-e betegekkal nagyobb arányban (például óvónők, pedagógusok, egészségügyi dolgozók). Egyes megbetegedések kialakulása a nem kötelező védőoltásokkal egyszerűen megelőzhető, ezek közé tartozik a bárányhimlő elleni védőoltás, amelyet a várandósságot megelőző hónapban ajánlott beadatni, illetve vannak olyanok, amelyeket a már várandós édesanya is megkaphat. Ilyen például az influenza, amely ellen tanácsos évente védőoltást kérni a háziorvostól. Ha valaki külföldi utazást tervez fejlődő országba, akkor érdemes a tervezett fogantatás előtti legalább fél évvel megvalósítani, ugyanis speciális védőoltások beadására kerülhet sor az utazás miatt:

<http://www.oek.hu/oek.web?to=751&nid=212&pid=1&lang=hun.>

**Az utazási és a védőoltásokkal kapcsolatos felvilágosítást a
Nemzeti Népegészségügyi Központ és a kormányhivatalok
népegészségügyi főosztályai végzik.**

Családtervezés jogi vonatkozásai

A várandósság alatti munkajogi lehetőségek előzetes tisztázása is szükséges lehet a védőnő segítségével. A családtervezés időszakában vagy már a várandósság időszakában tájékoztatni kell a várandósok jogairól a nőket, szükség esetén a szociálpolitikai juttatások rendszeréről, lehetőségeiről:

<https://munkajogportal.hu/?s=v%C3%A1rand%C3%B3ss%C3%A1g&submit=Keres%C3%A9s>.

4.2. Multivitamin és folsav

A WHO folsav és folsav tartalmú multivitaminok szedését támogató ajánlása mellett a hazai várandós populáció bevonásával történt korábbi kutatások és vizsgálatok is alátámasztották a tényt, hogy *„az a multivitamin, amely 0,8 mg folsavat tartalmaz, a tervezett várandósság előtt 1–3 hónappal elkezdve, a fogantatást követő 8. hétig szedve, képes a veleszületett velőcső-záródási rendellenességek 90%-át és a veleszületett szívhibák 40%-ának kialakulását megelőzni”* (Czeizel, 1992).

A számtalan tudományos cikkben közölt hatékonyság és WHO ajánlás hatására a világ számos országában éltek az új lehetőséggel, és saját nemzeti stratégiát készítettek a folsav-szupplementáció elősegítésére, vagy kötelező jelleggel, folsavval történő lisztdúsítást vezettek be, azonban Magyarországon nem valósultak meg átfogóan a folyamatos szedést támogató funkciók.

Vizsgálati adataink alapján a megkérdezett édesanyák közül 80%-ban szedtek a várandósságot megelőzően három hónappal és/vagy a várandósság során az ajánlásoknak megfelelő mennyiségben multivitamin- és/vagy folsavkészítményt, míg 20%-uk nem értékelhető mennyiségben és dozírozásban, alkalmasszerűen vagy egyáltalán nem szedett semmilyen készítményt.

A kizárólag várandósvitamint szedő esetcsoport édesanyái közül a legalacsonyabb arányban a fejlődési rendellenességgel érintett gyermeket világra hozók szedtek várandósvitamint. Fontos hangsúlyozni, hogy a folsav esetében – bár vízdékony vitamin – napi 1 milligrammnál húzzák meg a felső beviteli határt, kivéve a genetikai szempontból érintett, magas kockázatú, gyereket tervező és váró nők esetében. Kutatásunk eredményei alapján a

koraszülött és kis súlyú gyermekek édesanyja körében a kombinált, azaz a várandós vitamin és folsavkészítmény együttes felhasználási módja magasabb, mint a kontrollok körében.

A várandósságot megelőzően és a várandósság során használt folsav védő hatása igazoltta az idegcsőzáródási rendellenességek megelőzésében. A vizsgálatunk alapján megerősítést nyert a keringési rendszert érintő rendellenességek, az ajak- és szápadhasadék, az emésztő-, húgy-, csont és izomrendszer rendellenességei esetében, továbbá az egyéb rendellenességek és kromoszóma abnormitások kialakulásának esetében.

Magzatvédő vitamin, várandós-étrendkiegészítő készítmények

A magzatvédő vitaminok a várandósság során szükséges vitaminokat, ásványi anyagokat és nyomelemeket olyan arányban és mennyiségben tartalmazzák, amelyek a várandósságra való felkészülésen kívül, a várandósság és a szoptatás ideje alatt is fedezik a megnövekedett igényt.

A magzatvédő vitamin felkészíti az anyai szervezetet a fogamzásra, feltölti a raktárakat, majd a várandósság ideje alatt fedezi a megnövekedett igényt, csökkentve ezzel bizonyos magzati fejlődési rendellenességek kialakulásának valószínűségét.

Az adagolásuk általában napi 1x1 tablettá. A bevétel ideje nem kötött napszakhoz vagy étkezéshez, de célszerű a napi rutinban kialakítani az alkalmazás időpontját, így könnyebb elkerülni, hogy egy tablettá kimaradjon. Amennyiben kimarad a szokásos időben való beszedés, pótolható a nap további részében. Ha ez is elmarad, nem szükséges a következő napon 2 db tablettá beszedése. Az optimális hasznosulás érdekében célszerű 2-3 dl sima vízzel bevenni a készítményt. Bizonyos italok (tej, tejtermék, tea, gyümölcslevek, ásványi anyagokkal dúsított ásványvizek, szénsavas italok) ronthatják a felszívódást és a hatást egyes összetevők esetében. Szintén célszerű az egyéb meglévő gyógyszerektől elkülönítve alkalmazni a készítményt, mivel azok esetleg hatással lehetnek egymásra. Ennek a

valószínűsége nem túl nagy, de a további gyógyszerek kiváltásakor érdemes megkérdezni erről a gyógyszerészt.

A rostban gazdag táplálkozás szintén ronthatja a felszívódást, amit nem csak a magzatvédő vitamin, hanem egyéb gyógyszerek alkalmazása kapcsán is érdemes figyelembe venni. A rostok nem emésztődnek meg, és megkötik felszínükön a hatóanyagokat, amelyek így hasznosulás nélkül, vagy csak részlegesen hasznosulva távozhatnak a szervezetből. A várandósság ideje alatt előfordul székrekedés, amely esetben kedvező a rostos anyagok bevitele és a sok folyadékfogyasztás, de oda kell figyelniük, hogy időben elválasszuk a rostos anyagok és a folyadék bevitelét, már amennyire ez lehetséges. A gyógyszerek és a vitamin bevétele előzze meg a rostban gazdag táplálék bevitelét 1-2 órával.

A hasmenés és hányás okozhat még problémát. Reggeli hányinger, hányás esetén inkább olyan időpontot részesítsünk előnyben, amikor a készítmény biztonságosan hasznosulhat, például délután vagy este. Amennyiben a hányás a bevételt követő 1-2 órával történik, a készítmény már áthaladt a gyomor–bélrendszer azon részén, amelyet ez érint. Kevéssel a bevétel után történt hányás esetén jó eséllyel a készítmény is távozott, ilyenkor pótolható. Ismétlődő hányás esetén nem érdemes újabb adagot bevenni. Hasmenés esetén nehezebb megjósolni a hasznosulást, ez esetben ne vegyünk be újabb tablettát! Akkor folytassuk a szedést, amikor már elültek a panaszok.

A készítmények a normál étrend kiegészítésére szolgálnak, nem pótolják a várandósság során egyébként is fontos vegyes táplálkozást, csak kiegészítik azt. A készítmények nagy része nem tartozik a gyógyszerek közé, ennek ellenére ügyeljünk rá, hogy kisgyermek ne férjen hozzá!

Folsav szerepe, pótlása

- Felkészülés a fogamzásra: 3 hónappal a tervezett várandósság előtt folsav/magzatvédő vitamin ajánlott adagjának szedésének kezdete. A várandósság előtt és alatt szedett étrend-kiegészítők halmozott szedésének vagy nem előírt adagban történő alkalmazása esetén fel kell hívni a figyelmet (esetleg gyógyszerész

segítségével) a túlzott vitamin- és ásványianyag-bevitel magzati fejlődésre gyakorolt hatására.

➤ **WHO ajánlás:**

„Minden nőnek, legalább várandósságának észlelésétől a 12. hétig 400 µg folsavat kell szednie. Akinél korábban várandóssága során magzatánál velőcső-záródási rendellenességet diagnosztizáltak, tájékoztatást kapnak az ismétlődés kockázatáról; tájékoztatni kell a perikoncepcionális folsav pótlásának védő hatásáról; fel kell ajánlani a nagy dózisú kiegészítést és tanácsos növelni a folsav táplálékfelvételét.” (Lásd: táplálkozásra vonatkozó ajánlások fejezet.)

4.3. Életmódtényezők a családtervezés időszakában

Családtervezés időszakában a legjobb fizikai állapot eléréséhez az életmódbeli tényezők részletes feltárása és esetleg korrekciója is szükséges lehet.

Az életmódbeli tényezők **felmérésének** területei mindkét félnél, illetve a várandósok esetén is a következő:

➤ Táplálkozás

- a felnőtt embernek releváns és a várandósság alatti táplálkozási tanácsokat a táplálkozásra vonatkozó ajánlások fejezet tartalmazza a fontosságára való tekintettel.

➤ Folyadékfogyasztás

- a felnőtt emberek számára releváns és a várandósság alatt javasolt folyadékfogyasztás a táplálkozásra vonatkozó ajánlások fejezetben található.

➤ Alvás, pihenési szokások

- A pihenés szükségletének felmérését követően meg kell határozni a célokat *(például passzív pihenés ideális időtartamának elérése, a pihenés egyéb alternatíváinak megismertetése, aktív és passzív relaxáció lehetőségei, a meditáció mint otthon végezhető pihenés, elmélyülés, ezek elérhetőségének*

ismertetése, otthon végezhető passzív pihenési formákról tájékoztatás adása, az aktív pihenés – úgymint mozgás – lehetőségeinek ismertetése. Legfontosabb az élettani állapotnak, életkornak megfelelő pihenésről való tájékoztatás biztosítása. Hiányállapot esetén szükséges lehet egyéb szakemberek bevonása. Az aluszékonyság, álmatlanság betegségek előrejelzője lehet, ebben az esetben szakorvosok, szakemberek, például háziorvos, pszichológus, pszichiáter bevonása szükséges. A várandósság során a pihenés kiemelten fontos. A III. trimeszterben gyakrabban fordul elő alvással kapcsolatos probléma, ezért törekedni kell a napközbeni pihenés és a passzív relaxáció alkalmazására is. Amennyiben az anya álmatlanságról panaszkodik, mely életvitelében már megzavarja, akkor feltétlenül szükséges a szakorvos bevonása. Enyhébb esetben a testmozgás, séta, levegőzés, szellőztetés, zene hallgatása, olvasás, citromfűtea fogyasztása javasolt. Lefekvés előtt feltétlenül ürítse ki a hólyagját! Alvás előtti órákban ne végezzen nehéz, fizikailag megerőltető edzést!

➤ Testmozgás

- A testmozgás részletes ajánlása a testmozgásra vonatkozó ajánlások fejezetben található.

➤ Ürítési szokások

- Megfelelő táplálkozással és folyadékfogyasztással, a megfelelő testmozgás alkalmazásával, a napi rutin és időbeosztás kialakításával a székrekedés megelőzhető. A táplálkozásra vonatkozó ajánlások fejezetben részletesen szerepelnek az egészséges táplálkozás szabályai és az ajánlott tápláléktípusok helyes arányai. A túl gyakori székletürítések hátterében megbetegedések állhatnak, így azok kivizsgálása tünetek és panaszok esetén fontos (gasztroenterológus szakorvos felkeresése szükséges gyomor- és bélrendszeri panaszok kialakulása esetén). A vasat tartalmazó gyógyszereknek lehet az emésztésre negatív hatása, panaszok esetén jelezni kell a szakorvos felé a tüneteket, és esetleg másmilyen típusú vaspótlás válhat szükségessé, de ez orvosi kompetencia. A vasbevételnél érdemes figyelni arra, hogy míg a C-

vitamin és a C-vitamint tartalmazó élelmiszerek elősegítik a vasfelszívódást, addig a fekete tea, a kávé és a tej nehezíti a vas felszívódását a szervezetbe.

- A vizeletürítéssel kapcsolatos panaszok és tünetek felhívhatják a figyelmet számos megbetegedésre. Köztük nőgyógyászati kórképekre, szexuális úton terjedő betegségekre, urológiai problémákra (mint cystitis vagy vesekő, esetleg húgyivarszervi fertőzések, vesegyulladások jelenlétére). A kivizsgálás első lépcsője a háziorvos, majd urológus, esetleg szülész-nőgyógyász szakorvos. Kutatásunkban számos esetben találtunk diagnosztizált vesebetegséget, mely az anyáknál egyértelműen koraszülés oki tényezőjeként szerepelt. Módszertanilag már a fiatal korban el kell kezdeni az egészségfejlesztést. A fiatal gyermekek játéktevékenysége során fel kell hívni a figyelmet az alsó testrészek lehűlésének lehetőségére (például homokozóban, strandon játszás, pancsolás, fürdés), a szobatisztaságra nevelés kapcsán a szokásrendszer kialakítására, a megfelelő higiéné alkalmazására a WC használatot követően, valamint a fürdetéshez használt eszközök tisztítására, fertőtlenítésére. Fontos a család törölközőinek, a fehérneműknek a tisztántartása. A későbbiek során a menstruációs, majd szexuális higiéné helyes kialakítására kell hangsúlyt helyezni. Problémák esetén a szakorvos felkeresése ajánlott (gyermeknőgyógyászat, urológia). Várandósság során fontos a gyakori vizeletürítés, a gyakori mozgás ülő munka esetén, a bő folyadékbevitel és a szűrővizsgálatok (vizeletvizsgálat) pontos elvégzése, ellenőrzése.

➤ Higiénia

- A higiéné több részből áll. Kiterjed környezet, a lakóhely tisztaságára, a rend és tisztaság megvalósítására, melyben a többszörösen hátrányos helyzetű csoportok esetén sokkal gyakoribb támogatás válhat szükségessé. Ide tartozik a fizikai, otthoni környezet, a mindennapos használati tárgyak tisztítása, rendben tartása és az egyének testi higiénéje. Ez utóbbi a mindennapi fürdés, testápolás, kézmosás gyakorlatát jelenti, melyet kiegészít az orális higiéné. A hátrányosabb helyzetben élők esetén gyakrabban fordulnak elő ennek hiányosságai, így kiemelt egészségfejlesztési feladatok között szerepel a mindennapi testi higiénével kapcsolatos elvárások részletes megbeszélése,

olykor ellenőrzése (a hátrányos helyzetben élő csoportok ezzel kapcsolatos kommunikációs és egészségfejlesztési feladataira az 1. fejezet tér ki részletesen: „hátrányos helyzetű családok támogatása”).

- A dentális (orális) higiéné a fontosságára való tekintettel részletesen szerepel a fogápolás fejezetben a fejezet végén.
- utazás
 - Az utazások tervezése a családtervezés és várandósság időszakában fontos tényező. Elsősorban a fejlődő országok higiénés állapota, a lehetséges oltások beadása szempontjából kell előre tervezni az utazást. A táplálkozás, a folyadékfogyasztás, az eszközök, a kéz fertőtlenítése kiemelt jelentőséggel bír a külföldi utazások során. Várandósság alatt az idő előrehaladtával érdemes csökkenteni a hosszú utazásokat, a repüléssel töltött időt. Lehetőség szerint gyakori mozgás, járkálás ajánlott hosszú utak esetén. A várandósság alatti utazásokkal kapcsolatosan a légitársaságok is felvilágosítást nyújtanak a lehetőségekről. Utazás elsősorban egészséges várandósság alatt ajánlott. A légi utazásokat 36. hétig ajánlják, míg ikervárandósság esetén általában csak a 32. hétig (<http://netkoffer.hu/repules-terhesen/>).
- szenvedélybetegségek
 - Az addikciók részletes módszertani kifejtése a téma fontossága miatt, az addikciókkal kapcsolatos prevenció fejezetben található.

A családtervezés keretén belül fel kell hívni a figyelmet a fertőző források elkerülésére is, ezen belül:

- a háziállatok megfelelő gondozása egészségesen és tisztán tartása lehetőleg családtagok bevonásával történjen (oltások, előírt állategészségügyi kezelések igénybevétele, alomcsere csak kesztyűben, vagy más családtag által);
- (fertőző) betegek kerülése, várandósság korai időszakában;
- nem saját kisgyermek közösségi látogatásának felfüggesztése;
- megfelelő személyi higiéné (kézmosás, fogápolás, napi tisztálkodás, lásd: részletesen ebben a fejezetben).

A felsorolt témák közül tehát kiemeltük a **táplálkozás** szükséglet megvalósulásának feltérképezését, a **testmozgás** rendszeres bevezetését, vagy arra való motiválást, az **addiktív magatartásformákon** való változtatást és az **orális higiéné** módszertanát. A témákat részletesen a következő fejezetek tartalmazzák. A családtervezés egyénre szabott kivitelezéséhez a módszertani kiadványban további javaslatok érhetők el.

Módszertani alapelv védőnők számára

(„nudging”)

A „nudging” egy olyan döntéstámogató rendszer, melynek az a lényege, hogy a szakemberek bizonyos egészségfejlesztési feladatok elvégzése során nem alkalmaznak tiltásokat és utasításokat sem, helyette pozitív megerősítéseket és egyéb olyan indirekt módszereket használnak, melyek próbálják rávezetni az egyént a helyes megoldásokra és közben nem korlátozzák az egyéni döntési szabadságát (Erdei, 2015).

4.4. Reproductív anamnézis

Terhességmegszakítás az anamnézisben

A gyermekvállalás orvosi, anyagi és pszichológiai szempontból is nagy felelősség. A családtervezés nem kap megfelelő hangsúlyt Magyarországon manapság, aminek többféle következménye is van. Egyik legismertebb negatív jelenség a nem kívánt várandósságok megszakításának száma, mellyel Európában a legmagasabb aránnyal rendelkező nemzetek között foglalunk helyet (Liao, 2011). 2017-ben 100 élveszülésre 31 abortusz jutott (Népességstatisztikai adatbázis, terhességmegszakítások száma). Családi állapot tekintetében megállapítható, hogy míg az 1990-es években a kétgyermekes nőknél, addig a 2000-es évek kezdete óta töretlenül a gyermektelen nőknél dominál a művi terhességmegszakítások száma, mely a fogamzásgátlás mellőzését, vagy nem megfelelő alkalmazását is jelenti. **A nők fele művi abortusz előtti konzultáción azt jelzi vissza, hogy nem használt rendszeresen fogamzásgátló eszközt**, mellyel a várandóssága megelőzhető

lett volna. Magas még azok aránya is, akiknél már a kívánt gyermeklétszám beteljesült, azaz a három gyermeket nevelő anyák esetében is nőtt a terhességmegszakítások száma, mely szintén felveti a megfelelő fogamzásgátlási módszer használatának hiányát (Statisztikai tükör, 2012).

Kutatási eredményeink megerősítést adtak abban, hogy a terhességmegszakítások száma igen magas Jelen várandósságukat megelőzően a vizsgált borsodi és somogyi mintában a nőknek 1,6 megszakítása, míg a budapestieknek 1,3 terhességmegszakítása volt már.

Míg egy terhességmegszakítás esetén nem nő a koraszülés rizikója, addig a terhességmegszakítások számának növekedésével a koraszülés rizikója is folyamatosan növekszik, így rendkívül fontossá válik az anya és a magzat egészségi állapota miatt a nem kívánt várandósság megelőzése és az optimális családtervezés.

Az anamnézisben szereplő első trimeszteri terhességmegszakítások esetén a következő várandósság során a gravida kockázata koraszülésre megegyezik egy nem szült nőével, beleértve a műszeres és hazánkban egyelőre nem engedélyezett gyógyszeres abortuszt is, a terhességmegszakítások növekvő számával azonban a koraszülés rizikója növekszik (Liao, Wei et al. 2011). A terhességmegszakítások száma szoros összefüggést mutat a társadalmi helyzettel, az etnikai hovatartozással és a fogamzásgátlás elérhetőségével is.

Az általunk vizsgált esetcsoportban 21%, az érett újszülötteket világra hozók esetén 15%-ban szerepelt az anamnézisben terhességmegszakítás, különösen magas volt ez az arány a roma populációban, ahol jóval gyakrabban fordult elő 2 vagy annál több terhességmegszakítás is az anamnézisben.

A terhességmegszakítás nem lehet a családtervezés módszere. A serdülők, fiatal lányok felvilágosítása az elérhető fogamzásgátlási módszerekről, különböző fogamzásgátlási módszerek hatékonyságáról – hatástalanságáról, a tévhitek elosztatása rendkívül jelentős az abortuszok számának csökkentésében.

A fogamzásgátló módszerek ún. Pearl-indexe, a létrejött várandósság száma egy év alatt, 100 vizsgált nő esetén, az adott módszer alkalmazása mellett. Ideális az a fogamzásgátló módszer, amelynek használata mellékhatásoktól mentes, hatékonysága közel 100% (Pearl-index = 0), használata egyszerű, nem illúzióromboló, hatása bármikor felfüggeszthető és véd a nemi úton terjedő betegségek ellen is.



„Tökéletes” fogamzásgátló módszer nem létezik, de a gondozott igényeinek – életmódjának figyelembevételével kiválaszthatjuk a számára ideális lehetőséget. Tájékoztatásul látható az alábbiakban az egyes módszerek hatékonyságáról a tájékoztatás.

	Nem tervezett várandósságok %-os aránya az első egy évben az adott módszer használata mellett (Pearl-index)	
Módszer	Tipikus használat	Tökéletes használat
Védekezés nélkül	85	85
Spermicid gélek	28	18
Naptár módszer	24	
Megszakításos közöselés	22	4
Óvszer	21	5
Kombinált hormonális fogamzásgátlók	9	0.3
Hüvelygyűrű	9	0.3
IUD	0.8	0.6
IUS (hormontartalmú	0.2	0.2

méhen belüli eszköz)		
Sterilisatio	0.5	0.5

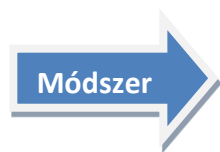
Forrás: Contraceptive failure in the United States (Trussell 2011)

A tudatos felkészülést nevezhetjük felelős gyermekvállalásnak. A mintánkban vizsgáltuk azt is, hogy jelen várandósságra vonatkozóan várt volt-e fogantatás. A roma csoportban a várandósságát 42% nem tervezte, míg a nem roma nők körében csupán 11,3% nem tervezte előre. Eredményeink alapján az alacsony iskolai végzettség rontja leginkább a tervezettség arányát. A nem tervezett csoportban, az anyák 74%-a az alacsony iskolai végzettségűek csoportjából került ki.

Szülés, koraszülés, vetélés az anamnézisben

Azon anyáknál, akiknek az anamnézisben koraszülés szerepelt, a következő várandósság során elemzésünk szerint 6,3-szoros a rizikó egy ismételt koraszülés bekövetkezésére, az ismételt koraszülés gyakran ugyanazon héten történik. Minél korábbi héten következett be a koraszülés, annál nagyobb az esélye egy ismételt koraszülésnek (Mercer, Goldenberg et al. 1999).

Azon édesanyák, akik maguk is koraszülöttek voltak, szintén fokozott rizikónak vannak kitéve koraszülés szempontjából.



Azon anyák esetén, ahol az anamnézisben koraszülés vagy késői vetélés szerepelt, lehetőség van a progeszteron profilaktikus alkalmazására, a cervixhossz monitorozására, indokolt esetekben cerclage műtét elvégzésére is.

1. Progeszteron

A progeszteron egy, eredetileg a corpus luteum (sárgatest) által termelt szteroid hormon. Koravárandósságban kritikus szerepe van a várandósság fenntartásában,

amíg a 7-9. héten a placenta átveszi a szerepét. Neve a funkciójából származik: progestatios szteroid. A progeszteronforrás corpus luteum eltávolítása vagy progeszteron receptor antagonisták alkalmazása vetélést indukál a 7. várandóssági hét előtt. (Ezen hatást használják ki a gyógyszeres terhességmegszakítások során.)

A progeszteron fontos szerepet játszik az uterus „nyugalmának” fenntartásában a várandósság 2. felében, habár a pontos mechanizmus ismeretlen. Az uterus szintjén a progeszteronaktivitás funkcionális megvonása hozzájárulhat mind a szülés, mind a koraszülés megindulásához, anélkül, hogy a progeszteron szérumszintje jelentősen megváltozna a szülés előtti hetekben. Megelőzi a magzatburkokban az apoptosist normál és pro-inflammatoricus körülmények között is, így módon megelőzheti az idő előtti burokpedést, és így a koraszülést.

A progeszteronpótlás nem csak ezen progeszteronreceptorokon ható folyamatok felerősítésével hathat, hanem más mechanizmusok, pl. az immunválasz módosítása révén is (Byrns, 2014).

A progeszteronpótlás egyes várandósságokban, az anamnézisben szereplő koraszülés valamint a méhnyak hosszának megrövidülése esetén is csökkenti a koraszülés rizikóját. A hydroxyprogesterone-caproate intramuszkuláris injekciója, vagy a hüvelyi úton használt progeszteronkészítmények a 2. trimesztertől (16-20. hét között) kezdve hatékonyan csökkentik a koraszülés rizikóját.

Ikervárandósságok esetén a progeszteron rutinszerű használata nem javasolt, de az anamnézisben szereplő koraszülés vagy megrövidült cervix esetén alkalmazható.

INDIKÁCIÓ	PROGESZTERON PÓTLÁS	ALKALMAZÁS
Egyes várandósság, az anamnézisben előzetes koraszülés egyes várandósságból, normál cervixhossz.	IGEN	Hydroxyprogesterone caproate 250mg im. Hetente a várandósság 16-20. hete között kezdve, és a 36. várandóssági hétig vagy a szülésig adva, a cervixhossz monitorizálásával. Természetes progeszteron hüvelyi úton adva alternatíva lehet. Megrövidült (≤ 25 mm) cervix -> cerclage megfontolandó
Egyes várandósság, az anamnézisben előzetes koraszülés spontán ikervárandósságból, normál cervixhossz.	LEHETSÉGES	Hydroxyprogesterone caproate 250mg im. hetente a várandósság 16-20. hete között kezdve, és a 36. várandóssági hétig vagy a szülésig adva, a cervixhossz monitorizálásával. Természetes progeszteron hüvelyi úton adva megfontolandó alternatíva lehet. Megrövidült (≤ 25 mm) cervix -> cerclage megfontolandó
Egyes várandósság, az anamnézisben nem szerepel koraszülés, rövid cervix (≤ 20 mm)	IGEN	Progeszteron hüvelyi készítmény 90-200mg minden este a diagnózistól a 36. várandóssági hétig.
Többes várandósság (gemini vagy trigemini), az anamnézisben nem szerepel koraszülés, normál cervixhossz	NEM	Progeszteron és cerclage sem
Gemini, az anamnézisben előzetes koraszülés	LEHETSÉGES	Hydroxyprogesterone caproate 250mg im. hetente a várandósság 16-20. hete között kezdve, és a 36. várandóssági hétig vagy a szülésig adva. Természetes progeszteron hüvelyi úton adva megfontolandó alternatíva lehet.

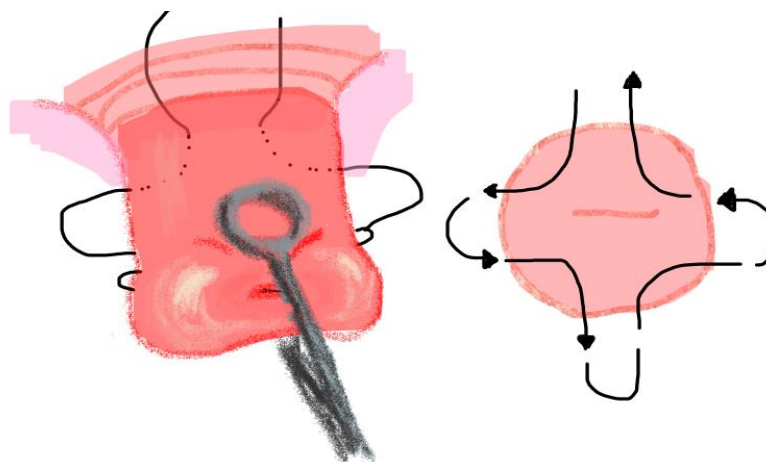
Gemini, megrövidült cervix	LEHETSÉGES	Hüvely progeszteronkészítmény, cerclage nem
Idő előtti burokpedés	NEM	-
Pozitív magzati fibronectin teszt	NEM	-
Nem történt szülés korai kontrakciókat követően	NEM	-

Forrás: (Uptodate, 2018)

2. Cerclage műtét

A cerclage műtét egy olyan sebészeti eljárás, amelynek során a méhnyakba helyezett varrat, drót vagy szintetikus tapasz segítségével történik a cervix megerősítése.

A cerclage műtét ideális lehet azon várandósok számára egyes várandósság esetén, akiknél a méhszájéltelenség diagnózisát az anamnézisében többszörös késői vetélés vagy koraszülés révén állítottuk fel, ekkor megelőző, a 12–14. héten felhelyezett cerclage a legideálisabb. Amennyiben a méhszájéltelenség ultrahang vizsgálat vagy bimanuális vizsgálat során nyitott méhszájként kerül felismerésre, a 16–23. hét között javasolt a cerclage felhelyezése, amennyiben kontraindikáció nincs (élettel összeegyeztethetetlen magzati rendellenesség, intrauterin fertőzés, burokpedés, vérzés, aktív fájjástevékenység). Ikervárandósság, rövid cervixhossz esetén a cerclage műtét elvégzése nem javasolt. Amennyiben burokpedés, fertőzés nem következik be, a cerclage a 37. héten távolítandó el (9. ábra).

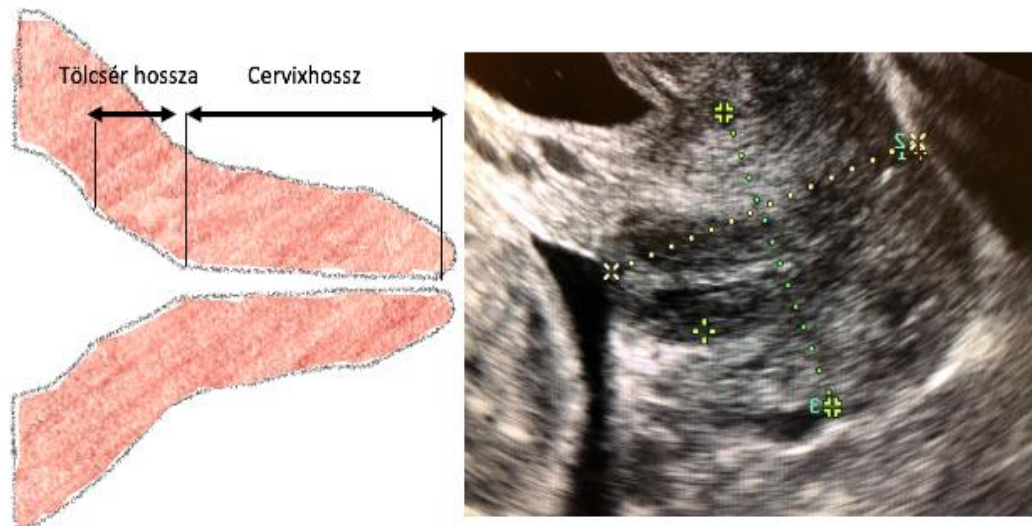


9. ábra: Cerclage-műtét

(Forrás: saját készítés, Dr. Prosszer Mária)

3. Cervixhossz mérése

A cervixhossz mérése hüvelyi ultrahangvizsgálat segítségével történik, a belső és külső méhszáj közötti távolság mérésével. A cervix hosszában bekövetkező rövidülés előre jelezheti a koraszülést, a 32. hét után azonban ez a változás természetes. Megrövidült méhnyakról beszélünk akkor, ha a várandósság 24. hete előtt a cervix hossza ≤ 25 mm (10. ábra).



10. ábra: Cervixhossz mérése

(Forrás: saját készítés, Dr. Prosszer Mária)

A koraszülés fokozott rizikójának kitett várandósok számára korábban bevett szokásként az ágynyugalmat javasolták, amely valóban javítja az uteroplacentáris keringést, nem csökkenti azonban a koraszülések előfordulását. Az aktivitásmegvonás további káros hatása, hogy növeli a trombózis rizikóját és a negatív pszichoszociális hatásai révén károsan hat a várandósra.

A várandósságok között eltelt rövid idő növeli a koraszülés rizikóját, ezért javasolt a két várandósság között legalább 18 hónap kivárása (Dimes, 2018).

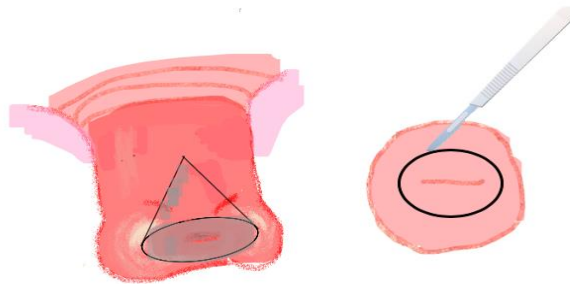
A gondozott anamnézisének felvételét követően, amennyiben megelőző koraszülése/koraszülései, középideős vetélése/vetélései szempontjából nála a koraszülés fokozott rizikója áll fenn, világosítsuk fel a mielőbbi várandósgondozásba vétel, a gyakoribb várandósgondozás, a szorosabb nyomon követés jelentőségéről, a lehetséges

beavatkozásokról és azok elvégzésének jelentőségéről, és irányítsuk olyan intézménybe, ahol koraszülésben jártas szakemberek veszik gondozásba.

Előzetes műtét a méhszájon

A hidegkés vagy elektromos kacs segítségével végzett conisatio főként a méhnyakrák megelőző állapotainak kezelésére szolgál.

A méhszájon végzett műtétek a cervix állományának gyengítése, valamint mirigyeinek elvesztése miatt a fertőzésekkel szembeni csökkent ellenállás révén szintén növelik a koraszülés rizikóját (11. ábra).



11. ábra: **Conisatio**

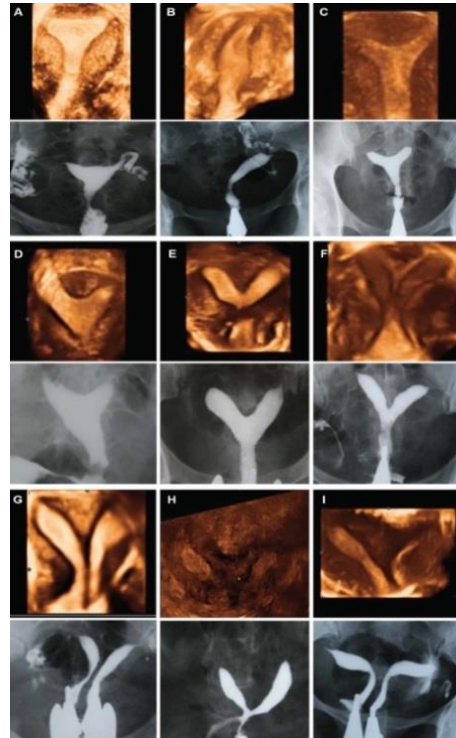
(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Prosszer Mária)

Elengedhetetlen hangsúlyoznunk a szélsőségektől mentes, monogám szexuális élet és az óvszer használatának jelentőségét, valamint a HPV elleni védőoltások szerepét, hiszen a HPV vírusnak döntő szerepe van a méhnyakrák és méhnyak rákmegelőző állapotainak kialakulásában.

A méh alaki rendellenességei

A méh fejlődési rendellenességei, valamint szerzett eltérései (pl. myoma) mind a középidős vetélések, mind a koraszülés rizikóját növelik, ezért a várandósság vállalása előtt megfontolandó ezek sebészi megoldása, amennyiben az kivitelezhető (12. ábra).

- A. Normál méh
- B. Uterus unicornis
- C. Uterus arcuatus
- D. - G. Uterus septus (a partialistól a complet formáig)
- H. Uterus bicornis
- I. Uterus didelphys



12. ábra: A méh alaki rendellenességei (Forrás: Ahmadi, Zafarani et al. 2011)

4.5. Táplálkozásra vonatkozó ajánlások

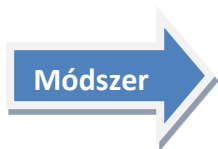
Egyértelműen bizonyított, hogy a nem tervezett várandósságok, valamint a szülések közötti időintervallum túlzott rövidege közvetlen hatással lehet az anyai alultápláltságra. Vérszegénység és a mikrotápanyagok hiánya is jelentkezhet, amely negatív hatást gyakorolhat a megszületendő gyermekek testtömegére, állapotára.

A termékenység szempontjából nem megfelelő sem a túl sovány testalkat, sem az elhízás. Családtervezés időszakában az a **cél, hogy a leendő édesanya a normál BMI tartomány állapotában legyen**. Az anorexia nervosa betegség esetén elfogynak a zsírszövetek, gyakran még a menstruációs ciklus is elmarad, nincs ovuláció. Túlsúly és elhízás esetén viszont

endokrinológiai problémák keletkezhetnek, illetve gyakrabban alakulnak ki krónikus betegségek, melyek szintén a várva várt fogantatást blokkolhatják. Életmódváltással azonban megközelíthető az átlagos testtömeg (átlagos BMI) és a termékenység is javítható (Parker, 2014).

Több megyére kiterjesztett vizsgálataink alapján a BMI megoszlása a következők szerint alakult a várandósság kezdetén történt mérés alapján: a leendő anyák 10,7%-a a sovány, 55%-a a normál, 21,3%-a a túlsúlyos, 13,1%-a az elhízott BMI kategóriába tartozott, mely eredmények említése szeretné felhívni a figyelmet arra, hogy a várandósoknak csak a fele tartozott a „normál” BMI kategóriába. Ez felveti a családtervezés fontosságát és az életmódváltás jelentőségét.

Az alacsony BMI értékeket magyarázhatja a fiatalabb anyai életkor, a nagyobb dohányzási gyakoriság, alacsony szociális státusz, ezért ennek a problémának az intervencióját komplexen kell kezelni, ami alatt azt értjük, hogy egyszerre kell figyelemmel lenni a táplálkozás gyakoriságára, a bevitt táplálékfeleségek típusára, mennyiségére, az addikciók jelenlétére, ezek összeadódó hatásának kivédésére.



Az egészséges táplálkozásról való tájékoztatás a védőnői kompetenciák szerint történik. **A védőnő feladata a táplálkozás szükségletének felmérése, annak korrekciója, melynek kapcsán táplálkozási ajánlásokat tesz a párnak vagy a várandós anyának annak korrigálása céljából.**

A gyermekek és felnőttek napi étkezésének arányai hasonlóak, mindkettő esetén a táplálékbevitel felét gyümölcsök és zöldségek jelentik, másik felét a gabonák és húsok, fehérjék teszik ki. Átlagos életmódot folytató felnőtt nőnek 2000, míg felnőtt férfinak 2500 kcal energia igénye van (13. ábra). Várandósság alatti a kalória bevitelt első trimeszterben 150, a második és harmadik trimeszterben maximum 300 kcal-val szükséges növelni a várandósság előttihez képest (Okostányér).



13. ábra: Okostányér ajánlásai

(Forrás: <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/>)

A táplálkozáshoz kapcsolódó minimál intervenció feladata, hogy megismerjük a táplálkozással kapcsolatos szokásokat, a táplálkozás minőségi, mennyiségi jellemzőit, a beszerzés és az elkészítés, valamint a tárolás módszereit. Emellett fel kell ajánlani a tájékoztatás lehetőségét, hogy visszacsatolást kapjunk arról, hogy a témával kapcsolatban megtörtént-e annak megértése. Ennek szükségét vizsgálati eredményeink is alátámasztják, azt találtuk, hogy az egészséges kontrollcsoportokban is (nem csak az esetcsoportban) rendkívül alacsony a különböző tápláléktípusok fogyasztásának ajánlás szerinti bevitel, mint például: teljes kiőrlésű gabonából készült élelmiszerek, halfogyasztás, tej és tejtermékek, nyers gyümölcsök, zöldségek, olajos magvak fogyasztása.

Amennyiben szükséges, változtatásra kell készíteni a leendő szülőket, a várandós anyát az egészségesebb táplálkozás érdekében (lásd: a 8. számú mellékletben a mintaétrend a várandósok számára). Ideális esetben a táplálkozással kapcsolatos egészségfejlesztés, illetve az ismeretek elsajátítása jártasság szintjén, nagyrészt az iskoláskor feladata (Erdei, 2015).

A táplálkozással kapcsolatos minimál intervenciónál figyeljünk arra, hogy:

- a tanácsokkal ne keltsünk feleslegesen feszültséget,
- ne vegyük el az étkezés örömét,
- ha a táplálkozás többnyire nem ideális, kisebb lépésekben haladjunk előre a tájékoztatás során, kérdezzünk vissza egy-egy kérdéssel, hogy biztosan értette-e, beszéljük meg közösen, hogy mit lát megvalósíthatónak,
- derítsük ki egy egyszerű kérdéssel, mennyire szeretné, hogy informáljuk a lehetséges veszélyekkel kapcsolatban (elsősorban környezet-egészségügyi szempontból),
- külföldi utazások kapcsán hívjuk fel a figyelmet az összes élelmiszer-biztonsági kérdésre!

TÁPLÁLKOZÁSI AJÁNLÁSOK a családtervezés időszakában és a várandósság alatt	Megvalósítás, példák. A védőnő feladatai
Családtervezés időszakában fel kell tölteni a folsav, vas, jód, cinkraktárakat.	A többletigények folsavval dúsított élelmiszerekkel, folsavbevitellel, étrend-kiegészítőkkal fokozhatók. Ezt ki kell egészíteni természetes forrásokkal, melyek bizonyos gyümölcsökkel és zöldségekkel érhetőek el (élelmiszerek foláttartalma, lásd: az 5. számú mellékletben).
Rendszeres, lehetőség szerint közel azonos időben történő napi 3-szori főétkezés, illetve 2 kisétkezés	Fel kell mérni az étkezések gyakoriságát és mennyiségét, el kell

<p>biztosítása ajánlott.</p> <p>Várandósság során napi 6-szori étkezés javasolt (3 főétkezés, 3 kisétkezés).</p>	<p>magyarázni az egészséges élettani táplálkozás alapjait. A reggeli étkezés elhagyása kiemelt kockázati tényezője az elhízásnak.</p>
<p>Az élelmiszerekre vonatkozó energia és tápanyagtartalom jelölésére vonatkozó információk átadása.</p>	<p>Az élelmiszereken lévő jelölések bemutatása és részletes elmagyarázása. Felhasználható az energiaszegény, szénhidrátsszegény vagy fehérjedús táplálkozás alkalmazásához is.</p>
<p>Táplálkozás környezeti tényezőinek biztosítása.</p>	<p>Kulturált környezet és elegendő étkezési idő biztosításának pozitív hatásait ismertetni kell.</p>
<p>Táplálkozásra vonatkozó utasítások részletezése.</p>	<p>Tiltások és utasítások helyett pozitív megerősítések alkalmazása ajánlott a táplálkozás oktatása, egészségfejlesztése során.</p>
<p>Várandósság során kiemelt figyelmet érdemel a „helyes” táplálkozás. Szükség lehet bizonyos tápanyagtípusok mérsékelt vagy nagyobb bevitelére, étrend-kiegészítő alkalmazására.</p>	<p>Növelni kell a fehérjék és rostok bevitelét, míg a só- és cukorfogyasztást csökkenteni kell.</p> <p>Természetes édesítők használata javasolt, a só pótlására szárított zöldségek és zöldfűszerek ajánlottak.</p>
<p>Minden főétkezéshez ajánlott a piros, a narancs és a sötétzöld színű zöldségek fogyasztása.</p>	<p>Paradicsom, sárgarépa, brokkoli.</p>
<p>Száraz hüvelyesek fogyasztása ajánlott.</p>	<p>Bab, lencse, csicseriborsó (levesben, főzelékben,</p>

	pástétomban).
Konzervek közül a kevesebb sót tartalmazó élelmiszerek fogyasztása ajánlott	Össze kell hasonlítani az összetevőket, a termék só, cukortartalmát, kerülni kell a tartósítószeret.
Burgonyát legfeljebb minden második nap szükséges fogyasztani.	Köretként használható rizs, köles, bulgur, saláta, párolt zöldségek.
Hetente legalább egyszer javasolt sótlan olajos magvak fogyasztása.	Dió, mandula, tökmag, kiegészíthető speciális magolajokkal (például salátákon).
Gyümölcs fogyasztása ajánlott tízórára, uzsonnára. Elsősorban friss gyümölcsök fogyasztása ajánlott.	Önmagában vagy saláta gyanánt desszertnek is ajánlott, reggeli gabonafélékhez, joghurthoz és akár palacsintához is tehető.
Gyümölcslevek fogyasztása esetén a 100%-os gyümölcslé fogyasztása vagy a frissen facsart, préselt gyümölcslé fogyasztása az ajánlott.	Törekedni kell a szénsavmentes víz fogyasztására; a gyümölcslevek szénhidráttartalma magas, így a legfőbb folyadékforrás a víz legyen.
Legalább naponta egy alkalommal szükséges a teljes kiőrlésű pékáru fogyasztása.	1 db zsömlé/kifli vagy egy szelet kenyér formájában (barna rizzsel, teljes kiőrlésű tésztával olykor helyettesíthető).
Tejtermék fogyasztása minden nap legalább egyszer javasolt.	Alacsony zsírtartalmú termékek választása javasolt napi 500 ml-nek megfelelő mennyiségben. Zsírszegény sajtokat kell előnyben részesíteni.

Minden héten többször ajánlott teljes értékű fehérjét tartalmazó élelmiszert fogyasztani.

Hetente egy-két alkalommal szükséges a halak fogyasztása (várandósság során ajánlott halak: busa, kecsege, pisztráng, harcsa, hekk, lazac, hering, szardínia, szardella, sügér, angolna, makréla).

A halfogyasztásnak lehetnek mikrobiológiai kockázatai, így nyersen (félig átsülve) a fogyasztása nem ajánlott, figyelni kell a megfelelő hőkezelésre.

Sovány húsokat kell előnyben részesíteni, a húst a bőrétől meg kell fosztani.

Belsőseget maximum hetente egy alkalommal szükséges fogyasztani.

A folyadékbevitel legalább naponta 8x2,5 dl legyen.

Minimum 5 pohár víz elfogyasztása javasolt naponta, kerülni kell a cukros és szénsavas üdítőitalok fogyasztását.

Ritkán (maximum hetente kétszer) ajánlott édességeket, desszertet fogyasztani.

Bizonyos édességtípusok esetén jóval magasabb a zsírtartalom (kekszek, torták, jégkrémek), ezért ezeket ritkábban kell fogyasztani. Házilag elkészíthető desszertek fogyasztását kell előtérbe helyezni, melyek alapja a gyümölcs, a tejtermékek, például túró,

	étcsokoládé.
Elsősorban növényi olajok alkalmazása ajánlott. Ritkán kell bő zsiradékban elkészített ételeket fogyasztani.	Zsírtakarékos elkészítési módot kell előnyben részesíteni (grillezés, párolás, sütőzacskó, cserépedény használata).
Fel kell hívni a figyelmet a kerülendő élelmiszerekre!	Lágysajt, penészes sajt, kék sajt, nyers élelmiszerek, aszalt gyümölcsök, mosatlan, földdel szennyezett zöldségek, gyümölcsök, tenger gyümölcsei, kagylók, csiga.
Testmozgás bevezetése. Minden nap legalább folyamatosan 10 percen át végzett olyan mozgásforma javasolt, melyet szívesen végez. Érdeemes fokozatosan emelni ennek időtartamát.	Míg gyermekeknek, serdülőknek napi 60 perc, felnőtteknek hetente 2,5 óra mérsékelt intenzív mozgásforma végzése javasolt (lehet ez tempós séta is). Várandósság során is végezhető alacsony vagy közepes intenzitású gyakorlatok (lásd összefoglalás).

(Forrás: Ágoston 2005, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Vitaminlexikon)

Várandósság alatti halfogyasztás néhány szempontja:

- A várandósság alatti halfogyasztásra ajánlható fajtákat kell előnyben részesíteni. (<https://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm393070.htm>).
- A halfogyasztás egészséges, de bizonyos halak húsa higanyt (és nehézfémeket) tartalmazhat, amely mennyiség egy felnőtt számára veszélytelen, de a magzat idegrendszerének fejlődésében zavart okozhat. A nemzetközi ajánlás szerint várandósság során heti 3 alkalommal kell/lehet halat ennünk, hazánkban az ajánlás heti 2 halfogyasztást javasol, ennyi halban optimális az omega-3 zsírsavat tartalom, és

nem okoz jelentős higanyterhelést a fejlődő szervezetben sem. Abban az esetben, ha nagyobb mennyiségű halfogyasztás jellemzi a várandósta, érdemes odafigyelni a különböző halak fajtáinak jellemzőire. A táplálkozási szakemberek elkülönítik a várandósság alatt ajánlott, fogyasztható és a nem ajánlott fajtákat. Fogyasztható, ajánlott halak: busa, kecsege, pisztráng, harcsa, hekk, lazac, hering, szardínia, szardella, sügér, angolna, makréla. Nem ajánlott hal fajták: marlin, kardhal, rája, cápa, nagy szemű tonhal és a királymakréla.

- Az ajánlott halfajtákat heti két-három alkalommal tehát biztonságosan lehet fogyasztani, sőt előnyösek, mert magas omega-3 tartalom jellemzi őket, és alacsony a higanytartalmuk. A mérsékelten fogyasztható várandósság alatti halak esetében magasabb higanytartalom a jellemző, maximum hetente egyszeri fogyasztásuk ajánlott, ezek a következő fajták: tengeri sügér, álsügér, ponty, laposhal, ördöghal, morgóhal, tőkehal. A nem ajánlott halak közé a marlin, kardhal, rája, cápa, a nagy szemű tonhal és a királymakréla tartozik, amelyeket magas higany szint jellemez, ezért fogyasztásukat várandósság során nem ajánljuk.
- Az ajánlott heti halfogyasztás egyike során az elfogyasztott hal lehet olajos hal; mivel a D-vitamin, az ásványi anyagok és legfőképp az omega-3-zsír sav a magzati idegrendszerének fejlődése szempontjából fontos, de a várandósság alatti omega-3-zsír sav fogyasztás és a szülés utáni depresszió között is bizonyított párhuzam van: a várandósság hónapjaiban ezt nélkülöző nők esélye magasabb a szülés utáni depresszióra. Az omega-3 zsírsavat („halolajat”) kapszula formájában is ajánlhatjuk, amely segíti a magzati idegrendszer fejlődését, de el kell mondani, hogy a hal nem csak a zsírsavtartalom miatt fontos, hanem jelentős fehérje- és ásványianyag-forrás is. (Az ajánlásokban ezért nem a kapszula, hanem a heti 2-3-szori halfogyasztás szerepel.)

4.6. Testmozgásra vonatkozó ajánlások

A várandósság alatti testmozgást bármilyen változó mentén is vizsgáltuk, felmérésünk során sajnos megállapítható volt a következő. Még az ideális jövedelemmel, képzettségi szinttel rendelkező nők esetében – illetve azok esetében, akik a fővárosban élnek, és számos várandósság alatti mozgásprogram elérhető számukra, – sem javít az arányokon, azaz a ideális esetben is csak a leendő anyák 20-25% vett részt valamilyen rendszeres mozgásprogramban.

A teljes mintában összesen 382 fő (15,5%) volt, aki ajánlásnak megfelelő testmozgást végzett. Ez igen alacsony részvételt jelent.

Ideális az lenne, ha a várandósságot megelőzően egészségi állapotnak megfelelően napi rendszerességgel végzett alacsony vagy közepes intenzitású mozgást végeznének a nők egészségük megóvása érdekében. Így a várandósság időszakában szervezetük felkészültebben tudna alkalmazkodni a rengeteg anatómiai és élettani változáshoz. A várandósság alatti testmozgás segíti az optimális testtömeg elérését, csökkenti a várandós nő fáradtságérzetét, támogatja a várandósság alatt megterhelt izmok, ízületek állapotát, lerövidíti a szülés idejét, növeli az állóképességet, pozitívan támogatja az élettani funkciókat, könnyebben feldolgozhatóvá teszi a stresszállapotokat. Az Amerikai Nőgyógyászati Társaság és az Amerikai Sportorvosi Társaság szakmai ajánlása, hogy a várandós anya rendszeresen mozogjon a várandósság időszakában.



Módszer

Amennyiben nincsen emelt kockázat, és valaki a várandósságot megelőzően intenzíven mozgott, az az orvos beleegyezésével tovább folytathatja a sporttevékenységét, de amint a várandósság halad előre, az intenzitás csökkentése szükséges. Amennyiben valaki semmilyen intenzívebb sporttevékenységet nem végzett, elkezdhet mozogni várandósság alatt is, melyhez mindenképpen szakember segítségét kérje, de főleg alacsony és közepes intenzitással végzett gyakorlatok az ajánlottak (Rubovszky, 2016).

4.7. Koffeinbevitelre vonatkozó ajánlások

A koffein egy serkentő, élénkítő anyag, mely a kávé kivül a teában, néhány szénsavas üdítőitalban, az energiatalokban, a csokoládében és bizonyos gyógyszerekben is benne van. Várandósság alatti túlzott bevitele semmiképpen nem ajánlott. A szénsavas üdítőitalok fogyasztása esetén nehezítetté válhat a kalciumfelszívódás, míg a túlzott kávé- és feketetea-fogyasztás esetén a vasszívódás szenvedhet zavart. Az ajánlottnál több bevétel emellett vízajtó hatású is lehet.

Napi 200 mg koffeinnél nagyobb mennyiség fogyasztása nem ajánlott, ami napi két csésze kávénak felel meg (Cox, 2018). Míg egy adag (kb. 0,5dl) eszpresszó kávé 80–100 mg koffeint, addig az instant kávéból készített egy adag kávé 60–80 mg koffeint tartalmaz (Ágoston, 2005). Mintánkban az ajánlásnál (ajánlás: napi maximum 2 csésze kávé) többet fogyasztó anyákat vizsgáltuk. A három vizsgált területet külön elemezve Somogy megyében látható egyedül nagyobb eltérés, ahol az esetek körében kétszeres (10,9%) a túlzott kávéfogyasztás a kontroll csoporthoz képest (5,1%).

Saját vizsgálatunkban, a teljes mintában az összes várandós 6,2%-a (154 fő) naponta több mint két alkalommal fogyasztott koffeintartalmú kávé. A teljes mintában, az esetcsoportban 7%, míg a kontrollok között az ajánlottnál több koffeinbevétel 5,9%-ban történt. A megnövekedett koffeinbevétel hatással van az újszülöttek testtömegére és a gesztációs hetek átlagára is, és ha egyéb negatív életmódtényezővel párosul, hatása kifejezettebb.

Módszer

MINIMÁLINTERVENCIÓ A KOFFEINFOGYASZTÁS MÉRSÉKLÉSÉHEZ

Mérje fel a fiatal pár/várandós koffeinfogyasztását.

- Milyen típusú kávé fogyaszt? (Főzött – 150 mg, filteres – 130 mg, instant – 60 mg, kis adag eszpresszó – 80 mg koffeint tartalmaz.)
- Naponta hány kávé fogyaszt el?
- Milyen típusú teát fogyaszt? (Fekete tea – 48 mg, zöld tea – 36 mg, fehér tea – 24

mg/2 dl.)

- Hány bögre teát fogyaszt naponta?
 - Milyen típusú energiatalt fogyaszt? (Különböző mennyiséget tartalmaznak! Mennyiség: 20-32 mg/100 ml között változik, Red Bull: 31mg/100 ml, Bomba: 14mg/100 ml, Monster 31mg/100 ml.) Energiataltok összehasonlításának vizsgálati eredményei ezen a linken érhetők el: https://index.hu/gazdasag/2015/10/13/melyik_energiataltban_van_a_legtobb_koffe_in/
 - Milyen típusú Colát fogyaszt? (Cola – 8 mg koffein/100 ml)
 - Fogyaszt-e magas kakaóbab-tartalmú csokoládét? (50-75mg/100 gramm)
-
- Kérdezze meg a családtervezésben érintett személyeket, illetve a várandós anyát, hogy tudja-e, mennyi az ajánlott, elfogadható koffeinmennyiség egy nap alatt!
-
- Mondja el, hogy egészséges felnőtt embernek naponta nem ajánlott a 300 mg átlépése! Várandós anyák esetén 200 mg a maximális ajánlott bevitel.
-
- Beszéljék meg, hogy a túlzott koffeinbevitel hogyan hat a szervezetre és a fejlődő magzatra!
-
- Beszéljék meg közösen, hogy milyen típusú italokból ajánlott a bevitel (például az energiatallal szemben inkább a tea és kávéfogyasztás ajánlott, mert azok antioxidáns anyagokat is tartalmaznak, míg az energiataltban számos hozzáadott anyag van, például cukor, ízfokozók, színezékek, taurin)!
-
- A kávé fajtája és elkészítési módja meghatározza a koffeintartalmát. A „robusta” típusú kávék 2-szer, 3-szor több koffeint tartalmaznak, mint az „arabica” kávék. Az amerikai típusú „hosszú” kávé kevesebb koffeint tartalmaz, mint a „törökösen” főzött kávék.
-
- Tegyen konkrét utalást arra, hogy a napi megengedett mennyiséget rendszeresen nem lehet túllépni, mert abban az esetben szívproblémák, fokozott kalciumürítés történhet, amely azonban nem fenyegeti az embereket átlagos koffeinfogyasztás esetén!
-
- Nagy mennyiségű koffeinfogyasztás hirtelen abbahagyása esetén fejfájás, gyengeség, fáradtság és aluszékonyság jelentkezhet, de ez napok alatt elmúlik. Átmeneti állapotról van szó.

- A különböző típusú italok koffeintartalmát a 6. számú melléklet szemlélteti.

(Forrás: 13+1 dolog, amit jó tudni a koffeinről 2016)

4.8. Addikciókkal kapcsolatos prevenció

A családtervezés időszakában a fogantatás optimális körülményeinek megteremtéséhez meghatározó tényezők az alkohol, a dohányzás és a drogok elkerülése. Ennek érdekében fel kell hívni a figyelmet az alkohol, a drogok és a dohányzás teljes mellőzésére.

Alkoholfogyasztás

A gyermekvárás időszakában érdemes terjesen elkerülni a károsító anyagokat, ugyanis kísérletek bizonyítják, hogy az anyai alkoholfogyasztás mellett az apa alkoholfogyasztása is befolyásolja a magzat egészséges fejlődését, ugyanis a hímivarsejtek génjeit is károsítják. Emellett a mozgásukat lassítják, nők esetében a progeszteron termelődését is csökkentik, tehát már a családtervezés időszakában is érdemes teljesen szüneteltetni az alkoholfogyasztást (Czeizel, 2018).

Míg a felnőtt emberek számára is csak a mértékletes alkoholfogyasztás javasolt, addig várandós anyák esetén a várandósság teljes időszakában az alkohol teljes kerülését javasolják a szakemberek. Ennek legfőbb oka, hogy minden időszakban nagy veszélyt jelent a magzatra nézve. Egyes becslések szerint Európában az újszülöttek 1–1,5%-át érintheti a várandósság alatti alkoholfogyasztás. A magzati szervezet nem képes az alkohol lebontására, ezért a placentán átjutott alkohol az elfogyasztott mennyiség és rendszeresség alapján különböző károsító hatással bírhat. Károsíthatja a megszületendő gyermek idegrendszerét, szerveit, alkoholszindrómát okozhat, emellett számos késői probléma – köztük a mozgás és kognitív fejlődés zavarai – alakulhatnak ki. A rendszeres alkoholfogyasztás egyik leggyakoribb következményeként tartják számon az újszülöttek testtömegének csökkenését is (Rigó 2009).

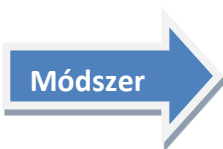
Vizsgálataink alapján a teljes mintában az anyák 20,5%-a (510 fő) fogyasztott valamilyen típusú alkoholt várandósság időszakában. Könnyű alkoholos italokat hetente legalább egyszer vagy többször 34 fő (1,4%), havonta több alkalommal 118 fő (4,8%) fogyasztott. Havonta egyszer vagy annál ritkábban 305 fő (12,3%).

Célok:

- Az ifjúkorban a mértékletes italfogyasztással kapcsolatos egészségfejlesztési feladatokat kell elvégezni (módszereket lásd a nővédelem fejezetben).
- A családtervezés időszakában tájékoztatást kell nyújtani az alkoholos italok elkerülésének céljáról, az alkoholos befolyásoltság alatt történő fogantatás negatív hatásairól.

Várandósság alatt törekedni kell az alkoholfogyasztás teljes mellőzésére. A várandóst és családtagjait tájékoztatni kell az alkoholfogyasztás következményeiről, a segítségkérés lehetőségeiről:

http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/101_dolog_amit_a_terhesseg_alatti_alkoholfogyasztas_veszelyeirol_tudni_kell



MINIMÁL INTERVENCIÓ AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS MELLŐZÉSE CÉLJÁBÓL

Alkoholfogyasztásra vonatkozó anamnézis részletes felvétele a családtervezés előtt állók és várandós nők esetén.

- Mikor fogyasztott utoljára alkoholt?
 - Milyen rendszerességgel fogyaszt alkoholt?
 - Milyen típusú alkoholt fogyaszt? (Könnyű alkoholos ital: 15% alatti alkoholtartalommal bír; „tömény”égetett szesz fogyasztását az ennél magasabb alkoholtartalmú italok jelentik.)
 - Alkalmanként mennyi alkoholt fogyaszt?
- Fiatalkorú vagy krízishelyzetben élő várandós esetén fokozott figyelemmel kell lenni az alkoholfogyasztásra. Bátorítani kell a várandóst, hogy fennállása esetén az addikció könnyebben leküzdhető segítséggel. Az eldöntendő kérdések helyett nyitott kérdéseket alkalmazzon a védőnő.

➤ Tájékoztassuk az egyéneket az alkoholfogyasztás káros hatásairól!

➤ Tájékoztassuk az egyéneket arról, hogy mit tud a pár, illetve a várandós anya az alkoholfogyasztás hatásairól ebben a speciális élethelyzetben! Mondja el, mit hallott erről!

➤ Tanácsadás során egyértelműen és határozottan, az alkoholfogyasztás teljes abbahagyását kell javasolni a fogantatást megelőző körülbelül 3-6 hónapban, valamint a várandósság teljes időszakában.

Tájékoztassuk az egyéneket az alkoholfogyasztás káros hatásairól!

➤ Alkoholfogyasztás hatására kevesebb, gyengébb mozgású spermium termelődik, ami jelentősen befolyásolja a gyermekvállalást.

➤ A menstruáció elmaradását követő 8 hétben történik a szervfejlődés időszaka, mely igen érzékeny az alkohol jelenlétére, az embrió ebben az időszakban kiemelten veszélyeztetett helyzetben van.

➤ A legkisebb mennyiségű alkohol is átkerül a méhlepényen keresztül a magzatba.

➤ Az alkohol és bomlástermékei kifejezetten gátolhatják a sejtosztódást, a szervek fejlődését.

➤ A várandósság korai szakaszában a szív-, az arc- és az agyfejlődés rendellenességét okozhatja a bevitt alkohol.

➤ Az idegrendszer fejlődését a várandósság teljes időszakában negatívan befolyásolja az alkohol hatása.

➤ Az alkohol negatív hatását meghatározza, hogy melyik trimeszterben és milyen mennyiségben fogyasztott alkoholt a várandós.

➤ Egyénenként változó lehet, hogy mennyi alkohol fogyasztása esetén alakulnak ki a rendellenességek, de a napi egy egység alkoholfogyasztás már jelentősen emeli a kisebb koponya- és arcrendellenességek kialakulását. Egy alkohol egység egyenlő 8-12 gramm alkohollal. Egy egységnyi alkohol van 2cl égetett szeszesitalban, 1dl borban, 1 pohár sörben, vagy 1 koktéliban.

➤ Szoptatás időszakában is kerülni kell az alkoholfogyasztást, ugyanis az teljesen kiválasztódik és átjut a csecsemő szervezetébe.

➤ Erősítsük meg a várandósban, hogy a „biztonságos” alkoholfogyasztásnak nincs megállapítható szintje, az alkohol minden esetben átjut a magzatba, ezért a teljes mellőzés szükséges!

➤ Krízishelyzet esetén ajánljuk fel a várandósoknak vagy családtagjainak a „Józan babák

klub” segítségét. Az úgynevezett krízisdiszpécserék az ország minden területéről várják a jelzést és segítséget ajánlanak fel a kritikus élethelyzetben. (Ez a drogfogyasztó várandósok számára is elérhető segítséget jelent.)

➤ Krízisjelzés, segítségkérés:

<https://jozanbabakterhesgondozas.blogspot.com/p/szakmai-modszertani-dokumentumok.html>

Dohányzás prevenció és leszokás támogatás

A dohányzás abbahagyása már a várandósság előtti időszakban nagyon fontos. Nagy elemszámú tanulmányok igazolják, hogy ha az anya rendszeresen dohányzott a várandósságot megelőzően és a naponta elszívott cigaretták száma meghaladta a 10 szálat/nap, abban az esetben is a gyermeknél jelentős kognitív visszamaradás mutatható ki, ha az anya dohányzását abbahagyta a várandósság kiderülésekor (Heinonen, 2011). A dohányzás abbahagyása már a praenatalis időszakban is hatalmas előnyökkel jár, melyet hangsúlyozni kell már a családtervezés időszakában. Hazánkban a rendszeres dohányzás gyakorisága 30%, férfiak esetén 38%, nők esetén 23% volt 2014-ben. A 25–39 évesek korosztályában aránya eléri a 41%-ot (Alpár, 2016).

A koraszülés okait feltáró kutatás részletesen kitért a várandósság előtti rendszeres (napi) dohányzás arányaira, mind a leendő anyák, mind apák esetén. Várandósság előtt a nők 35%-a rendszeresen dohányzott, mely arány rámutat a családtervezés és a gyermekvállalás előtti leszokás-támogatás hiányára és egyben fontosságára.

Az apák várandósság előtti dohányzási aránya 49,1% volt, mely igen magasnak mondható. Vizsgálatunkban a teljesebb kép kialakítása érdekében külön kell kezelni az esetcsoportba tartozó apák várandósság alatti dohányzását, mely szintén nagyon magas, 57%. A kontrollcsoportban az apák 43,4%-a napi rendszerességgel dohányzott.

Abban az esetben, ha az anya rendszeresen dohányzik, az IUGR kialakulásának esélye 2,8-szoros, míg a koraszülés kialakulásának esélye 1,8-szoros.

A dohányzásmagatartást számos szociodemográfiai tényező befolyásolja. Ezek között kiemelt szerepe van az alacsony iskolai végzettségnek (Curtin, 2016), az alacsony jövedelemnek, a roma nemzetiséghez való tartozásnak és a családi állapot típusának (Fogarasi, 2013). Ismert tény, hogy ha a várandós anya egyedülálló, a stresszel való megküzdése jóval nehezebb, mely hatással lehet az addiktív magatartásra, ezáltal a dohányásfeladás sikerére (Hauge, 2012). A hazai vizsgálatunk alapján látható, hogy az alacsony iskolai végzettségű (37,6%), kisebb településtípuson élő (25,9%), valamint nem aktív munkavállaló csoport tagjai jóval nagyobb arányban dohányoznak.

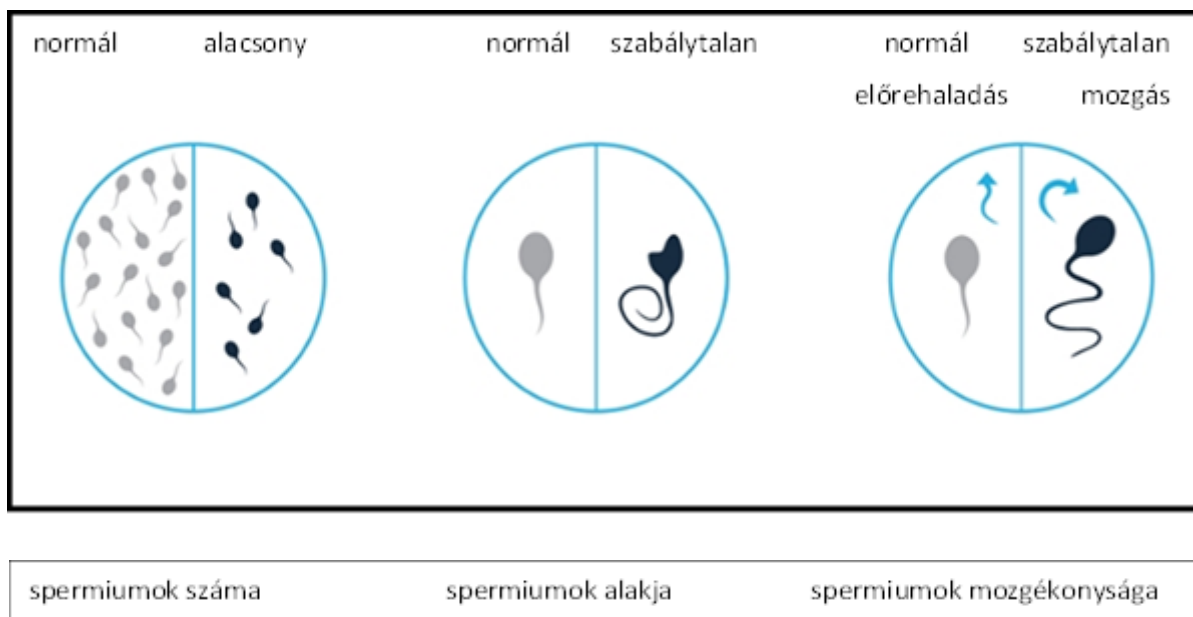
A szegregátumban élő várandósok és a roma anyák igen nagy aránya rendszeres dohányos, mely összefüggésben állhat a nagyobb függőséggel, a pszichoszociális stressz tényezőivel és a kulturális szokásokkal.

Mintánkban a szegregátumban élő nők 70,5%-a roma volt. Az itt élő várandósok többszörösen hátrányos helyzetben élnek, így számukra a dohányzás lehetőség a stresszel való megküzdésre is.

Általában elmondható, hogy az esetcsoportban az elszívott cigaretták száma szignifikánsan magasabb a kontrollcsoport tagjaihoz képest, mely feltétlenül a negatív perinatális kimenetelt fokozó tényező. A rendszeres dohányzással eltöltött évek számának az a jelentősége, hogy minél fiatalabb életkorban kezdődik a dohányzás és minél hosszabb ideje tart, a dohányzás abbahagyását annál inkább megnehezítheti. Ez ismét kiemeli a korai intervenciók, az ifjúság egészségfejlesztésének fontosságát, melyet a nővédelem rész tartalmaz.

A gyermekvállalás időszakában a nők és a férfiak egészségére is jelentős negatív hatást gyakorol mind az aktív, mind a környezeti dohányfüstexpozíció. Mindkét nem esetén csökkenti a termékenységet. A férfiak esetén már viszonylag kicsi nikotinkoncentráció is csökkenti a spermiumok mozgékonyágát, a hatások dóziszfüggőek. Ha valaki többet dohányzik, csökken a spermiumok életképessége, a fejet körbevevő membrán működése, a farok rendellenességei, a rendellenes spermiumok képződése tehát fokozódik (14. ábra),

valamint a nemi hormonok szintjére is károsan hatnak a cigarettában lévő mérgegyanyagok (Dai, 2015).



14. ábra: A dohányzás hatása a spermiumok számára, alakjára és mozgékonyására

(Forrás: <https://blog.episona.com/does-smoking-cause-infertility-in-men/>)

Módszer

A nők és férfiak leszokás-támogatásához szükséges általános alapelvek a következők:

- ítéletmentes kommunikáció alkalmazása,
- ritkán használjunk eldöntendő kérdéseket a kommunikáció során,
- érdemes mindkét dohányzó fél esetén egymást erősítve leszokni a dohányzásról,
- a pároknak tájékoztatást kell adni a dohányzás káros hatásairól,
- minden egyéb „alternatív” dohánytermék káros hatásáról tájékoztatást kell nyújtani,
- ismerniük kell a passzív dohányzás ártalmait.

Mindezeket a minimál intervenció lépéseinek alkalmazásakor kell figyelembe venni, majd a leszokás támogatás egyéb eszközeiről, helyszíneiről is tájékoztatást kell nyújtani.

A minimál intervenció az életmód vagy eseti tanácsadások során is alkalmazható. A legfőbb célja, hogy a fennálló problémát egy rövid interakcióban feltárja a szakember és megfelelő

együttműködés esetén egy motiválást, támogatást indítson el annak érdekében, hogy elkezdődjön a leszokás folyamata (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2014).

Javaslatok a dohányzás feladás támogatására a családtervezés időszakában és várandósság során

Minimál intervenció

I. A dohányzásmagatartás feltérképezése

- Milyen dohányzási kategóriába tartozik?
- Naponta hány szál cigarettát szív el?
- Alkalmaz-e alternatív dohánytermékeket?
- Mióta rendszeres vagy alkalmi dohányos?
- Próbált-e már leszokni a dohányzásról?
- Dohányzik-e zárt térben?
- Milyen az élettani függősége?
- Előfordul-e, hogy környezetében rágyújtanak

(a függőség szintjének megismerése a Fagerström Nikotin Dependencia Teszt segítségével is történhet)?

II. Minden esetben a dohányzás abbahagyását kell javasolni

- Adatok részletes dokumentálása;
- egyértelmű javaslatétel az abbahagyásra;
- a pozitív hatások és előnyök megerősítése szükséges;
- vonjuk be az anyát az előnyök összegyűjtésébe!

III. A változtatásra való hajlandósság értékelése

Hol tart a folyamatban, készen áll-e a változtatásra?

IV. Támogatás nyújtása az abbahagyáshoz

- Problémamegoldó technikák javaslása;
- motivációs beszélgetés kezdeményezése;
- a lehetőségek átbeszélése (abbahagyás napja).

V. Folyamatos támogatás és nyomon követés biztosítása

CO monitor alkalmazása	A kilélegzett levegő szénmonoxid-tartalmának (CO-tartalmának) meghatározása CO-mérő készülék segítségével jól használható motivációs eszközként. Ha abbahagyja a dohányzást a kliens, akkor kiürül a szervezetéből pár óra alatt a CO, és ez nyomon követhető. Minden egyes tanácsadás alkalmával érdemes mérni, és akkor egyértelműen látszik a változás.
Motivációs interjú alapelvei	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Csoportos és egyéni tanácsadás. ➤ Empatikus viselkedés a beszélgetés során. ➤ Segítség adása a célkitűzések és a jelenlegi viselkedés közötti ellentmondásosság feltárására. ➤ A viták és győzködések elkerülése; ne utasítsuk az egyént! ➤ Ellenállás okainak feldolgozása. ➤ Önbizalom támogatása, megerősítése.
Magatartástudományi eszközök alkalmazása	
Leszokást támogató kiegészítő terápia	Nikotinpótló terápia ismertetése (rágó, orrspray, szopogató tableta, tapasz, inhalátor).
(családtervezés időszakában)	Nikotinmentes gyógyszerek ismertetése (házi orvosi kompetencia).
Önsegítés	Fontos kiegészítők, brosrák, számítógépes programok, videók, dohányzási napló alkalmazása.
Zöld szám	www.leteszemacigit.hu honlap, ingyenes zöld szám: 06/80/200-493

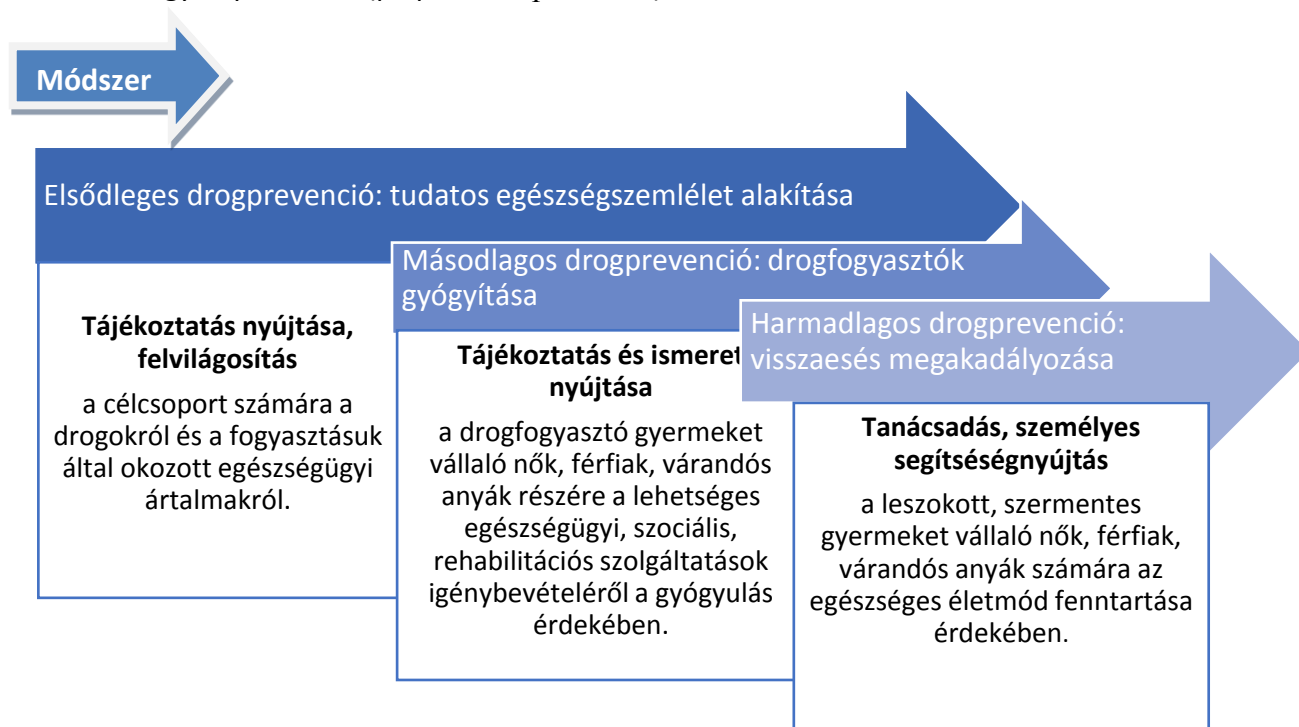
(Forrás: Varga 2017, Pilling 2017, Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2014)

Drogfogyasztás

A védőnő drogprevenciós feladatai a várandósgondozást követően a családgondozói, gyermekneveléssel kapcsolatos tevékenységeken belül jelenik meg.

A kábítószer fogyasztó személy akár saját maga is életveszélyes állapotba kerülhet, számos kárt okozhat születendő gyermekének is. A várandósság tervezésének időszakában – mint ahogyan általában sem – a droghasználat nem ajánlott. Ezek az anyagok a fogyasztás után nem ürülnek ki azonnal a szervezetből, így, azon kívül, hogy nehezebben jön létre a várandósság, ha ebben az időszakban tervezi a fogantatást, a leendő magzatnak nagy valószínűséggel lesz valamilyen rendellenessége. A kokainhasználattól például elhalnak a magzati szövetek, ezért nem, vagy rosszul fejlődik ki a szív, és a vese fejlődésére is hatással van. A várandósság előtt fogyasztott bármilyen drog magában hordozza a későbbi koraszülés veszélyét, ezért is ajánljuk ezen fajta szerek teljes kerülését!

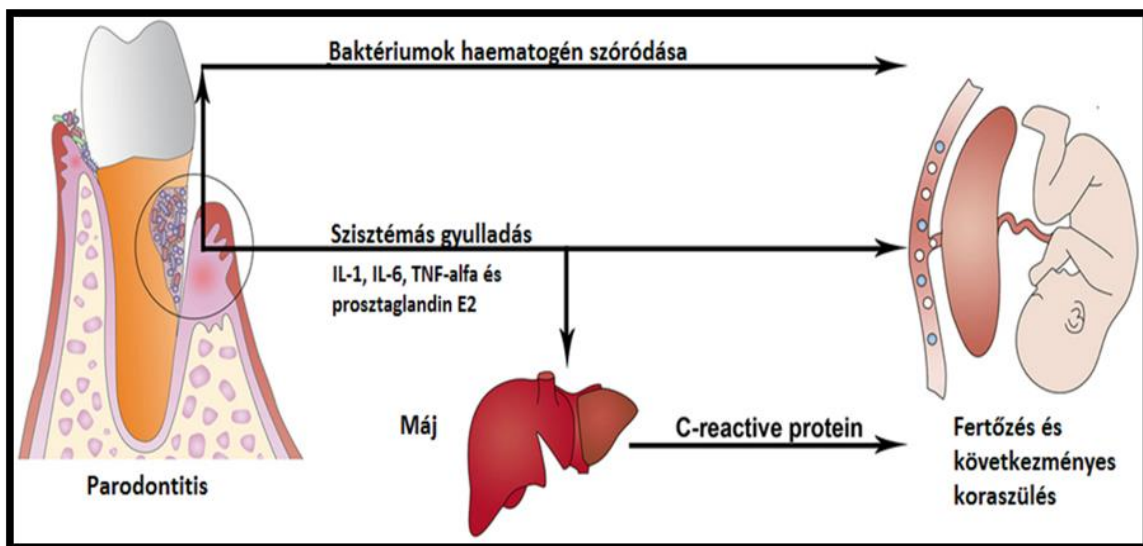
A védőnői tanácsadás során fontos megfigyelni a családban esetlegesen felmerülő életvezetési nehézségeket, körülményeket. A megfigyelés, tájékozódás mellett a rizikószűrés-kérdőívek időben történő felvétele is segít. Ezek során derülhet fény arra, nincs-e olyan egészségkárosító tényező, amely mögött kábítószer-használat, vagy ebből adódóan egyéb probléma (pl. pszichés probléma) áll fenn.



15. ábra: Védőnői drogprevenciós feladatok

4.9. Fogászati prevenció

A fogászati prevenció hangsúlyozása az elmúlt években kiemelt figyelmet kapott, melynek oka egyrészt a magyar társadalom rendkívül rossz fogászati állapota, a szájüregi betegségek magas aránya (például: szájüregi rákok előfordulásában vezető szerepe van hazánknak) (Világgazdaság, 2017) és a fogágybetegségek koraszülésben játszott kiemelt szerepe is bizonyított. Magyarországon végzett tanulmányok is bizonyítják, hogy az oktatás a legalacsonyabb képzettséggel rendelkező szülőknél a legkevésbé hatékony, a fogápolást alig alkalmazzák megfelelően körükben (Alberth, 2016). A várandósság alatt nagyon fontosá válik a megfelelő szájhygiéné, ugyanis a hormonális változások, valamint a megváltozott immunrendszeri működés elősegíti a szájüreg gyulladásos reakciók fokozódását. Az elálló tömések, fogkő jelenléte jelentősen ronthatja a szájüreg állapotát. A várandósság alatt kialakuló gyulladás hatására elkezdődhet a parodontitis, melynek súlyosbodó formái esetén a koraszülés rizikója jelentősen megemelkedik. Ez az állapot azonban fokozza a praecelapsia mellett a vetélés, a halvaszülés rizikóját is, a baktériumok véráramon keresztüli szóródása miatt (Molnárné, 2018) (16. ábra).



16. ábra: A parodontális betegségek és a koraszülés összefüggésének háttérében álló lehetséges biológiai mechanizmusok”.

(Forrás: Molnárné, 2018)

A fogászati prevenció első helyszíne a család, majd az óvoda és iskola. A szülők feladata a fogápolás elkezdése már csecsemőkorban. A szoptatás kedvező hatással van a fogazat és az állkapocs fejlődésére. A helyes fogápolás technikák korai alkalmazása segít csökkenteni a szájüregei problémákat, a későbbi fogszuvasodást, valamint egyértelműen növeli annak esélyét, hogy a gyermek későbbiek során, ifjú majd felnőtt korában is folytassa a fogápolást.



- A csecsemőkorban el kell magyarázni a szülőknek, hogy hogyan tisztítsák a baba ínyét, később fogait.
- Már ebben az életkorban napi két fogtisztítás ajánlott, reggeli ébredést követően és az esti szoptatás, táplálás után.
- Eleinte nedves gézdarabot használunk erre a célra, majd később újra húzható babafogkefét.
- Magyarázzuk el az anyának, hogy a fogszuvasodást okozó baktériumok jelenléte miatt soha ne vegye a gyermek cumiját a szájába és ne tegye azt vissza a csecsemője szájába, mert az elindítja a szuvasodás folyamatát!
- 18 hónapos kor után naponta egyszer már lehet gyermekfogkrémet használni, majd 2 éves kor után már kétszer ajánlott.
- Napi két fogmosás ajánlott, de akár minden étkezést követően is végezheti a gyermek a fogmosást.
- A fogmosásra szoktatást a szülők közösen is végezhetik a gyermekkel, és nagyon fontos a napi reggeli és esti tisztálkodási időszak részévé (napi rutinná) tenni. A fogmosás lehetőség szerint 4 percig tartson. A szülőknek fontos minden részletet bemutatni rendszeresen, valamint ellenőrizni a fogmosás technikáját.
- Az óvodában minden nap minden étkezést követően mossanak fogat a gyermekek.
- A gyermekkori fogorvosi vizitek segítik a fogászati orvosi ellenőrzés korai megszokását, a félelem csökkentését (Rusznák, 2018).
- Családtervezés időszakában a fogászati ellenőrzés célja, hogy a szükséges fogászati kezelés vagy műtét még várandósság előtt megtörténjen.

Fogápolás várandósság alatt

Kutatási eredményeink alapján megállapítható volt, hogy a vidéki településeken élő egyének fogászati gondozása, illetve a szakellátás megközelítése nehézségeket jelentett. A kisebb településtípuson élő várandósok hátrányos helyzetben vannak az ellátás tekintetében. A várandósoknak csak 69%-a mos ajánlásnak megfelelően fogat, naponta két alkalommal. A vizsgált várandósok 5,2%-a még soha életében nem mosott fogat. Illetve a koraszülésen átesett anyák csoportjában dupla annyian vannak azok, akik soha vagy csak nagyon ritkán mosnak fogat (eset: 7%; kontroll: 3%).

911 fő egyáltalán nem vett igénybe fogászati szakellátást, annak ellenére sem, hogy 493 esetben lett volna erre lehetősége, hiszen a településen volt ingyenes ellátás.

Fogágybetegség

A várandóssági fogágybetegségeket összefüggésbe hozták a koraszüléssel. A várandósság ideje alatt történő fogászati szűrés és szájpolás az utóbbi években különösen nagy figyelmet kapott, és a témával kapcsolatos ismeretek köre is folyamatosan bővül.

A fogágybetegség két fő formája a gingivitis, amely az íny gyulladását jelenti a rögzítő szövetek károsodása nélkül, valamint a periodontitis, amely ezen szövetek károsodásával és gyulladásával jár. Alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévőknél gyakorisága nagyobb. Várandósság során a hormonális és megváltozott étkezési szokások hatására nagyobb a hajlam ezen fogágybetegségek előfordulására, amelyek mikrobiális fertőzés, majd szisztémás gyulladás, proinflammatorikus citokinek és prosztoglandinok felszabadulása révén vezethetnek kedvezőtlen várandóssági kimenetelhez (Iheozor-Ejiofor, Middleton et al. 2017, Novak, Radnai et al. 2018).

Egyes kutatások szerint a szájjüregi megelőzés és a fogágybetegségek kezelése csökkentheti az alacsony születési súlyt koraszülöttek esetén, azonban a koraszülés gyakoriságát nem csökkenti (Xiong, Buekens et al. 2007).



17. ábra: Gingivitis



18. ábra: Pyogen granuloma

(Forrás: Molnárné, 2018)

Módszer

- A várandós tanácsadások, otthoni látogatások során történő anamnézis-felvétel, megtekintés és részletes tanácsadás nyújtása fontos védőnői feladat.
- Az egészségfejlesztő programok, a szülésre, szülőszerepre felkészítő programokon való részvétel során célszerű a gyermekfogász vagy a fogorvos bevonása.
- Amennyiben egy területen gyűjtést rendeznek a védőnők, érdemes fogkefét, fogápoló szereket is kérni a támogatóktól, mert a hátrányos helyzetben élők sokszor forráshiány miatt sem használnak fogápolási szereket. Ezt lehetőség szerint támogassuk, kérjük a helyi önkormányzat segítségét is a megoldásban.
- Várandósgondozás alkalmával el kell végezni az első szájüregi vizsgálatot, melynek kapcsán számos elváltozás megállapítható (fogínyduzzanat, fogínyvérzés, fogkő, elálló tömészsélek, szuvasodás, fokozott nyálcsorgás, hiányos fogazat, fogak meglazulása, fogínygyulladás). A szájüregi vizsgálatot a várandósgondozásról szóló 26/2014-es EMMI rendelet írja elő (19. és 20. ábra).
- A várandósok figyelmét fel kell hívni az ajánlott fogászati szűrővizsgálat elvégzésére, mely a várandósság ideje alatt a járóbeteg-szakrendelőkben ingyenesen történik. Mondjuk el a várandósnak a fogászati szakrendelés helyét, idejét, megközelíthetőségét, a szakrendelésen való részvétel fontosságát!
- Meg kell kérdezni a fogápolási szokásokat, majd korrigáljuk azt, amennyiben szükséges, ha eltér a javasolt fogápolástól.

- A várandós nő számára el kell magyarázni a várandósság alatti szájüregi változásokat, azok okait, és a rizikómagatartás következményeire is fel kell hívni a figyelmet (az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a cukortartalmú ételek és a szénsavas üdítőitalok fogyasztásának hatásai a szájüregre).
- Mondjuk el az ideális fogkefe jellemzőit, a lecserélés idejét, az egyéb fogápolási eszközök célját, beszerzési helyét (fogselyem, szájvíz, zsálya gyógyteafű, fogpor, fogköztisztító kefe)!

Az ideális fogkefe jellemzői: közepesen puha, vagy puha sűrű sörtéjű, flexibilis nyakú, kis fejű, polírozó koronggal nem kell rendelkeznie. Nem elegendő csak a fogkefe használata, mert csak a rágófelszínt és fogfelületet éri el. Várandósság során papírsebkendővel is eltávolítható a lepedék a fogakról fogmosás előtt.

- Hívjuk fel a figyelmet a fogínyvérzés jelenségére, valamint arra, hogy a fogápolást még körültekintőbben kell elvégezni a panasz esetén! Mielőbb keresse fel a fogorvosát a fokozódó panaszok esetén!
- Kérjük meg a várandóst, hogy otthoni internet-hozzáférés esetén, ha teheti, végezze el a „parodontózis tesztet”!
<http://www.fogagybetegseg.hu/Fogagybetegseg/parodontozis-teszt>
- Reggeli émelygés és hányás esetén átmenetileg használhat fogrém helyett szájvizet, hányás után közvetlenül ne mosson fogat, azonban szájvízzel öblögethet.
- Az édes és sós élelmiszerek várandósság során fokozzák a savasodást, fogszuvasodást.
- Várandósság során a fogfehérítés nem javasolt, mert a vegyi anyagot véletlenül lenyelheti a páciens.
- Várandósság során nem ajánlott eltávolítani az amalgámtömést és nem ajánlott azzal fogat tömni. Kezelés esetén a várandós beszélje meg mindezt fogorvosával!
- Fogszabályozó várandósság alatt használható, de fokozottan ügyelni kell annak ellenőrzésére és tisztítására.

- Az első három hónapban semmiképpen nem javasolt a fogászati röntgenvizsgálat, a szájüregi műtéteket csak a legszükségesebb esetben szabad elvégezni. A fogászati ellátást és a fogászati kezeléseket lehetőség szerint a második trimeszterre érdemes időzíteni, mert már elmúlik a hányinger. A harmadik trimeszterben hosszabb ideig már nem tanácsos a háton fekvő pozíció (Molnárné, 2018; Webbeteg, 2018).
- A legideálisabb az lenne, ha a fogászati beavatkozások még a gyermekvállalás előtt időben megtörténnének.

4.10. Fertőzések

Közegészségügyi szempontból a koraszülések egyik legfontosabb és potenciálisan kivédhető oka a fertőzés. A méhen belüli fertőzések mellett, amelyek a 28. hét előtt bekövetkező koraszülések mintegy 50%-ért felelősek, a szisztémás és extrauterin fertőzések is fontos kóroki tényezők (Simmons, Rubens et al. 2010).

Mind a fertőzés, mind a gyulladás jelentős rizikófaktor a koraszülés szempontjából, azonban a kiváltó molekulák és a háttérben lejátszódó folyamatok, amelyek a koraszüléshez vezető immunfolyamat beindításához vezetnek, egyelőre ismeretlenek. Számos korokozó (baktériumok, vírusok, gombák) játszhat szerepet a koraszülés megindulásában, szisztémásan szóródva vagy a placentán átjutva. Sok kérdés marad azonban megválaszolatlan a gyulladás vezérelte koraszülésekben, így például: a valódi kórokozók azonosítása, a polimikrobás infekciók szerepe, a behatolási helyek, az érintett kulcs immunsejtek és gyulladáso-immunregulációs utak. Ezen kérdések megválaszolása interdiszciplináris feladat, a jövő kutatásainak tárgya. A válaszok segíthetnek új terápiás eszközök, gyógyszerek kifejlesztésében is (Cappelletti, Della Bella et al. 2016)

Az alábbiakban ismertetjük azon fertőzéseket, amelyek szűrésére lehetőségünk van, így a koraszülés megelőzésében szerepet játszhatnak.

Asymptomatic bacteruria

Asymptomatic bacteruriáról beszélünk a húgyúti traktusban aktívan sokszorozódó baktériumok jelenléte esetén (vagyis ha egy adott húgyúti patogén több mint 10^5 -en csíraszámban van jelen), húgyúti panaszok megléte nélkül. Az asymptomatic bacteruria a várandósságok 2–3%-át komplikálja, összefüggésbe hozták a pyelonephritis megnövekedett gyakoriságával, az alacsony születési súllyal és a koraszülés megnövekedett rizikójával is (Kazemier, Koningstein et al. 2015).



Magyarországon a 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról a várandósság során trimeszterenként egyszer rendel el vizeletüledék-vizsgálatot.

Nemzetközi ajánlások alapján az első trimeszterben, illetve magas rizikójú csoportokban (vesebetegség, diabetes mellitus, visszatérő húgyúti fertőzés az anamnézisben) trimszterenként egyszer javasolt vizelettenyésztés elvégzése, középsugaras vizeletből, tekintettel arra, hogy a többi teszt érzékenysége nem megfelelő (Smaill, 2007).

Kezelésével megelőzhető a pyelonephritis, valamint a várandósság kedvezőtlen kimenetele. Antibiotikumot a kórokozó érzékenysége szerint választunk, a beta-laktám antibiotikumok, a nitrofurantoin és a fosfomicin az elsőként választandó szerek. 1 héttel a kezelés befejeződése után javasolt a kontrolltenyésztés elvégzése, és havonta szükséges kontroll a visszatérő fertőzés kizárására.

A női genitális traktus fertőzései

A női nemi szervek fertőzései és a koraszülés közötti összefüggést számos tanulmány igazolta, beleértve a B csoportú Streptococcus, Chlamydia trachomatis, bacterialis vaginosis, Neisseria gonorrhoea, syphilis, Trichomonas, Ureaplasma okozta fertőzéseket is. A pozitív

tenyésztés korrelál a szövettanilag igazolt chorioamnionitis megjelenésével, habár a pontos összefüggés a legtöbb fertőzés és a koraszülés között nem ismert.

A rutinszerű szűrés, valamint a rutinszerű antibiotikum-kezelés a várandósság során nem javasolt a legtöbb fertőzés esetén.

A bacterialis vaginosis a koraszüléssel összefüggésbe hozták, azonban rutinszerű szűrése nem javasolt, mert átfogó tanulmányok szerint nem csökkenti a koraszülések előfordulását. Panaszok megjelenése esetén a fertőzés megfelelő antibiotikummal történő kezelése javasolt. A bacterialis vaginosis szűrése és kezelése azonban megfontolható azon várandósoknál, akiknek az anamnézisében koraszülés szerepel.



A B csoportú Streptococcus szűrésére a hazai 2018-as szakmai állásfoglalás szerint a várandósság betöltött 35. hetében kell sort keríteni, a hüvelybemenetből, a gát bőréről vagy a végbélnyílás környékéről vett tenyésztéssel. Amennyiben a szűrés a 35–37. hét között nem történt meg, vagy a korábbi várandósságból született újszülöttnél Streptococcus-betegség alakult ki, vagy a tenyésztés B csoportú Streptococcut igazolt, a várandóst a szülés alatt antibiotikum-profilaxisban kell részesíteni.

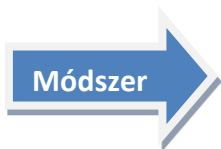
A HBsAG és a syphilis szűrése minden várandós számára kötelező a 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról állásfoglalása szerint.

4.11. Krónikus anyai betegségek, várandósság alatti kórképek

Hypertonia

A magasvérnyomás-betegség a szív- és érrendszeri halálozások legfontosabb rizikófaktora világszerte. A várandósság során a magas vérnyomással járó kórképeket 4 nagy csoportra szokták osztani: praeclampsia, gestatis hypertonia, krónikus hypertonia és ráakódásos praeclampsia. Krónikus hipertóniáról beszélünk a várandósság előtt fennálló, illetve a várandósság 20. hete előtt jelentkező 140 Hgmm feletti szisztolés és 90 Hgmm feletti

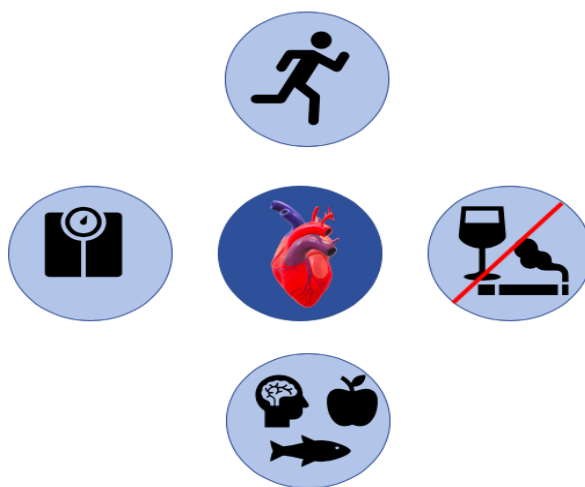
diasztolés vérnyomásértékek esetén. Szakirodalmi adatok szerint krónikus hipertónia jellemzően a várandósságok 1–5%-ában áll fenn, a gesztációs hipertónia gyakorisága 5–6%-ban fordul elő. A várandóssági magas vérnyomás az anyai morbiditás és mortalitás vezető okai közé sorolható (Fauvel, 2016).



Az egészséges táplálkozás fontos szerepet játszik a magas vérnyomás megelőzésében az arra hajlamosaknál. A magas hatóanyag-tartalmú halolaj étrendkiegészítők csökkenthetik a szisztémás vérnyomást, azonban hosszú távú biztonságosságuk egyelőre nem ismert. A rendszeres halfogyasztás, a rostokban, magnéziumban, fehérjében, folsavban gazdag étrend és a fogyás azonban segítheti a vérnyomás csökkentését.

A túlzott sófogyasztás fontos szerepet játszik a vérnyomás megemelkedésében, így a sószegény étrend mind a magas vérnyomás betegség kialakulásában, mind a már kialakult betegség visszaszorításában segíthet, csakúgy, mint a túlzott alkoholfogyasztás kerülése, a rendszeres testmozgás és az elhízás megelőzése, elhízás esetén pedig a fogyás (19. ábra).

A várandósság előtt fennálló hypertonia esetén fontos a preconcepcionális gondozás, az esetleges már fennálló szövődmények szűrése, valamint a szedett gyógyszerek felülbírálása, a potenciálisan teratogén szerek váltása.



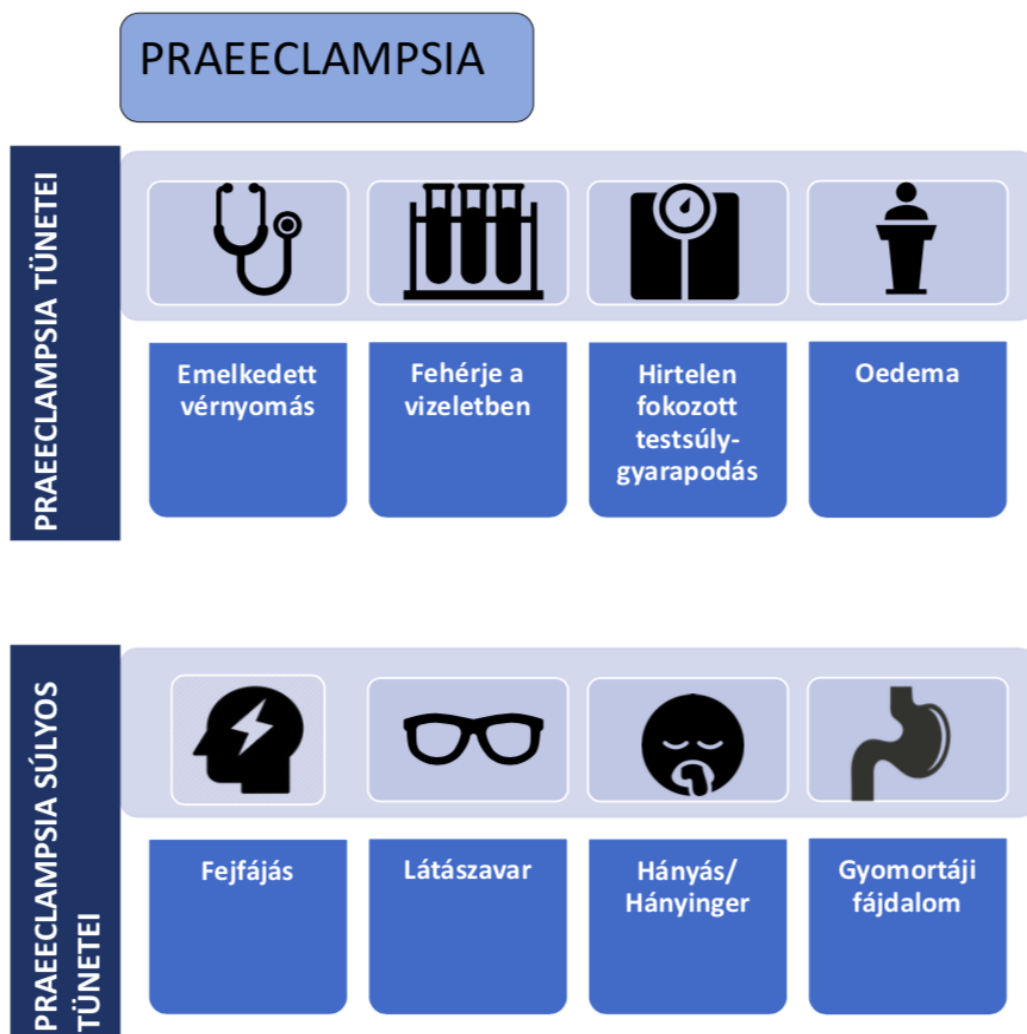
19. ábra: Hypertonia megelőzése

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Prosszer Mária)

Praeclampsia

A preeclampsia egy több szervre kiterjedő, súlyos várandóssági kórkép, amely a primiparák 2–8%-át érinti, és világszerte az anyai halálozás 25%-áért felelős. A betegséget az anyai szisztémás gyulladásválasz, az endotheliális sejtek működési zavara és fokozott véralvadás jellemzi, amely a placenta működési zavara következtében alakul ki. A preeclampsia eredetét a koravárandósság időszakára teszik – kialakulásában az anyai immunrendszer hatása a méhlepény fejlődésére meghatározó lehet.

Meghatározó tünetei a magas vérnyomás, a proteinuria, az ödéma és a szervi érintettség jelei (20. ábra).



20. ábra: A preeclampsia tünetei

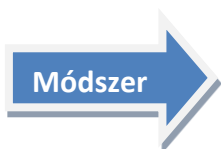
(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Prosszer Mária)

A diagnózis kritériumai

140 Hgmm feletti systoles, 90 Hgmm feletti diastoles vérnyomás 2 alkalommal legalább 4 óra különbséggel mérve, a várandósság 20. hete után korábban normotenzív személyben és az alábbiak közül legalább 1 tünet:

- Proteinuria $\geq 0,3$ g 24 órás gyűjtött vizeletben vagy fehérje/kreatinin arány $\geq (30\text{mg}/\text{mmol})$ random vizeletmintában vagy tesztcsíkon $\geq 1+$ ha kvantitatív mérés nem elérhető.
- Thrombocytaszám $< 100,000/\text{microL}$.
- Szérum kreatinin $> 1,1$ mg/dL (97.2 $\mu\text{mol/L}$) vagy a kreatininkoncentráció duplázódik és nem áll fenn vesebetegség.
- Májenzimek a felső határ 2x-ese felé emelkednek.
- Pulmonaris oedema.
- Agyi és látási tünetek, perzisztáló fejfájás, homályos látás, szikralátás, látászavar.

(Forrás: Uptodate, 2018.)



A megelőzés eszközei korlátozottak, de fontos a rizikócsoporthoz korai azonosítása, és a felismert várandósok megfelelő gondozása, felvilágosítása a praeclampsia lehetséges tüneteiről.

Az alacsony dózisú Aspirin csökkenti a praeclampsia és következményesen a társuló kedvezőtlen várandóssági kimenetel rizikóját, szedése várandósság alatt biztonságos mind az anya, mind a magzat szempontjából.

Szedése javasolt a praeclampsia szempontjából magas rizikójú populációban, 100–150 mg napi dózisban, a várandósság 12–28. hetétől (optimálisan a 16. hét előttől) kezdve a 36. hétig. A praeclampsia emelkedett rizikójának meghatározása több közepes, vagy egy, vagy több súlyos rizikófaktor jelenlétének alapul. A várandósságot megelőzően elhízott nők esetén a

fogyás is védőfaktoroként hat a reproduktív és az általános egészségre gyakorolt pozitív hatásai mellett.

A praeclampsia rizikófaktorai

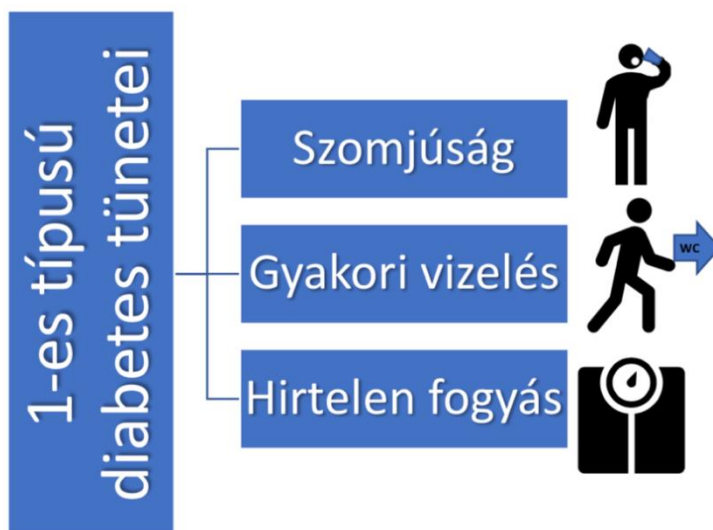
Rizikó szintje	Rizikófaktor	Ajánlás
Magas	<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia az anamnézisben, különösen, ha ez a várandósság kedvezőtlen kimenetelével társult, • többes várandósság, • krónikus hypertonia, • 1-es vagy 2-es típusú diabetes, • vesebetegség, • autoimmun betegség. 	Ha a várandós 1 vagy több rizikófaktorral rendelkezik, az alacsony dózisu Aspirin adása javasolt.
Közepes	<ul style="list-style-type: none"> • Nulliparitas, • obesitas, • családi anamnézisben preeclampsia, • 35 éve feletti életkor, • saját születési anamnézis. 	Ha a várandós több rizikófaktorral rendelkezik, mérlegeljük az Aspirin adását.
Alacsony	<ul style="list-style-type: none"> • Megelőző zavartalan várandósság. 	Alacsony dózisu Aspirin adása nem javasolt.

(Forrás: Uptodate 2018.)

Diabetes mellitus

A diabetes mellitus egy anyagcsere-betegség, amelynek középpontjában a szénhidrát-anyagcsere zavara áll, amely hosszú távon emelkedett vércukorszintet eredményez. A diabetes kezelés nélkül számos súlyos szövődményt okoz, amelyek akután a beteg halálát okozhatják, hosszútávon pedig számos szervrendszer súlyos károsodásához vezetnek.

A diabetes klasszikus tünetei az 1-es típusú diabetes esetén kifejezettek (21. ábra), 2-es típusú diabetesnél lassabban, vagy egyáltalán nem alakulnak ki.



21. ábra: 1-es típusú diabetes tünetei

(Forrás: saját szerkesztés, Dr. Prosszer Mária)

Módszer

Diabetes mellitusban szenvedő betegek esetén rendkívül fontos a preconceptionális gondozás, a beteg figyelmének felhívása a vércukor szigorú kontrolljára a várandósságot megelőzően, ugyanis az emelkedett vércukorszint és hemoglobin A1C szint (amely a vérplazma glükóz koncentrációját 3 hónapra visszamenőleg jelzi) növeli a magzati fejlődési rendellenességek és a spontán vetélés kockázatát.

A várandósság során hazánkban a 24. héten rutinszerűen, az orális glükóztolerancia-teszt (OGTT) segítségével történik a gestatiós diabetes szűrése, diagnosztizált esetben elsőként a diéta és az életmódváltás követendő terápia, szükség esetén inzulin bevezetésére is sor kerülhet (2015, Management of diabetes in pregnancy).

A várandósság során cél a tökéletes vércukorszintek fenntartása, a lehetséges anyai komplikációk (retinopathia, nephropathia, hypertonia, neuropathia, szív- és érrendszeri megbetegedések, pajzsmirigy-dysfunctio) szűrése, követése, szükség esetén beavatkozás,

valamint a lehetséges magzati és szülészeti szövődmények (magzati anomáliák, praeclampsia, macrosomia) megfigyelése és megelőzése.

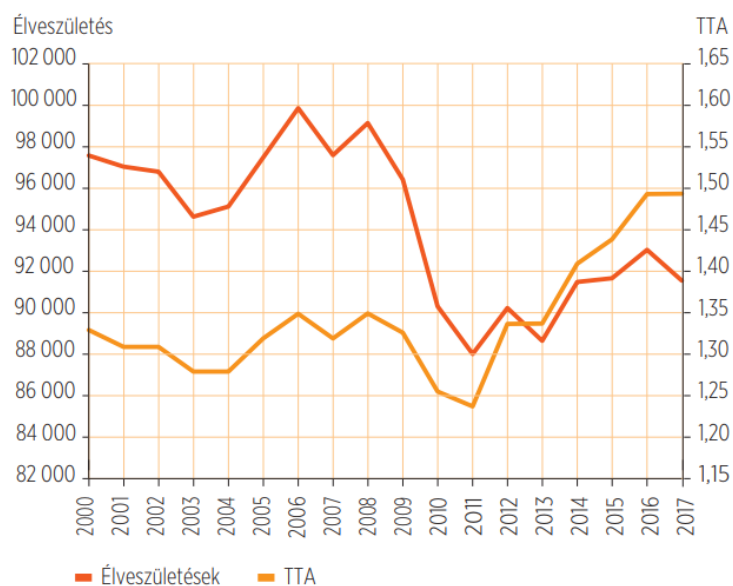
A diabeteses várandóst megfelelő tapasztalattal rendelkező centrumba kell küldenünk gondozásra, ahol a szükséges vizsgálatok elvégzésére, valamint szövődményes esetben az ellátásra is lehetőség nyílik.

Pregestatos diabetes esetén javasolt genetikai tanácsadás, felvilágosítás az elvégezhető, a kromoszóma-rendellenességek szűrésére irányuló tesztekéről, valamint a 20. várandóssági héten magzati szívultrahang-vizsgálat elvégzése. A CTG monitorozás megkezdése a várandósság 32. hetétől javasolt.

4.12. Anyai életkor

Kutatásunk eredményei alapján az anyai egészségmagatartás, a megbetegedések, az előzetes anyai anamnézis tényezői mellett megvizsgáltuk az anyai életkor szerepét a koraszülések, az alacsony születési testtömeggel születettek és a fejlődési rendellenességgel érintett születésekben.

A fogamzóképes korú és a ténylegesen gyermeket vállaló nők csoportjainak demográfiai összetétele, a korábbi évekre jellemző fiataalkori gyermekvállalási minta átalakult, és Magyarországon is egyre több nő halasztotta első gyermeke vállalását a húszas évei végére vagy a harmincas évei elejére. Az élveszületések száma az elmúlt években igen alacsony szinten stagnált (22. ábra), emellett a szülőképes korú nők száma gyorsan csökkent, amelynek eredményeként a teljes termékenységi arányszám a születésszám jelentősebb növekedése nélkül emelkedett.



22. ábra: Az élveszülések száma és a teljes termékenységi arányszám

(Forrás: KSH, 2018)

A korábban legtermékenyebbnek számító 20–24 éves női korosztályban jelentősen csökkent a gyermekvállalás, helyettük, a 20-as éveik végén és 30-as éveik elején járó nők csoportja jelenleg populációs szinten az első a gyermekvállalásban, őket pedig a 35 év felettek követik. Tehát mind az első, mind a többedik gyermek megszületése esetén az anyai életkor pregnánsan kitolódott. A jelenség jelentős demográfiai következménye a korosztályokban alacsonyan stagnáló termékenységszám, amelynek alacsony emelkedésének mértéke alapján arra lehet következtetni, hogy a kitolódott anyai életkor miatt „elhalasztott gyermekek bepótlása” csak alacsony arányban következik be (Monostori 2015). A demográfiai hatás mellett a kívánt első és további gyermekek vállalásának halogatása biológiai kockázatokat is jelent, hiszen a 30 éven felüli nők fogamzóképesége csökken, a várandósságok kimenetele nagyobb arányban végződik valamilyen negatív perinatális eredménnyel (sterilitás, vetélés, koraszülés) (Gyermekvállalás és gyermeknevelés. KSH. 2011), valamint a magzatok körében kialakuló medikális kórképek és a kromoszóma-rendellenességek gyakorisága is egyértelműen növekszik.

Kutatásunk eredményei alapján megállapítottuk, hogy a vizsgált területen a koraszüléssel, a méhen belüli fejlődésben való elmaradással és/vagy veleszületett fejlődési rendellenességgel

világra hozó anyák esetscsoportban mind a 19 év alattiak, mind a 35 év felettek aránya magasabb a kontrollcsoporthoz képest.

Bár az idősebb életkorú anyák aránya növekedett az esetscsoportban, termékenységi arányszámuk a 25–34 éves korosztálytól jelentősen elmarad.

A 35 éven felüli anyák csoportja mellett (20,9%) a fiatal, 19–24 éves édesanyák szülik a veleszületett rendellenességgel érintettek 24%-át, és a fogamzóképes-korú nők legnépesebb csoportját alkotó 25–34 éves nők szülik hazánkban a koraszülött és fejlődési rendellenességekkel érintett gyermekek 50%-át.

A 20–35 éves korcsoportot alkotó nők száma és a vizsgált területeken való magas érintettségük okán esetükben igen nagy hangsúlyt kell fektetni az ismeretek átadására és a prevenció lehetőségeinek megismerésére, annak támogatására és megvalósulására.



Módszer

Az anyai életkorból származó rizikó csökkentésének lehetőségét teremti meg a tudatos családtervezés, amelynek célja az egészségügyi/életmód ismeretek terjesztése serdülőkortól, majd a fiatal házások támogatása az egészséges várandósság létrejötté érdekében, ezt követően pedig gondozásuk a szülésig.

A tájékoztatás és az edukáció védőnői kompetencia szerint kell, hogy történjen.

A családtervezés oktatásának ki kell térnie az anyai életkor fontosságára, a koraszülésben, a rendellenességek kialakulásában betöltött szerepére, mivel fontos rizikótényezőként tartjuk számon.

Például: A 19 éven aluli édesanyák jellemzően a méhen belüli fejlődésben elmaradt gyermekek világrahozatalában érintettek, de köreikben az egyes veleszületett fejlődési rendellenesség előfordulási gyakorisága is magasabb, pl: tápláltsági viszonytól függő hasadékos defectusok. A 35 év feletti anyák esetében a koraszülés és a rendellenességgel

érintett születések aránya magasabb. Fontos, hogy tudjuk, pozitív családi anamnézis és előzmény nélkül a 20–34 éves anyák a koraszülésben, a rendellenességek kialakulásában 50%-ban érintettek (jellemzően ebben a korosztályban történik a legtöbb születésszám), tehát számukra a családtervezési módszerek ismertetése szintén elengedhetetlen.

A családtervezés kezdetei ideális esetben a családba nyúlnak vissza és az általános iskolákban folytatódnak. A szakemberek elsődleges feladata, hogy a szülőket is bevonja a gyermek speciális nevelésébe (felkészítés a női szervek működésére, barátság, párkapcsolat, szerelem, fogamzásgátlás, betegségek megelőzési lehetőségei), emellett a szülői szerepek elsajátításába. Az „ideális életkor” megfogalmazása az első gyermek vállalásakor, majd a gyermekek születése között eltelt idő ismertetése szintén a családtervezés feladata, melynek célközönsége az ifjúság és a családtervezés előtt álló párok. Az életkor (és az azzal kapcsolatos kockázati tényezők) említése, fontosságának hangsúlyozása azért is fontos, mert az életkor és a fejlődési rendellenességek kialakulása közötti kapcsolat jelentős.

4.13. Környezet-egészségügyi tényezők, veszélyes kémiai anyagok

Egyéni konzultáció során a munkahelyi és a háztartásban található, olykor bizonyos tevékenységekkel összefüggő veszélyeztető (biológiai, kémiai, fizikai) tényezőket részletesen fel kell mérni. Szükséges lehet a veszélyeztető ágensek és helyzetek kivédésére, valamint az ezzel kapcsolatos tanácsadásra.

Az egyéni életmódtényezők mellett erősen befolyásolja a koraszülések/kis súlyú születések/fejlődési rendellenességek kialakulását a munka vagy a mindennapi élet során történő potenciális teratogén vagy veszélyes anyagokkal történő érintkezés.

A téma jelentőségét az adja, hogy a kereskedelmi forgalomban lévő vegyi anyagok száma meghaladja a 100 000-et, a regisztrált anyagoké a 10 000 000-et, de a hatásuk tekintetében teljesen ismert vegyi anyagok száma mindössze néhány ezer. Az Európai Unióban az anyagok veszélyességi osztályba sorolása szimbólumok, veszélyjelek, R (risk) és S (safety) rövidítések segítségével történt, majd 2009. január 20-án lépett hatályba a 1272/2008 sz. (EK) CLP rendelet, amely fokozatosan felváltotta a veszélyes anyagokról szóló irányelvben és

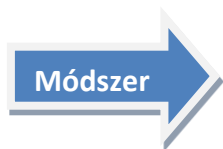
a veszélyes készítményekről szóló irányelvben meghatározott osztályozásokat és címkézéseket (EU-OSHA 2018). A rendeletet alapján a veszélyes anyagok és keverékek osztályozásáról, címkézéséről és csomagolásáról a CLP – Classification, Labelling and Packaging – rendszer rendelkezik. A veszélyes anyagokat több csoportképző ismérv alapján, így toxikológiai sajátosságai alapján is besorolják. Ez alapján létezik reprodukciós toxicitást leíró hatás is [reprodukció-károsító (szaporodást károsító), fertilitást (nemző- és fogamzóképeséget) károsító, utódkárosító, teratogén, embriotoxikus, generáció-károsító, egyéb reprodukciót károsító].

A várandósság előtti és az az alatti vegyianyag-expozíciók utódokra gyakorolt hatását számos kutatás vizsgálta, de nem csak az anyák, hanem az édesapák fogamzást megelőzően elszenvedett expozícióinak is lehetnek utódokat érintő hatásai.

Vizsgálatunk eredményei alapján az oldószerrel érintkező esetédesanyák között kétszer gyakrabban fordult elő veleszületett fejlődési rendellenesség, mint az oldószerrel nem kontaminálódott esetként regisztrált anyák csoportjában. A veleszületett rendellenességek közül az oldószerrel érintkező csoportban a húgyrendszert, az izom- és csontrendszert érintő fejlődési rendellenességek voltak többségben.

Az apai oldószer- és fémkontaktus minimálisan növelheti a koraszülés gyakoriságát. Az anya oldószerrel történő érintkezése duplájára emelte a veleszületett (húgy-, izom- és csontrendszert érintő) fejlődési rendellenességek kialakulását.

Környezet-egészségügyi szempontok szerinti gondozást tesz szükségessé az a tény, hogy a várandósságot megelőző és az az alatti anyai és apai oldószerhasználat és fémekkel való kontamináció összefüggésbe hozható a húgyrendszert, az izom- és csontrendszert érintő fejlődési rendellenességek kialakulásának kockázatával. A családtervezés eszköz lehet ebben az esetben is, hiszen a leendő szülők oktatásának környezet-egészségügyi szempontjai is vannak.



Tájékoztatás és edukáció védőnői kompetencia szerint

Amennyiben felmerül a kémiai kontamináció vagy a veszélyes anyagokkal történő túlzott igénybevétel gyanúja, tájékoztatni kell a várandóst és párját annak következményeiről, a koraszülésben, a rendellenességek kialakulásában betöltött teratogén hatásukról. Lehetőség szerint a családtagokat vonjuk be a beszélgetésbe, és kérjük őket a segítségnyújtásra, a munkamegosztásra.

A munka vagy a mindennapi élet során történő potenciális teratogén vagy veszélyes anyagokkal történő érintkezések minimálisra való csökkentése a várandósságot megelőzően és a várandósság alatt.

Teratogén besorolású anyagok, gyógyszerek (7. sz. melléklet) listájának ismerete, alkalmazása, egyes kémiai anyagok, kozmetikai vagy háztartási tisztítószerekben található anyagok egészségkárosító hatásainak ismerete; CLP rendszerben a teratogén hatás jelének ismerete és ismertetése.

A mindennapi életben használt kémiai anyagok (háztartás-, pipereszerek) esetében az édesanyák és az édesapák sokszor nem gondolnak azok lehetséges közvetlen magzatkárosító, vagy a magzat fejlődését negatívan befolyásoló hatásaira.

- Egyes munkakörök, munkakörülmények, várandósság alatt veszélyeztetik a várandós és a gyermek egészségét, fokozzák a magzati ártalmak és/vagy várandóssági komplikációk megjelenését, a koraszülést vagy a vetélés kockázatát. Legveszélyesebb esetben a várandós a munkavégzés során vegyszerekkel (szerves oldószerek, gyógyszeralapanyagok, aceton, alkohol, etil-alkohol), mérgező fémekkel (alumínium), műanyagokkal érintkezik, vagy ezek ártalmainak van kitéve. Ugyanígy veszélyes a túl hosszú munkaidő (várandós nem kötelezhető túlmunkára), az éjszakai munkavégzés, a tartós stressz, a folyamatos állómunka, a nehéz fizikai munka, a fokozott zajterhelés, illetve a vibráció/rezgés okozta ártalom is. Amennyiben a várandós nő munkakörére a felsoroltak valamelyike jellemző, akkor a várandósság bejelentése után a munkaadónak gondoskodnia kell arról, hogy másik pozícióban dolgozhasson a

várandósság ideje alatt. A munkajog szerint az áthelyezés orvosi javaslatra és a munkavállaló beleegyezésével történik, a korábbi munkabér megtartása mellett. Amennyiben a munkáltató nem tud megfelelő munkakörülményeket biztosítani, akkor fel kell mentenie a várandós nőt a munkavégzés alól. (A várandós nő várandóssága alatt és azt követően a gyermek egyéves koráig nem foglalkoztatható éjszakai munkában.)

- Gondolni kell arra, hogy a pontciális teratogén anyagokkal történő többszöri érintkezés nem csak a várandós anyák esetében jelent veszélyt, hanem az apáknál is okozhat ivarsejt-károsítást, így okozva magzati deformitást.
- Egyes (embriotoxikus, teratogén, ivarsejt-károsító hatású anyagokkal vagy munkafolyamatokkal járó) szülői foglalkozások gyakorlói között gyakrabban fordulnak elő az utódokban veleszületett fejlődési rendellenességek, koraszülés vagy a méhen belüli fejlődés elmaradása. A leggyakrabban említett veleszületett rendellenességek szempontjából veszélyeztető anyai szakmák közé (Shao, 2013) tartoznak a nehézfémekkel, ezek sóival, szerves oldószerekkel vagy növényvédő szerekkel történő érintkezést jelentő munkák: fodrászok, a velük egy légtérben dolgozó kéz- és körömápolók, kozmetikusok (lakkok, ragasztók, festékek pigmentanyagai), mezőgazdasági dolgozók, élelmezésben foglalkoztatottak, takarítók. Az apai foglalkozások közé (Desrosiers, 2011) a matematikus/fizikus vagy számítástechnikai szakértők, (festő) művészek, fényképészek, szakácsok és konyhai dolgozók, táj- és kertépítők, kertészek, fodrászok, gyári munkások, nyomdai dolgozók, autószerelők tartoznak.
- A különböző kémiai szerekkel történő érintkezés és munka esetében nem csak a bőrön át történő felszívódásra, hanem a gőzök, gázok formájában légzőszervrendszeren át vagy szájon át történő szervezetbe jutási útra is gondolni kell.

A felsorolt tényezők/foglalkozások valós kockázati hatásának kifejtéséhez nem elegendő csak pl. egy veszélyesnek tartott foglalkozás: a gyermek egészségét és a várandósság kimenetelét számos egyéb tényező együttesen befolyásolja (pl. az anya egészségi állapota, szenvedélybetegségei, tápláltsága), így nincs értelme foglalkozásváltást ajánlani gyermekvállalás előtt állóknak, ugyanakkor fontos tudni, hogy a végzett tevékenység

kockázatemelő hatású lehet, ezért tudatos életmódválasztással, odafigyeléssel a negatív hatások kivédhetővé válhatnak.

- A tájékoztatás minden esetben figyelemfelkeltő támogató legyen, és ne ijessze meg a gyermeket tervező párt!
- A tanács alkalmazkodjon az eltérő szociokulturális közeghez!
- Közösén keressünk megoldási javaslatot (pl. mivel váltható ki egyes vegyszerek használata stb.)!
- Folyamatosan gyűjtsük azokat az információkat, amelyekkel tájékoztathatjuk a szülőket! Ezek listáját a beszélgetés közben használni tudjuk.
- Alkalmazott háztartási és kozmetikai szerek minimalizálása, kiváltási lehetőségük megkeresése; ésszerű használatuk javaslata.
- BPA mentes termékek használata.
- Feldolgozott ételek használatának csökkentése.
- Növényvédő szerek, irtószerek teljes kerülése.
- Higiéné betartása friss gyümölcs, zöldség fogyasztása előtt.
- Esetlegesen nehézfémeket tartalmazó ételek (hal, tengeri ételek) kerülése.
- Állati zsírban gazdag étel fogyasztásának kerülése (depóhatás okán).
- Veszélyes anyagok belélegzésének, bőrön való felszívódásának megakadályozása (pocakfestés, hajfestés, műköröm, körömlakk, háztartási tisztító és fertőtlenítő szerek, teljes lakásfestés, átalakítás, korszerűsítés).

4.14. Szekunder prevenció módszerei a várandósság során

A koraszülések 70–80%-a spontán koraszülés, amely korai kontrakciók (40–50%), valamint idő előtti burokrepedés következtében (20–30%) lép fel. A maradék 20-30%-ban valamely anyai illetve magzati ok, vagy mindkettő egészségét veszélyeztető állapot miatt mesterséges úton előidézett, indukált koraszülésről van szó (pl. praeclampsia, HELLP szindróma, ikervárandósságok).

Az koraszüléshez vezető idő előtti burokrepedés oka a legtöbb esetben ismeretlen, de gyakran tünetek nélküli méhen belüli fertőzés áll a háttérben. A koraszüléshez, a méhnyak

megrövidüléséhez vezető kontrakciók kóroktana nem teljesen ismert, de szerepet játszhat benne a normál szüléshez vezető folyamatok korai beindulása, valamint a decidua gyulladásos aktiválódása is, amely intaruterin vérzés, valamint krónikus fertőzés talaján alakulhat ki (Goldenberg, Culhane et al. 2008).

A koraszülés megindulásában számos mechanizmus játszik szerepet, beleértve a fertőzéseket, a gyulladást, az uteroplacentaris ischaemiát és vérzést, a méh túlfeszülését, a stresszt és egyéb immunmediált folyamatokat is.



A krízis megelőzésében rendkívül fontos szerepet játszik a koraszülés szempontjából magas rizikójú esetek azonosítása, mivel ez segíthet a koraszüléshez vezető folyamatok megismerésében, rizikóspecifikus kezelést és bizonyos csoportokban célzott intervenciót tesz lehetővé.

A koraszülés szekunder prevenciója alatt a magas rizikójú esetek azonosítását, követését és szükség esetén a rendelkezésre álló beavatkozások elvégzését értjük.

Tercier prevencióról beszélünk a megindult koraszülés esetén, a koraszülött hosszú távú károsodásának kivédése céljából végzett beavatkozások, kezeléseket esetén.

VII. Összefoglaló

Az egészséges megszületés sok ember számára egy teljesen természetes folyamat része. Sokan csak akkor gondolkodnak el ennek valódi fontosságán, amikor a családtervezés időszaka közeleg, egy társ megtalálása után ekkor megfogalmazódik bennük a gyermekvállalás igénye. Várandósság során sokakban félelmi momentumként jelen lehet egy esetleges koraszülés vagy fejlődési rendellenesség kockázata, de fontos tudatosítani a leendő anyákban és a várandósokban, hogy az esetek egy részében önmaguk is sokat tehetnek a kockázatok csökkentése érdekében. A krízis nem mindig elkerülhető, de a családtervezés időszakában történő felkészülés és a várandósgondozás is azt a célt szolgálja, hogy ez ne következzen be. Módszertani anyagunk elkészítése egyszerre több célt is szolgál. Szeretnénk felhívni a figyelmet a gyermek és az ifjúsággondozás kiemelkedő fontosságára, ugyanis a gyermekek egészséghez való viszonyulását a szülők, a családi környezet és az „első” közösségek (úgy mint óvoda és iskola) rendkívüli mértékben befolyásolják, meghatározzák. A szülőknek a neveléshez és gondozáshoz való támogatását elsősorban a védőnők adják. Feladatuk, hogy a gondozás kapcsán adódó szükségleteket és igényeket felmérjék és a család lehetőségeihez mérten nyújtsanak támogatást. A gondozás valójában egy körfolyamat. A módszertani iránymutatás ezt a folyamatot próbálja követni azáltal, hogy először rámutat a nővédelem fontosságára. A családba megszületett csecsemők, majd kisdetek gondozását, nevelését később kiegészíti az óvodai, majd iskolai egészségfejlesztés és nevelés. Ebben az életkori időszakban alapozódnak meg az egészséges életvitelhez, különböző szerepekhez való viszonyulások, attitűdök is. Ezt követi a fertilis kor, amelynek egy ideális (olykor kevésbé ideális) életkori szakaszában a párok úgy döntenek, hogy gyermeket vállalnak. Sajnos a döntés nem mindig tudatos, mely számos kockázati tényezőt rejt magában, az esetek jelentős részében a fogantatás „véletlenül” történik, a következmények olykor a várandósság megszakításával, vagy egyéb fellépő válsághelyzettel végződhetnek. A körforgás onnan kezdődik újra, hogy a családban megszületik a gyermek, akinek az egészségi állapotát ismét ellenőrizni, óvni és fejleszteni szükséges. Módszertani anyagunk számos helyen tartalmaz utalást az ez évben elvégzett koraszülések, a kis testtömeeggel történő születés és a fejlődési rendellenességek okait vizsgáló tanulmány eredményeiből. A bemutatások (utalások) célja az volt, hogy mindenki számára egyértelmű

legyen, hogy a negatív tényezők hazánkban olykor jobban érvényesülnek, mint ahogyan azt a nemzetközi szakirodalmak közlések. Az eredmények olykor elgondolkodtatóak, olykor sokkolóak (a részletes eredmények bemutatását a koraszülések okait vizsgáló tanulmány tartalmazza), de bemutatásuk és az ahhoz igazított módszertani jegyzet mindenképpen azt a célt szolgálja, hogy újragondoljuk a nővédelmi és iskolai egészségfejlesztést, a családtervezés időszakában és a várandósság alatt nyújtható támogatásokat. A módszertani jegyzet számos fontos kockázati tényező megoldására próbál ideális megoldást adni, de a védőnőre bízva annak megítélését, hogy a családi erőforrások és a megértés szintje alapján mi lenne a legideálisabb támogatási forma adott esetben (adott egyénnél, családnál, iskolai korcsoportnál). A rizikótényezők közül kiemelendők a hangulatzavarok – részben közvetlen élettani hatásuk következtében, részben mert önkárosító magatartásformákkal társulhatnak – kockázati tényezőt jelentenek más, jelentős népegészségügyi betegségek szempontjából is (pl. szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések, diabetes mellitus, evészavarok). A pszichoszociális tényezők vizsgálata során megállapítást nyert, hogy a várandósság alatti szorongás, a negatív életesemények jelenléte jelentős hatást gyakorol a szülés kimenetelére, növelve a kora-/kis súlyú születések előfordulását. Eredményeink arra világítanak rá, hogy kiemelten fontos figyelmet fordítani a várandósgondozás alatt a testi fejlődés nyomon követése mellett a lelki változásokra is. Az addiktív magatartásformák következményei részben már ismertek. Azonban folyamatosan hangsúlyozni kell a prevenció fontosságát a leszokástámogatás nehézségei és az addikciók súlyos egészségkárosító hatása miatt is. Ha a dohányzás, alkohol vagy egyéb szerfogyasztás együtt jár a táplálkozás hiányosságaival, akkor a rizikó megsokszorozódik. A szakembereknek sosem szabad úgy tekinteniük egy-egy addikcióra, hogy nem több mint egy rossz szokás, úgy sem lehet ellene tenni. Az addikciók kezelése kapcsán a legkisebb eredmény is számít a megszületendő gyermek életében, így mindent el kell követni a legkisebb pozitív elmozdulás érdekében. A családtagok támogató szerepét is hangsúlyozni kell ebben a folyamatban. Az anyai életkor növekedésével a megbetegedések száma egyre nő, melyek a koraszülések egyik legsúlyosabb rizikócsoportját alkotják. A rendeletekben meghatározott szűrővizsgálatok elvégzése a korai felismerést szolgálja, ezektől nem lehet eltérni. Sajnos egyre gyakoribb, hogy a várandósok már valamilyen krónikus betegséggel rendelkeznek (gyakori a hipertónia és egyéb endokrin kórképek), így a szakorvosi konzultációkra a családtervezés kapcsán illetve koravárandósságban is fel kell hívni a figyelmet. A várandósság előtti és alatti fertőző

betegségek számos csoportja szűrhető, így a várandósság előtt kezelhető. Sajnos gyermekvállalás kapcsán az életkor kitolódásának vagyunk tanúi, melyek elősegítik ezeket a kórfolyamatokat. A hátrányos helyzetű lakosság esetén jóval gyakoribbak a negatív életmódtényezők, de a nélkülözés egyéb pszichoszociális stresszállapotai, esetleg a táplálkozási hiányosságok és a várandósságok közötti idő megrövidülése elősegítheti a magzati fejlődés elmaradását, a fejlődési rendellenességek és a koraszülések kialakulását. A hátrányos helyzetű lakosság támogatása osztársadalmi feladat, melynek egyik legfontosabb tényezője az iskolázottsági szint emelése, melyre minden szakembernek törekednie kell, de ez összetett kormányzati feladat is egyben, hiszen ebben az infrastrukturális tényezőknek, a pedagógusoknak is óriási szerep jut. A környezet-egészségügyi faktorok figyelembevétele a családi problémák és megbetegedések mellett háttérbe szorulhat, de bizonyított ezeknek a szülészeti eseményekre gyakorolt negatív hatása. Mind a leendő apáknak, mind az anyáknak számos egészségre ártalmas környezeti faktort kell elkerülnie, melyek odafigyeléssel jelentősen csökkenthetők. A módszertani anyagban sokszor szerepel a „nővédelem” kifejezés, mely szeretné felhívni a figyelmet a nők megnövekedett szerepére, a gyermekvállalás miatti felelősségére, de szeretnénk hangsúlyozni, hogy az iskolai prevenció, a családtervezés és a várandósgondozás mindkét fél együttműködését feltételezi és mindkét nem támogatását fontosnak tartja. A módszertani jegyzet törekszik egy egységes támogató irányelv megfogalmazására, segíti az eligazodást, iránymutatást ad a rövid intervenciókhoz és az általános alapelvek felelevenítéséhez.

VIII. Köszönetnyilvánítás

A kutatási eredményekre alapozott módszertani jegyzet elsősorban a védőnők és az alapellátásban dolgozó szakemberek munkáját segíti. A nemzetközi szakirodalomban szereplő eredmények adják a kiindulási alapot, de Magyarország a nemzetközi statisztikák szerint számos egészségi állapotra vonatkozó mutatószámokban jelentős hátrányt mutat. Ezek miatt volt szükséges megállapítani, hogy mi jellemzi a magyar családalapítás előtt, illetve alatt álló egyének egészségmagatartását, szociodemográfiai helyzetét, mely adatfelvételekhez a területi védőnők nyújtották a segítséget. Az elkészített interjúk és adatszolgáltatások, valamint azok elemzése révén sikerült súlyozni az intervenciókat, azaz megállapítani, hogy mely egészségfejlesztési területeken van a legnagyobb szükség a családok támogatására. Ezt a módszertani anyagot a kutatócsoport tagjai (szakmai szakértők csoportja) elsősorban azért készítették el, hogy a védőnők befektetett energiáit visszaforgathassák a saját területi szakmai munkájukba, ezáltal törekedve egyfajta egységes tudás és szemlélet kialakítására, és a védőnők szakmai támogatására. Köszönettel tartozunk munkájukért a borsodi, a somogyi és Budapesten a X., a XVII., és a XVIII. kerületben dolgozó védőnőknek!

IX. Irodalomjegyzék

1. 10+1 dolog, amit a terhesség alatti alkoholfogyasztás veszélyeiről tudni kell. Medical Online 2017.
http://medicalonline.hu/gyogvitas/cikk/101_dolog_amit_a_terhesseg_alatti_alkoholfogyasztas_vezelyeiről_tudni_kell (Megtekintés:2018. 10. 20.)
2. 13+1 dolog, amit jó tudni a koffeinről. Házipatika 2016.
https://www.hazipatika.com/taplalkozas/egeszseg_es_gasztronomia/cikkek/131_dolog_amit_jo_tudni_a_koffeinrol/20130207125853?autorefreshed=1
(Megtekintés:2018.10.20)
3. A baba fogainak gondozása. Webbeteg, 2018
https://www.webbeteg.hu/cikkek/csecsemo_gyermekneveles/12365/fogapolas-babaknal (Megtekintés:2018. 10. 20.)
4. A koraszülés, a kis súlyú születés és a fejlődési rendellenességek kialakulásának okait feltáró kutatás (OKI 2018)
5. ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. Obstet Gynecol 132(1): e44-e52. (2018).
6. Ágoston H., Bócs É., Domonkos A., Fekete K., Greiner E., Szórád I. (2005): Táplálkozási ajánlások várandós és szoptató anyáknak. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
7. Ahmadi, F., F. Zafarani, H. Haghghi, M. Niknejadi and A. Vosough Taqi Dizaj (2011). Application of 3D Ultrasonography in Detection of Uterine Abnormalities. Int J Fertil Steril 4(4): 144-147.
8. Alberth M. Liptak A., Máth J. Gain and loss framed oral health program effectiveness in childhood Abstracts from the 21st Congress of the European Association of Dental Public Health Community Dental Health (2016) 33, s1–s79
9. Alpár Á., Balku E., Berki J. (szerk: Demjén). Dohányzás Visszaszorítása 2016. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
10. American Diabetes Association (12): Management of diabetes in pregnancy. Diabetes Care 38 Suppl: S77-79. (2015).
11. Brooten, D. – Kumar, S. – Brown, L. P. – Butts, P. – Finkler, S. A. - Bakewell-Sachs, S. – Gibbons, A. - Delivoria-Papadopoulos, M. (1986) A randomized clinical trial of early

- hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med.* 1986. Oct 9;315(15):934-9.
12. Byrns, M. C. (2014). Regulation of progesterone signaling during pregnancy: implications for the use of progestins for the prevention of preterm birth. *J Steroid Biochem Mol Biol* 139: 173-181.
 13. Cappelletti, M., S. Della Bella, E. Ferrazzi, D. Mavilio and S. Divanovic (2016). Inflammation and preterm birth. *J Leukoc Biol* 99(1): 67-78.
 14. Curtin S.C., Matthews T.J.: Smoking Prevalence and Cessation Before and During Pregnancy: Data From the Birth Certificate, 2014. *Natl Vital Stat Rep.* 2016 Feb 10;65(1):1-14
 15. Czeizel tanácsai a tudatos családtrevezéshez <http://czeizelvitamin.hu/mar-tervezitek/dr-czeizel-tanacsai-tudatos-tervezeshez/> (Megtekintés:2018.10.25)
 16. Dai J. B., Wang Z. X., Qiao Z. D.: The hazardous effects of tobacco smoking on male fertility, 2015. *Asian J Androl.* 2015 Nov-Dec; 17(6): 954–960.
 17. Desrosiers, T. A., Herring, A. H., Shapira, S. K., Hooiveld, M., Luben, T. J., Herdt-Losavio, M. L., Olshan, A. F. (2012). Paternal occupation and birth defects: Findings from the National Birth Defects Prevention Study. *Occupational and environmental medicine*, 69(8), 534-542. <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100372>
 18. Dimes, M. o. (2018). How long should you wait before getting pregnant again?
 19. Egészségfelmérés (ELEF), 2009 Statisztikai Tükör 2010, <https://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/index.html> (Megtekintés: 2018. 06. 20.)
 20. Első 1000nap egy életre szól. Egyhetes mintaétrend kismamáknak. <https://www.elseo1000nap.hu/egyhetes-terhessegi-etrend-preg-diet/> (Megtekintés: 2018. 11. 29.)
 21. EMMI Módszertani levele a 2018 évi védőoltásokról https://www.antsz.hu/data/cms84807/EMMI_VML2018_kozlony.pdf (Megtekintés: 2018. 09. 15.)
 22. Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium (2014): Egészségügyi Szakmai Irányelv a Dohányzásról való Leszokás Támogatásáról.
 23. Erdei G., Varga A., Takács H. (2015): Tanórán kívüli egészséges táplálkozás elterjesztését célzó tevékenységeket támogató módszertani szakanyag, NEFI

24. EU-OSHA- Európai Unió munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi információs ügynökség; <https://osha.europa.eu/hu/themes/dangerous-substances/clp-classification-labelling-and-packaging-of-substances-and-mixtures> (Megtekintés: 2018. 11. 10.)
25. Evans, J. - Heron, J. - Patel, R. R. - Wiles, N. (2007) Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term. *Br J Psychiat.*;191: 84-85
26. Faludi G., & Döme P. (2016). Gyakoribb pszichiátriai zavarok. In Papp Z. (Ed.), *A várandósgondozás kézikönyve* (pp. 559-576). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt
27. Fauvel, J. P. (2016). [Hypertension during pregnancy: Epidemiology, definition]. *Presse Med* 45(7-8 Pt 1): 618-621.
28. Fogarasi-Grenczer A.: Socioeconomic factors of tobacco smoking during pregnancy, In: Balázs P. (szerk.), *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008–2013*. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2013. (137-149)
29. Goldenberg, R. L., J. F. Culhane, J. D. Iams and R. Romero (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 371(9606): 75-84.
30. Gyermekvállalás és gyermeknevelés. KSH. 2011. április www.ksh.hu
31. Hauge L.J., Torgersen L., Vollrath M.: Associations Between Maternal Stress and Smoking: Findings from a Population-Based Prospective Cohort Study. *Addiction*. 2012 Jun; 107(6): 1168–1173.
32. Heinonen, K. Räikkönen, K. Pesonen, AK. Andersson, S. Kajantie, E. Eriksson, JG. Wolke, D. Lano A.: Longitudinal study of smoking cessation before pregnancy and children's cognitive abilities at 56 months of age. *Early Human Development* Volume 87, Issue 5, May 2011, Pages 353-359
33. Hollins, K. (2007) Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007.;19:568-572
34. Husz I (2011) Alacsony végzettség – sok gyerek? *Demográfia*, 2011. 54. évf. 1. szám 5–22.
35. Ihezor-Ejiofor, Z., P. Middleton, M. Esposito and A. M. Glenny (2017). Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 6: Cd005297.
36. *Int J Hyg Environ Health*. Author manuscript; available in PMC 2013 Nov 12.

37. J. T. Cox, S. T. Phelan: Élelmiszerbiztonsági szempontok terhességben – 2. rész. http://medicalonline.hu/nogyogaszat/cikk/elelmiszerbiztonsagi_szempontok_terhessegben_2_resz (Megtekintés: 2018. 05. 30.)
38. Kazemier, B. M., F. N. Koningstein, C. Schneeberger, A. Ott, P. M. Bossuyt, E. de Miranda, T. E. Vogelvang, C. J. Verhoeven, J. Langenveld, M. Woiski, M. A. Oudijk, J. E. van der Ven, M. T. Vlegels, P. N. Kuiper, N. Feiertag, E. Pajkrt, C. J. de Groot, B. W. Mol and S. E. Geerlings (2015). Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis* 15(11): 1324-1333.
39. Kessler, R. C. (2003) Epidemology of women and depression. *Journal of affective disorder*. 2003.;74:5-13
40. Labossa G., & Tényi T. (2017). Pszichiátriai zavarok és terápiás lehetőségeik a várandós-ság idején. In Makó S. H. & Veszprémi B. (Eds.), *A párkapcsolattól a gyermekágyig* (pp. 230-245). Pécs: Octoport Nonprofit Kft.
41. Liao, H., Q. Wei, L. Duan, J. Ge, Y. Zhou and W. Zeng (2011). Repeated medical abortions and the risk of preterm birth in the subsequent pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 284(3): 579-586.
42. Liao, H., Wei, Q., Duan, L., Ge, J., Zhou, Y., & Zeng, W. (2011). Repeated medical abortions and the risk of preterm birth in the subsequent pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 284(3), 579-586.
43. Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.06.002> (Megtekintés: 2018. 06. 02.)
44. Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége. Okostányér- Új magyar táplálkozási ajánlás. <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Megtekintés: 2018. 09. 21.)
45. Mercer, B. M., R. L. Goldenberg, A. H. Moawad, P. J. Meis, J. D. Iams, A. F. Das, S. N. Caritis, M. Miodovnik, M. K. Menard, G. R. Thurnau, M. P. Dombrowski, J. M. Roberts and D. McNellis (1999). The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child

- Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 181(5 Pt 1): 1216-1221.
46. Molnár, E. – Füredi, J. – Papp, Z. (2006) Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Medicina. Budapest Kessler, R. C. (2003) Epidemology of women and depression. Journal of affective disorder. 2003.;74:5-13
47. Molnárné, Szűcs P. Péntes M. Fogarasi-Grenczer A.: A fogorvos és a védőnő fogászati feladatai várandósgondozás során. Védőnő, XVIII. évfolyam 6. szám 2018. pp:15-23.
48. Monostori Judit - Őri Péter - Spéder Zsolt (2015) (szerk.): Demográfiai portré 2015. KSH NKI, Budapest: 41–56. (KAPITÁNY BALÁZS – SPÉDER ZSOLT)
49. Morton, S.M.B., Atatoa Carr, P.E., Bandara, D.K., Grant, C.C., Ivory, V.C., Kingi, T.R., Liang, R., Perese, L.M., Peterson, E., Pryor, J.E., Reese, E., Robinson, E.M., Schmidt, J.M., and Waldie, K.E. (2010). Growing Up in New Zealand: A longitudinal study of New Zealand children and their families. Report 1: Before we are born. Auckland: Growing Up in New Zealand
50. Nagy J (2004) Életesemények vizsgálata Magyarországon. LAM, 14(10): 690– 692
51. Népszámszatisztikai adatbázis, terhességmegszakítások száma
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001b.html
 (Megtekintés: 2018.11.10.)
52. Novak, T., M. Radnai, Z. Kozinszky, N. Prager, L. Hodoniczki, I. Gorzo and G. Nemeth (2018). [Effect of the treatment of periodontal disease on the outcome of pregnancy]. Orv Hetil 159(24): 978-984.
53. Okostányér, Új magyar táplálkozási ajánlás Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége
<http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Megtekintés: 2018.11.30.)
54. Országos Epidemiológiai Központ Nemzetközi Utazás-egészségügyi és Oltóközpont tájékoztató <http://www.oek.hu/oek.web?to=751&nid=212&pid=1&lang=hun>
 (Megtekintés: 2018. 11. 01.)
55. Papp, Z. (2016) A prinatológia kézikönyve (szerk.). 41. A kora és retardált újszülöttek ellátása. Az életképesség határa. Korai és hosszú távú következmények. (387. o.) Medicina Könyvkiadó Zrt
56. Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH (1971) Scaling of life events. Arch Gen Psychiatry, 25: 340–347.

57. Pilling J., A motivációs interjú használata a pulmonológiában (2017): AMEGA Mindennapi gyakorlat.
http://real.mtak.hu/74664/1/Motivacios_interju_a_pulmonologiaban_u.pdf
 (Megtekintés: 2018. 10. 02.)
58. Published in final edited form as: Int J Hyg Environ Health. 2013 Jun; 216(3): 10.1016/j.ijheh.2012.05.006. Published online 2012 Jun 12. doi:
59. Repülés terhesen, minden, amit érdemes tudni. Netkoffer.
<http://netkoffer.hu/repules-terhesen/> (Megtekintés: 2018. 11. 01.)
60. Review of the HHS Family Planning Program: Mission, Management, and Measurement of Results. Institute of Medicine (US) Committee on a Comprehensive Review of the HHS Office of Family Planning Title X Program; Stith Butler A, Wright Clayton E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.); Review of the HHS Family Planning Program: Mission, Management, and Measurement of Results. WHO; Family Planning: A global handbook for providers, 2018.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
61. Rigó J., Oberth J., Sógorka I. (szerk). 2009. Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány
62. Rubovszky K. (szerk: Papp Z.): Fizikai aktivitás, sport, várandóstonna (267-271). Várandósgondozás Kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2016
63. Rusznák Mária, Fogápolás csecsemő és gyermekkorban. 2018.
<http://gyerekforum.hu/hasznos-tanacsok/fogapolas-csecsemo-es-gyermekkorban>
 (Megtekintés: 2018.10.29.)
64. Shao Lin, Michele L. Herdt-Losavio, Bonnie R. Chapman, Jean-Pierre Munsie, Andrew F. Olshan, Charlotte M. Druschel, National Birth Defects Prevention Study- Maternal occupation and the risk of major birth defects: A follow-up analysis from the National Birth Defects Prevention Study
65. Simmons, L. E., C. E. Rubens, G. L. Darmstadt and M. G. Gravett (2010). Preventing preterm birth and neonatal mortality: exploring the epidemiology, causes, and interventions. Semin Perinatol 34(6): 408-415.
66. Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, Wisniewski S, Wisner KL. (2015): Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood

- trauma, sleep disturbance and anxiety. J Psychiatr Res. 2015 Jul-Aug;66-67:95-104.
doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.04.021. Epub 2015 May 5.
67. Smaill, F. (2007). Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 21(3): 439-450.
68. Smith, M. V. - Brunetto, W. L. - Yonkers, K. A. (2004) Identifying perinatal depression - sooner is better. Contemp Obstet Gynecol. 49:325-334.
69. Terhességmegszakítások demográfiai jellemzői Statisztikai Tükör, 2012. december 21. VI. évfolyam 110. szám.
70. Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. Contraception 83(5): 397-404.
71. U.S. Department of Health and Human Services: Eating Fish: What Pregnant Women and Parents Should Know
<https://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm393070.htm>
(Megtekintés: 2018.09.25.)
72. Uptodate. (2018). Progesterone supplementation to prevent preterm birth.
https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F66456&topicKey=OBGYN%2F16560&search=progesterone%20supplementation&source=outline_link&selectedTitle=1~29 . (Megtekintés: 2018. 10. 30.)
73. Várandósság és fogápolás, Webbeteg, 2018
74. Varga, G. (2007) Fagerström Nikotin Dependencia Teszt.
<http://www.gvmd.hu/htm/nikdep.htm> (Megtekintés: 2018. 11. 20.)
75. Védőnői családtervezési tanácsadás, Szakmai állásfoglalás, 2003.
76. Vitaminlexikon. Vas-ásványi anyag.: https://www.vitaminlexikon.hu/vas-asvanyi-anyag/#.W_HZ-eJnIU (Megtekintés: 2018. 09. 26.)
77. Világgazdaság. Rossz állapotban a magyarok fogazata. 2017.
<https://www.vg.hu/vallalatok/rossz-allapotban-magyarok-fogazata-514787/>
(Megtekintés: 2018. 10. 07.)
78. WHO-Standards for Maternal and Neonatal Care. Prevention of neural tube defects.
www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/neural_tube_defects.pdf (Megtekintés: 2018. 10. 10.)
79. Xiong, X., P. Buekens, S. Vastardis and S. M. Yu (2007). Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. Obstet Gynecol Surv 62(9): 605-615.

X. Mellékletek

1. számú melléklet

Tábla gyermekeknek, serdülőknek a rendszeres testhigiéné alkalmazásához, a napi rutin elsajátításához (saját szerkesztés)

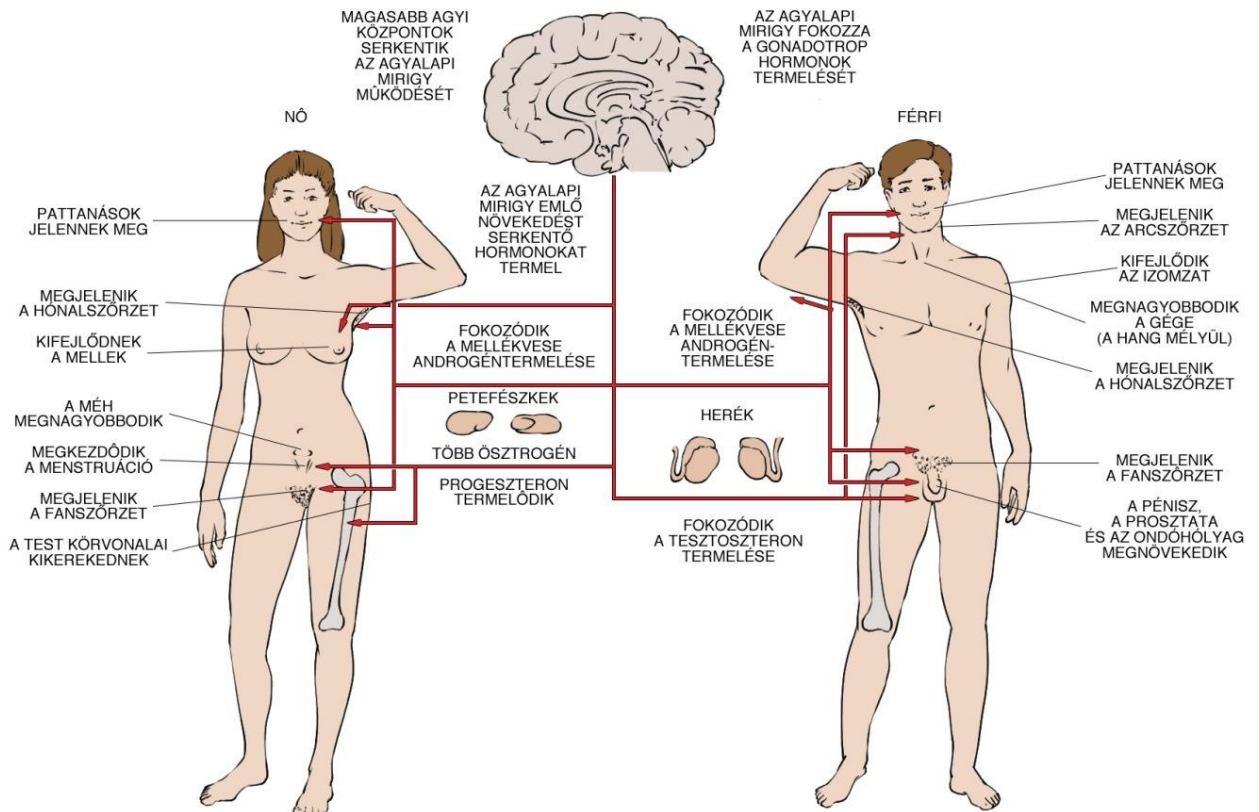
Személyi higiéné



Feladatok	Hétfő	Kedd	Szerda	Csütörtök	Péntek	Szombat	Vasárnap
Fogmosás reggel							
Arcmosás							
Felöltözködés							
Hajmosás							
Zuhanyozás, fürdés							
Kézmosás wc használata után							
Zsebkendő használat, orrfújás							
Fültisztítás							
Fogmosás lefekvés előtt							

2. számú melléklet

Pubertáskorban jellemző testi változások



(Forrás: <http://tudasbazis.sulinet.hu/hu/szakkepzes/rendeszet/pszichologiai-szocialpszichologiai-alapismeretek/a-fejlodes-mint-elethosszig-tarto-folyamat/a-serdulokor>)

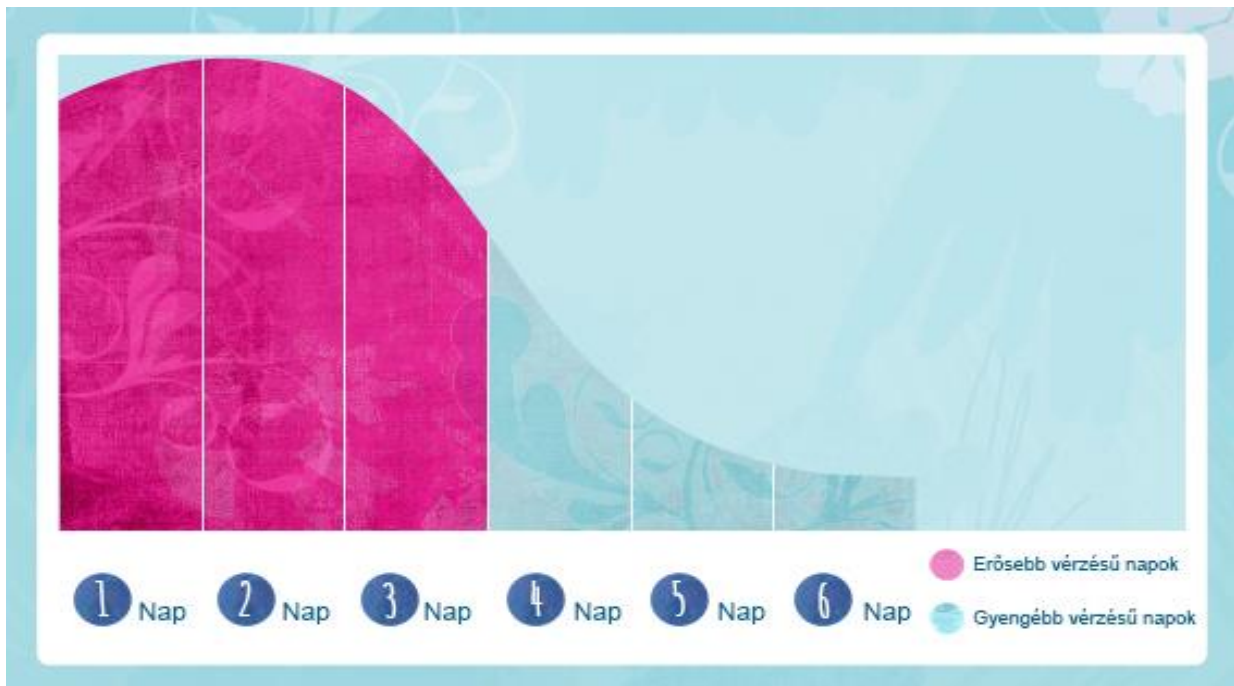
3. számú melléklet

Menstruációs naptár



Menstruációs naptár

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
január																															
február																															
március																															
április																															
május																															
június																															
július																															
augusztus																															
szeptember																															
október																															
november																															
december																															



(Forrás: <http://www.drbelics.hu/cikkek-mensesnaptar.html>)

4. számú melléklet

Okostányér ajánlásai



Zöldségek

Egyél minden főétkezéshez piros, narancs és sötétzöld színű zöldségeket, például paradicsomot, sárgarépát, brokkolit. Fogyassz száraz hüvelyeseket (pl. babot, lencsét, csicsoriborsót, szóját) levesek, főzelékek, saláták, krémek részeként. A friss, gyorsfagyasztott és konzerv zöldségfélék, savanyúságok mind számítanak. A konzervek közül azt válaszd, amelyek kevesebb sót tartalmaz. Burgonyát legfeljebb minden második nap fogyassz.

Fogyassz legalább 4 adag zöldséget vagy gyümölcsöt naponta! Ebből legalább 1 adag friss vagy nyers legyen. A burgonya nem számítható be a napi 4 adagba.

1 adag = 10 dkg friss, párolt vagy főtt, idényjellegű zöldség vagy gyümölcs (pl. 1 közepes paprika, paradicsom, 1 közepes alma vagy narancs) vagy 1 kis tányér saláta vagy 1 kis pohárnyi bogós gyümölcs



Gyümölcsök

Egyél gyümölcsöt tízóraira, uzsonnára, salátáknál vagy desszertként. A reggeli gabonafélék tetejére, de akár a palacsintába is, az évszaktól függően, tehetsz gyümölcsöt. Elsősorban friss gyümölcsöt fogyassz, de eheted szárított, fagyasztott, vagy konzerv formában is. Amikor gyümölcslevet választasz, dönts a 100% gyümölcstartalmú mellett. Hetente 2-3 alkalommal fogyassz kis maréknyi sótlan olajos magvat, pl. diót, mandulát, mogyorót, tökmagot, napraforgómagot.

Fogyassz 3 adag gabonaféléket naponta, ebből legalább 1 adag teljes értékű legyen!

1 adag = 1 db péksütemény (pl. kifji vagy zsemle) vagy 1 közepes szelet kenyér/kalács vagy 12 evőkanál (20 dkg) főtt tészta/rizs vagy 3 evőkanál gabonapehely/múzi



Gabonafélék

Fogyassz naponta legalább egyszer teljes értékű gabonából készült kenyeret, péksüteményt, köretet. A finomított gabonaféléket helyettesítsd teljes értékűekkel, pl. teljes kiőrlésű lisztből készült kenyérral, kifivel, zsemelével, tésztával, keksszel, gabonapehellyel, barna rizzsel. Részesítsd előnyben a teljes kiőrlésű lisztből készült tésztát! Jó választás lehet a durum tészta is. Az élelmiszerek címkéjén ellenőrizd az összetevőket és válaszd gyakrabban azokat a termékeket, melyeknél az összetevők listájában első helyen áll a „teljes értékű” vagy „teljes kiőrlésű” kifejezés.

Húsok/halak/tojás/
Tej és tejtermékek

Fogyassz minden nap tejet és tejterméket. Válaszd a csökkentett zsírtartalmút! Számtalan fontos tápanyagból, így kalciumból is majdnem ugyanannyit tartalmaznak mint a teljes tej és tejtermékek, azonban kevesebb zsír és energia van bennük. Gyakrabban válaszd a zsírszegény sajtokat. Minden héten egyél változatosan a teljes értékű fehérjékben gazdag élelmiszerekből, például sovány húsokat vagy tojást. Fogyassz hetente legalább egyszer tengeri halat vagy busát, kecsegett, pisztrángot. Belsőség hetente legfeljebb egyszer kerüljön az étrendbe!

Minden főétkezés tartalmazzon teljes értékű fehérjét! Napi fél liter tej vagy ennek megfelelő tejtermék elfogyasztása javasolt.

1 adag = 2 dl tej/joghurt/kefir vagy 5 dkg túró vagy 3 dkg sajt vagy 1 tenyérnyi szelet (10 dkg) hús vagy 1 szelet (15 dkg) hal vagy 3-4 szelet (5 dkg) felvágott vagy 1 db tojás



Folyadékok

Szomjoltásra legalkalmasabb az ivóvíz. Gyümölcs- és zöldségleveket, cukortartalmú teákat, üdítő-italokat, turmixokat, tejes italokat (pl. kakaó, tejeskávé) csak a folyadékbevitel színesítésére, alkalmanként, kis mennyiségben igyál.

Fogyassz naponta 8 pohár folyadékot!

Ebből 5 pohár ivóvíz legyen.

1 pohár = 2-2,5 dl



Összeállította a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszertudományi Tudományos Bizottsága ajánlásával.

Csökkentsd az elfogyasztott só,
zsiradék és cukor mennyiségét!

Vásárláskor hasonlítsd össze a termékek só-, zsír- és cukortartalmát, válaszd az alacsonyabbat! Az ételek, italok ízesítésére minél kevesebb cukrot, sót használj. A só egy részét helyettesítsd friss vagy szárított zöldfűszerekkel. Hetente legfeljebb kétszer egyél édességet, desszertet. A magas zsírtartalmú élelmiszerekből, mint például a torták, kekszek, tejszínes jégkrémek, zsíros sajtok, kolbászok, majonéz, ne minden nap, csak ritkán egyél. Használj minél kevesebb, elsősorban növényi olajokat az ételek elkészítéséhez! Alkalmazd gyakrabban a zsírtartóanyagok csökkentési módokat, például a grillezést, a párolást vagy a habarást. Csak alkalmanként fogyassz bő zsiradékban sült ételeket.

TÁPLÁLKOZZ OKOSAN

Légy aktív!



Válassz olyan mozgásformát, amit szeretsz és csinálj egyhuzamban legalább 10 percig! Fokozatosan növeld az időtartamot, ez további egészségügyi előnyökkel jár.

Gyermekek és serdülők számára naponta legalább 60 perc, felnőtteknek heti 2,5 óra mérsékelt intenzitású mozgás (pl. tempós séta) javasolt.

(Forrás: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/>)

5. számú melléklet

Élelmiszerek foláttartalma

Élelmiszerek folát tartalma		
Élelem (100 gramm)	Folát (µg)	Megjegyzés
Libamáj	738	Az állati (és az emberi) szervezetben főleg a máj tárolja a folátot
Pulykamáj	677	
Csirkemáj	588	
Csicseriborsó	557	"Az élelet továbbadó magok" is sok folátot tartalmaznak
Lencse	479	
Szárazbab	394	
Szójabab	375	
Búzacsíra	281	Ennél már folyamatban van az élelet továbbadása
Földimogyoró	240	Ezek is "élelet továbbadó magok"
Vöröslencse	204	
Spenót	194	A növényekben a levelek tárolják a folátot
Tojássárgája	146	Ez is "élelet továbbadó anyag"
Fejes saláta	136	A növényekben a levelek tárolják a folátot
Köles	85	Ezek is "élelet továbbadó magok"
Mák	82	
<p>A táblázat kiinduló forrása: Bodon Judit dietetikus: Folsavat mindenkinek! http://www.nosalty.hu/ajanlo/folsavat-mindenkinek Eredeti forrás: USDA National Nutrient Database for Standard Reference SR25</p>		

(Forrás: <https://sebtiben.blogspot.com/2014/09/folsav-helyett-folat-kell-nekem-es-nep.html>)

6. számú melléklet

Egyes kávék és italtípusok koffeintartalma



(Forrás: <https://www.bien.hu/egeszseg-es-eletmod/testi-egeszseg/mennyi-az-annyi-ennyi-koffeint-tartalmaznak-a-kulonbozo-italok/121202>)



(Forrás:

https://www.hazipatika.com/taplalkozas/egeszseg_es_gasztronomia/cikkek/etelek_melyek_tele_vannak_koffeinnel/20170329125057)

7. számú melléklet

Humán teratogén anyagok

A humán teratogén gyógyszerek		
Csoport	Gyógyszer	Magzati ártalom
Thalidomid	<i>Contergan</i> (nincs forgalomban)más gyógyszerben a hatóanyag megtalálható	végtagredukció, fül-rendellenességek+süketség stb.
Androgének	Pl. Retandrol, Androstanolon, Nilevar	lány magzatok masculinizációja (nőkön férfias másodlagos nemi jelleg kialakulása)
Alkilező mitózisgátló vegyületek	Pl. Mileran, Cyclophosphamid, Myelobromol, Zitostop	multiplex rendellenességek
Folsav-antagonisták	Pl. Amethopterin, Aminopterin, Methotrexat	microcephalia (kórosan kis fejméret)
Bizonyos antiepileptikumok c) Valproinsav származékok a) Hydantoin származékok b) Trimethadion származékok	Diphedan, Sacerno Ptimal (nincs forgalomban) Convulex, Depakene	ajak és/vagy szájpadasadék, szív- és ujj-rendellenességek arc-rendellenesség spina bifida
Szintetikus ösztrogének	Pl. Syntestrin, Diethylstilboestrol	fiatal lányok nemi szervi daganata, esetleg leány magzatok masculinizációja
Oralis anticoagulansok	Pl. Syncumar	lapos orrgyök, csontváz-rendellenességek
Lítium	Pl. Lítium-carbonat	szívfejlődési rendellenességek
A-vitamin és származékai (igen nagy adag)	Roaccutan, Tigason	fülkagyló, szívrendellenességek, hydrocephalia (agykamratágulat, ami a liquor(agyvíz)felszívó felszínek nem megfelelő működése miatt alakul ki)
Penicillamin	Cuprenil	cutis laxa (laza, lógó bőr)
Kábítószerek	Kokain	központi idegrendszeri rendellenesség

<i>Humán teratogének (II—III. trimeszter) (fetopathiák=a magzat kóros fejlődése)</i>	
<i>Teratogén anyag</i>	<i>Magzati ártalom</i>
<i>Warfarin</i>	<i>magzati haemorrhagia (vérzés)</i>
<i>NSAID+szalicilátok (Non-szteroid gyulladásgátlók)</i>	<i>a gesztációs idő kitolódása, Ductus arteriosus Botalli (összeköttetés a magzati tüdőartéria és aorta között) korai záródása, pulmonalis hypertensio (magas vérnyomás)</i>
<i>Szalicilátok</i>	<i>vérzések</i>
<i>Szulfonamidok</i>	<i>hyperbilirubinrubinaemia (a normálisnál több epefesték a vérben)</i>
<i>Tetracyclinek</i>	<i>fetalis (magzati) fogak elszíneződése, csontképződés/a növekedés zavara</i>
<i>Aminoglikozidok</i>	<i>süketség, vestibularis (előcsarnok, bejárat) károsodás</i>
<i>Béta-blokkolók</i>	<i>növekedési retardáció, hypoglycaemia (a vér cukortartalmának csökkenése), bradycardia (ritkult, lassú szívverés)</i>
<i>Lítium</i>	<i>hypotonia (alacsony vérnyomás), hyporeflexia (csökkent reflexingerlékenység)</i>
<i>Narkotikumok</i>	<i>légzésdepresszió, megvonási tünetek</i>
<i>Benzodiazepinek</i>	
<i>Triciklikus antidepresszánsok</i>	
<i>Fenotiazinok</i>	<i>a termoreguláció zavara</i>

8. számú melléklet:

Mintaétrend várandósok számára

ÉTREND	HÉTFŐ	KEDD	SZERDA	CSÜTÖRTÖK	PÉNTEK	SZOMBAT	VASÁRNAP
REGGELI	Zöld-fűszeres tojás-rántotta, magvas kenyér	Petrezselymes túrókrém, reszelt sárgarépa, paradicsom, teljes kiőrlésű zsemle	Csirkemell sonka, paradicsom, bazsalikom, magvas kenyér	Zabpehely, aszalt sárgabarack, aszalt szilva, mandula, joghurt	Fokhagymás-sajtos pirítós	Zabkása, boglyós gyümölcsök	Kaliforniai paprikás, sonkás tojás-rántotta, Graham-kenyér
TÍZÓRAI	Joghurt-ital, teljes kiőrlésű keksz	Barack-alma gyümölcs-saláta, teljes kiőrlésű keksz	Krémtúró	Pulykamell-sonka puffasztott rizsszelet	Banán-turmix	Narancs-alma-sárgarépa turmix	Kukorica-pehely, joghurt
EBÉD	Brokkoli-kréMLEVES, párolt hal, zöldséges kuszkus	Zöldborsó-leves, natúr sertésszelet, kukoricás hajdina, saláta	Cukkinis rakott krumpli céklsalátával	Vegyes zöldségleves, vajás-citromos lazac petrezselymes rizzsel	Karfiolleves, majoránna s pulykacomb kölessel	Sütőtök/zellerkrémleves, csőben sült brokkoli, fokhagymás csirkemell-csíkok	Tárkonyos-citromos csirkeragu-leves, zöldséges lasagne
UZSONNA	Gyümölcs-saláta	Joghurt, kölesgolyó	Müzliszelet, gyümölcs	Edami sajt, Graham-kenyér, uborka	Zöldség-pástétom, puffasztott rizsszelet	Zabpehely-lisztes palacsinta citromos rikotta-krémmel	Alma, dió, sajt
VACSORA	Padlizsán-krém, pirítós, paradicsom	Szárnyas-májkrém, főtt tojás, barnakenyér, uborka	Kápiapaprikás körözött, lenmagvas kenyér	Túrógombóc	Rakott ceruzabab	Avokádó-krém, pirítós, paradicsom	Cézár-saláta

(Forrás: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége <https://www.elseo1000nap.hu/egyhetes-terhessegi-etrend-preg-diet/>)

9. számú melléklet

Fogalomtár

„5A” módszer: Egy öt lépésből álló rövid intervenciós program, melyben szakértők segítségével történik a dohányzás leszokás támogatás folyamatának kontrollja, segítése. Megerősítést és folyamatos támogatást, nyomon követést biztosít a résztvevőknek. Várandósság esetén hatékonyabb a minimál intervenciónál, így számukra lehetőség szerint ez az ajánlott támogatási forma (EMMI, 2014).

Abortusz: A várandósság megszakadását jelenti, mely megtörténhet spontán módon, de akár mesterségesen előidézett módon is (KSH, 2018).

Adatkezelés: Az alkalmazott eljárástól függetlenül a személyes adatok felvétele és tárolása, feldolgozása, hasznosítása (ideértve a továbbítást és a nyilvánosságra hozatalt is), az adatok megváltoztatása és további felhasználásuk megakadályozása.

Adatok elemzése: Az egészségügyi szolgáltató szervezet által meghatározott adatok arra alkalmas forrásokból való gyűjtését követő értékelése, mely során az adatok olyan információvá válhatnak, amelyek alkalmasak a népesség jellegzetességeinek statisztikai/epidemiológiai vizsgálatára. Elemzés előtt az adatokat nyers adatoknak is nevezik.

Antenatális szorongás és depresszió: A várandósság és a szülést követő időszak kiemelten jelentős minden nő életében, de az antenatális időszak (vagyis a várandósság időszaka) minden nő életének sérülékeny időszaka is egyben. A testi és lelki változások mellett hormonális változások is terhelik a várandósokat, ezért az alapvető aggodalmak könnyen átválthatnak krízisállapotba. A várandósság alatt fellépő fizikai változások hatással vannak a szerotonin termelésére, mely hormon fontos szerepet játszik a hangulat szabályozásában. Az alacsony szerotoninszint közrejátszik a depresszió, a migrén, az idegi zavarok kialakulásában. A várandósság első és harmadik trimeszterében gyakrabban fordulnak elő hangulatváltozások. Ez a két időszak érzékenyebb a változásokra, a második trimeszter lelkileg kevésbé megterhelő a várandós számára. Az első trimeszterben fellépő rosszulletek, valamint a harmadik trimeszterben a szüléstől való félelem, a fizikai diszkomfortérzet befolyással vannak a hangulatra (C. Molnár, 1996).

Asymptomatic bacteriuria: Vizelettenyésztés vizsgálat során egy adott korokozó több, mint 10^5 -en csíraszámban (B csoportú streptococcus esetén várandósság során 10^4 -en csíraszámban) tenyészik ki megfelelően gyűjtött mintából – húgyúti fertőzés tünetei nélkül (Papp,2016b).

Betegség: a társadalmilag elfogadott egészségképtől való olyan eltérés, ami csökkenti az élettartamot vagy rontja az életminőséget (azaz halált vagy funkciózavart, és/vagy fájdalmat okoz), továbbá amit az egyén vagy a környezete észlel.

BMI (Body Mass Index): A testtömegindex egy olyan mérőszám, mellyel jellemezhető egy egyén testtömeg-kategóriába tartozása. Számítása: A kilogrammban mért testtömeg és a méterben meghatározott testmagasság négyzetének a hányadosa (kg/m^2). Kategóriái: kórosan sovány: ha ez az értéke kisebb, mint 20, normális testsúlyú: ha ez az értéke 20 vagy a feletti, de nem haladja meg a 25-öt, túlsúlyos: ha ez az érték 25 és 30 közé esik, elhízott: ha ez az érték nagyobb, mint 30 (a kategóriák tovább bonthatók, az elhízás súlyossága alapján) (Egészségtudományi Fogalomtár,2018).

Csecsemőhalálozás: Élveszületést követően az egy naptári éven belüli halálozás bekövetkezése (Egészségtudományi Fogalomtár, 2018).

Dohányzó: Az a személy, aki a felmérés pillanatában napi rendszerességgel, vagy alkalmanként dohányterméket fogyaszt. Megkülönböztetünk 1. alkalmi dohányost, aki nem minden nap dohányzik: egyre kevesebbet szív, el akarja hagyni a dohányzást; folyamatosan dohányzik, de nem naponta; kísérletezik a dohányzással és 2. naponta dohányzó egyént, aki minden nap legalább egyszer dohányzik (Fogarasi-Grenczer, 2016).

Edinburgh Posztnatális (szülést követő) Depresszió Skála, EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Cox és munkatársai által kifejlesztett kérdőív, amely a hangulatzavarban szenvedő nők szűrésére szolgál. Az EPDS teszt jellemzői: 10 tételből áll, mindegyik tétel 4 állítást tartalmaz, az elérhető pontszám 0–30. A szakirodalom vágóértéknek (cut-off) nevezi azt a pontszámot, amikor feltétlenül ellátásba kell küldeni a személyt. Jelen esetben a 12-es értéket adták meg vágóértéknek. Amennyiben az összpontszám: 12 alatt van, a család támogatására, valamint a védőnő támogatására,

odafigyelésre van szükség. 12 pont felett a védőnő véleménye alapján szakember segítségére (pszichológus, pszichiáter) is szükség van (Cox–Holden–Sagovsky, 1987).

Egészség: „Az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képességek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul” (Egészségtudományi Fogalomtár, 2018).

Egészségfejlesztés: Olyan módszerek összessége, melyek elsősorban a primer prevenció eszközrendszereinek alkalmazását jelentik annak érdekében, hogy az emberek saját egészségüket képesek legyenek felügyelni, a károsító hatásokat elkerülni. Beletartozik nem csak az egyéni, de a közösségi egészségre ható tényezők támogatása is, azok a társadalmi és politikai döntések is, amelyek a környezeti feltételek javítását szolgálják (Centroszet, 2018).

Egészségkép (közösségi diagnózis): Egy település egészségtervének elkészítése során figyelembe veszi a lakosság életminőségét, életfeltételeit, melyek az egészségfejlesztések alapját fogják képezni a későbbiekben. A lakosság jellemezhető a demográfiai adatok, az infrastrukturális helyzet, a környezeti tényezők, a megbetegedések, a halálozások adatain keresztül. Ez egy lehetséges cselekvési terv első lépcsője (Egészségtudományi Fogalomtár, 2018).

Egészségtudatos magatartás: Az egészségtudatos magatartás az egyén szemléletének, viselkedésének, tevékenységének összessége annak érdekében, hogy minél tovább minél egészségesebb maradjon.

Egészségügyi adat: Az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátó hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

Egészségügyi dokumentáció (betegdokumentáció): Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és

személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

Egészségügyi ellátás: A beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége.

Egészségügyi szolgáltató (fekvőbeteg-ellátó, járóbeteg-ellátó, háziorvos/praxis, védőnő): A tulajdonosi formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

Élveszületés: Minden olyan magzat világrajövele, aki az életnek valamilyen jelét (mint légzés vagy szív működés, illetőleg köldökzsinór-pulzáció) adja, tekintet nélkül arra, hogy mennyi ideig volt az anya méhében és mennyi ideig élt. (Fogalomtár, 2018)

Fagerström Nikotin Dependencia Teszt: Hat kérdésből álló mérőeszköz, mely a fizikai nikotinfüggés mértékének gyors felmérésére alkalmas. Minél magasabb ennek pontszáma, annál erősebb a függés (21). A hat kérdésből két kérdésnek kiemelt jelentősége van a „dohányzás súlyossága index” megállapítása során, mely erősebb függőséget jelez. Az egyik az ébredést követő első rágyújtás ideje, illetve a naponta elszívott cigaretták száma (Vajer, 2013).

Gestatio diabetes mellitus: várandóssági cukorbetegség. A gestatio diabetes a várandósság 24-28. hete között OGTT (oralis glukóz tolerancia teszt) elvégzése révén kerül felismerésre, a kóros 7,8 mmol/l feletti 120 perces érték, vagy 5,6 mmol/l feletti éhomi vércukorérték vizsgálatával. Azon várandósoknál alakul ki, akiknél a hasnyálmirigy inzulintermelése nem tud lépést tartani a várandósságot jellemző inzulinrezisztens állapottal (Papp, 2016b).

HELLP szindróma: neve egy rövidítésből származik, egy olyan súlyos várandóssági kórkép, amely hipertónia jelenléte mellett emelkedett májenzimek, microangiopathiás haemolysis (vörövértetek szétesése), és az alacsony thrombocytaszám hármásával jellemezhető (Uptodate, 2018).

Hozzáférhetőség: Az aktuális egészségi állapot szerint szükséges egészségügyi szolgáltatásokat az érintett anyagi helyzetétől és lakóhelye földrajzi elhelyezkedésétől függetlenül a szükséges időpontban veheti igénybe.

Hyperthyreosis: Pajzsmirigy-túlműködés, diagnózisa legtöbbször egyértelmű a jellegzetes klinikai és biokémiai tünetek miatt, egyes esetekben azonban kevesebb, vagy kevésbé egyértelmű panaszok mellett a laboratóriumi vizsgálat segít a diagnosis felállításában (Papp, 2016b).

Hypertonia: A várandósság során a magas vérnyomással járó kórképeket 4 nagy csoportra szokták osztani: praeclampsia, gestatio hypertonia, krónikus hypertonia és praeclampsia súlyos szövődeményekkel. Krónikus hypertoniáról beszélünk a várandósság előtt fennálló, illetve a várandósság 20. hete előtt jelentkező 140 Hgmm feletti systolés és 90 Hgmm feletti diastolés vérnyomás értékek esetén, ha ehhez proteinuria ill. frissen észlelt szervi érintettség nem társul. Hypertonia gravidarumról beszélünk a várandósság 20. hete után újonnan diagnosztizált magas vérnyomás esetén. Praeclampsia: lásd lenn (Uptodate, 2018).

Hypothyreosis: A pajzsmirigy alulműködése, amely magas TSH (pajzsmirigy stimuláló hormon) és alacsony T4 (szabad tiroxin szintekkel) jellemezhető, szubklinikai formájában a T4 szint normális lehet magas TSH szint mellett (Papp, 2016b).

Indikátor: Az egészségügyi ellátások során különböző mérőszámok keletkeznek a lakosság egészségi állapotára, a beavatkozások számára vonatkozóan. Az indikátorok segítik az eligazodást az egészségügy működésével kapcsolatban, valamint annak értékelését és minőségfejlesztését támogatják (Balicza–Lám, 2018).

Információ: Minden olyan értelemmel bíró adat, amely a betegellátás során vagy a betegellátással kapcsolatban tudomásunkra jutott.

ISCED: Az oktatás egységes nemzetközi osztályozásának rendszerét (angol nyelvű rövidítése szerint ISCED) első ízben a múlt század 70-es éveinek elején az ENSZ oktatási és kulturális szervezete az UNESCO dolgozta ki azzal a világos céllal, hogy a szakemberek számára rendelkezésre álljon egy olyan eszköz, amely lehetővé teszi a „nemzeti és nemzetközi oktatási statisztikák összegyűjtését, összesítését és összehasonlítását” (UNESCO, 2018).

IUGR (Intrauterine Growth Restriction) vagy másként FGR (Fetal Growth Restriction): Ez a kifejezés a magzatra vonatkozik, aki nem képest a várt növekedési ütemben fejlődni. A magzati testtömeg ilyenkor a 10 percentilis alatt helyezkedik el, súlyos esetben 3 percentilis alá esik (Uptodate, 2018).

Kis súlyú újszülött: „Kis súlyúnak nevezünk minden, 2500 gr alatti testtömeggel született újszülöttet, függetlenül attól, hogy milyen hosszú várandósságból született. Születési testtömeg alapján alkotott csoportosítás szerint:

< 2500 gramm – alacsony születési testtömeg (LBW - low birth weight)

< 1500 gramm – nagyon alacsony születési testtömeg (VLBW - very low birth weight)

< 1000 gramm – extrém alacsony születési testtömeg (ELBW – extremely low birth weight" (Uptodate, 2018)

Korai és késői magzati halálozás: Amennyiben a magzat életjelenségek nélkül a várandósság betöltött 24. hete előtt jön a világra, testtömege nem éri el az 500 grammot és hossza a 30 cm-t, magzati halálozásról beszélünk (KSH, 2018).

Koraszülés: A betöltött 37. várandóssági hét előtt bekövetkező szülést koraszülésnek nevezzük. Alsó határát a WHO ICD (World Health Organization International Classification of Diseases) ajánlására 22. várandóssági hétre vitték le, a várandóssági hetek ismeretének hiányában az 500 gramm súlyhatárt, a 30 cm-es testhosszt határozták meg. Szakmai szempontból a koraszületeket a várandósság hetei szerint osztályozzák (Uptodate, 2018).

Koraszülöttek osztályozása: A koraszületek hetek szerint történő felosztása a WHO mai állásfoglalása szerint a következő:

32 és < 37 várandóssági hét között éretlen, késői (moderate to late preterm),

28 és < 32 várandóssági hét között igen éretlen (very preterm),

< 28 hét előtti várandóssági hetek esetén igen-igen éretlen (extremely preterm) koraszülésről beszélünk (WHO, 2018).

Környezeti dohányfüst-expozíció (passzív dohányzás): A nem dohányzók környezetében jelen lévő dohányfüst jelenléte, illetve kényszerű belélegzése, mely égő, füstölő cigarettából

vagy dohánytermékből származik és hozzáadódik a dohányzó személy kilélegzett dohányfüstje is (CDC, 2018).

Kvaterner prevenció: Az orvosok kötelesek megvédeni a pácienseket a felesleges beavatkozásoktól, szűrővizsgálatoktól, terápiás kezelésektől (Kalabay, 2012).

Magzati alkohol szindróma: Magzati alkohol szindróma akkor alakul ki, ha a magzatot születése előtt alkoholhatás éri. A probléma korszerű megnevezése magzati alkohol spektrumzavar, amibe három kórkép tartozik: az első a fetális alkohol szindróma, a második a parciális, vagy részleges fetális alkohol szindróma, a harmadik pedig a neurobehaviorális rendellenesség. Ezek a fokozatok gyakorlatilag attól függnek, hogy a magzatot milyen szintű károsodás éri. A neurobehaviorális típus a legenyhébb, ilyenkor látható fejlődési rendellenesség nem érezhető, a magzaton nincs külső, látható eltérés. A részleges fetális alkohol szindrómánál a jellegzetes arcváltozások – keskeny felsőajak, az orr és a felsőajak közötti bemélyedés hiánya és a rövid szemrések – egy része beazonosítható, míg a fetális alkohol szindrómánál a babán már mindhárom elváltozás jelen van. A méhben fejlődő baba a várandósság első harmadában érzékeny leginkább mindenfajta káros hatásra, így alkoholra is, de a várandósság későbbi szakaszában fogyasztott alkohol is károsan befolyásolhatja a magzat növekedését. Az alkohol legfontosabb káros hatását a magzati idegsejtekre fejt ki. A „még biztonságos” határ meghúzása azért sem lehetséges, mert nemcsak az elfogyasztott alkohol mennyisége, hanem az anya életkora, súlya, általános egészségi állapota, valamint az alkoholfogyasztás rendszeressége is befolyásolja a magzatra kifejtett hatást (H. Schröter, 2010).

Minimál intervenció (dohányzás): „A minimál intervenció lényege, hogy valamennyi orvosnak kötelessége, hogy a páciensekkel történő találkozáskor rákérdezzen azok dohányzási szokásaira, ha dohányoznak, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását. Erősítse meg a leszokási szándékot, a motivációt. Ez a három tevékenység határozza meg alapvetően a minimál intervenciót” (EMMI, 2014).

Nemzetiség: „A törvény (2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól) értelmében nemzetiség minden olyan – Magyarország területén legalább egy évszázada honos – népcsoport, amely az állam lakossága körében számszerű kisebbségben van, a lakosság többi részétől saját nyelve, kultúrája és hagyományai különböztetik meg, egyben olyan

összetartozás-tudatról tesz bizonyosságot, amely mindezek megőrzésére, történelmileg kialakult közösségeik érdekeinek kifejezésére és védelmére irányul.” (2011. évi CLXXIX. Törvény a nemzetiségek jogairól, 2018. 12. 10.)

Nikotinfüggőség: A nikotinfüggőség abban az esetben áll fenn, ha az alábbi 7 jellemző közül legalább 3 megtalálható a dohányzó egyénnél: erős dohányzás iráni vágy, kontroll nélküli dohányzás, csökkent fogyasztás esetén megvonási tünetek, folyamatos dohányzás, a dohányzás más tevékenységek elé helyezése, magas tolerancia, nikotinmegvonás tünetei (Szemerédy, 2018).

Parodontózis: A parodontózis (fogínysorvadás) a fogíny gyulladása nyomán, de általában annak lezajlása után kialakuló degeneratív fogágybetegség, melynek következtében a fogíny lassan visszahúzódik a fognyakról. Végző soron a fogak kilazulásához, majd kihullásához, illetve ezt megelőzendő kihúzásához vezet (Molnárné, 2018).

Paykel pszichoszociális mérőskála: Paykel az életesemények szubjektív megítéléséhez létrehozott egy mérőskálát, amelyben a válaszadónak nemcsak az életesemény bekövetkezését kell megjelölnie, hanem értékelnie kell, hogy számára mennyire zavaró, megterhelő, stresszt okozó az illető esemény (Paykel, 2002).

Perinatális halálozás: A késői magzati halálozás és halvaszületés (24. betöltött hetet követően), illetve a 0-6. nap között történő csecsemőhalálozást foglalja magába (Papp,2016a).

Policisztás petefészek szindróma: A leggyakoribb endokrinológiai kórkép a reprodukív korú nők körében. Diagnózisa a hyperandrogenismus, oligomenorrhea tüneteinek és a polcystás petefészek ultrahang képén alapul (Papp,2016b).

Populáció, magyarul „népesség”: A demográfiában általában egyszerűen egy ország vagy földrajzi egység lakosainak összessége. Népegészségügyi szempontból a populációt egy adott népegészségügyi problémában érintett egyének összességét kell figyelembe venni, ami sem az állampolgársággal, sem a lakóhellyel nem feltétlenül függ össze; hanem az éppen vizsgált jelenséggel.

Posztpartum blue: „A gyermekágyi lehangoltság (más néven baby blues) egy átmeneti, minor affektív zavar, amelynek prevalenciája 25–85%. A DSM-IV úgy határozza meg a

gyermekágyi lehangoltságot, mint a depresszió egy enyhe és átmeneti formáját, ami a szülést követő 3–7 napon belül jelentkezik, és legkésőbb a 10. napon elmúlik. Az állapot tünetei: érzelmi labilitás, sírás, érzékenység, irritabilitás, alvászavar, lehangoltságérzés („blues”), hangulatváltások (akár eufória is), sérülékenységérzés, értéktelenségérzés, türelmetlenség és nyugtalanság. Legfontosabb különbség a posztpartum depressziótól: sosincs szuicid tünet a baby blues-ban (DSM-IV, 2001).

Posztpartum depresszió: A szülés utáni (postpartum) hangulati zavarok közül a leggyakoribb a szülés utáni valódi depresszió, amely a szülések 10–15 százalékában fordul elő. Sok esetben ez a hangulatzavar csak átmeneti, enyhe és kevésbé intenzív, mint a major depresszió. Az állapot tünetei: típusos esetben a tünetek a szülést követő pár héten belül (2–4 hét) jelennek meg, lassan, fokozatosan kifejlődve. A gyermekágyas egyre kevésbé tud örülni a gyermeknek, az újszülött ellátása egyre fárasztóbbá válik a számára. Kialakulnak a közepes vagy súlyos depresszió tünetei: alvászavar (főként inszomnia), étvágyzavar és jelentős testsúlyváltozás, energiátlanság, szociális izoláció, memória- és koncentrációs zavarok, fokozott aggodás, a szexuális vágy csökkenése, gyakori sírással kísért érzelemkitörések (Naiman és mtsai, 2000).

Posztpartum pszichózis: A perinatális időszakban előforduló mentális betegségek közül a legsúlyosabb a gyermekágyi pszichózis. Legszélsőségesebb esetben a szülés utáni hangulatváltozás veszélyes téveszmékkal (ezek közt a legrosszabb annak gondolata, hogy a csecsemő valamiféleképpen torz vagy elátkozott), vagy hallucinációkkal (melyek erőszakos cselekedeteket hívhatnak elő) járhat. Egyes súlyos esetekben mindez tragikus öngyilkossági és/vagy csecsemőgyilkossági kísérletbe torkollhat. A szülés utáni pszichózis (posztpartum pszichózis – PPP) a legsúlyosabb és a legritkább szülés utáni pszichés megbetegedés. 1000 szülő nőből egy-két nőt érint. Hirtelen jelentkezik, általában az első hét során, de később, mint a hangulati zavarok. A PPP tünetei nagyon súlyosak, és a valósággal való kapcsolat elvesztésével járnak (Terp–Mortensen, 1998).

Praeclampsia: Több szervre kiterjedő, súlyos, életet veszélyeztető várandóssági kórkép, amelyet újonnan diagnosztizált magas vérnyomás és proteinuria vagy magas vérnyomás és jelentős szervi érintettség jellemez proteinuriával vagy anélkül, a várandósság alatt és a szülés után is kialakulhat. Hátterében az anyai szisztémás gyulladáshoz vezető válasz, az endothelialis

sejtek működési zavara és fokozott véralvadás áll, amely a méhlepény működési zavara következtében alakul ki (Papp, 2016b).

Prevenció: Magyarul „megelőzés”. Azon orvosi és nem orvosi egészségügyi eljárások, életviteli módok, amelyek célja a betegségek megelőzése, korai felismerése, a szövődmények kialakulásának megelőzése.

Primer prevenció: Elsődleges megelőzés, melynek középpontjában az egészség megőrzése, védelme, a betegségek megelőzése áll. Legfőbb tevékenysége az egészségfejlesztés (Egészségtudományi fogalomtár, 2018).

Pszichoterápia: A lelki problémák vagy pszichés betegségek kezelésének tudományosan megalapozott, szakszerű módja, amely emberi kölcsönhatás (interakció) és jelzést váltási folyamat (kommunikáció) révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban (Szőnyi–Füredi, 2008).

SGA: A gesztációs időhöz képest kis súlyú újszülött. SGA (small for gestational age) minden olyan újszülött, akinek a születési testtömege nem éri el a gesztációs korának megfelelő normál tartományt, azaz 10 percentil alá esik. Az SGA újszülöttek/koraszülöttek fejlettsége és testarányai és megfelelnek a gesztációs koruknak, de testtömegük elmarad az arra jellemző normál átlagtól (Papp, 2016a).

STD: Szexuális úton terjedő betegségek. Újabb megnevezése: STI: szexuális úton terjedő fertőzések, tekintettel arra, hogy számos esetben nem, vagy csak későn kerül felismerésre a kórkép, miközben a hordozó egyén tovább fertőz. Terjedésükben a nemi aktus a meghatározó, beleértve annak különböző (genitovaginalis, genitoanalis, orogenitalis, oroanalis) formáit. A szexuális korokozók közül számos átvihető az anyáról a magzatra vér útján, transzfúzió, intravénás kábítószer-használat révén, és az anyatejjel is (Papp, 2016b).

Szegregáció: az a jelenség, amikor egy-egy településen belül a különböző társadalmi rétegek, etnikai csoportok lakóhelye erősen elkülönül egymástól, a szegregáció együtt jár a jövedelmi viszonyok és a települési infrastruktúra jelentős egyenlőtlenségével is (Andorka, 1997).

Szekunder prevenció: A betegségek felismerése a legkorábbi stádiumban elsősorban szűrővizsgálatok segítségével (Egészségtudományi fogalomtár, 2018).

Személyes adat: Az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.

Szocioökonómiai státusz (Socio-Economic Status - SES): A család társadalmi státuszának komplex mutatószáma (Hunline, 2018).

Szűrővizsgálat: A preklinikai (tüneteket és panaszt még nem okozó) kimutathatóság szakaszában tünet- és panaszmentes személyeknek a rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel végzett vizsgálata gyorsan kivitelezhető tesztek, vizsgálatok és egyéb eljárások alkalmazásával (Döbrössy, 2005).

Tercier prevenció: A tartós megbetegedések esetén minden olyan beavatkozás ide tartozik, mely segíti csökkenteni vagy megelőzni a további egészségkárosodásokat (Egészségtudományi fogalomtár, 2018).

Terhességmegszakítás: A várandósság szándékos beavatkozással történő megszakítását jelenti, nevezik „művi abortusznak” is. Történhet egészségügyi indok alapján, vagy annak hiányában is (KSH, 2018).

Tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence-based medicine): A gyógyító tevékenységnek az a módja, amely a döntéseket a legújabb, megbízható tudományos eredményekre, az évek alatt megszerzett szakmai tapasztalatra és a betegek preferenciáira építi. Olyan a gyógyító tevékenységhez, illetve a szakmai döntéshozatalhoz használt módszertan, amely a rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok (eredmények) gyűjtése és kritikus értékelése – az evidencia minősége és erőssége – alapján hoz döntéseket az egyes diagnosztikus beavatkozások, terápiák, ápolási módszerek, illetve egyéb egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában.

Veleszületett fejlődési rendellenességek: A veleszületett rendellenességek olyan, a magzati életben kialakuló alaki, biokémiai és működésbeli fejlődési zavarok, amelyeket születéskor (esetleg már a magzati életben) vagy a születést követően észlelnek. Ezek kialakulásában a genetikai okok mellett külső környezeti hatások (anyai betegség, környezeti ártalmak, kémiai

anyagok, életmódbeli hatások) vagy genetikai tényezők külső tényezők által történő felerősödése (un. epigenetikai faktorok) keresendő.

Vélt egészség: Ez a mérőszám nem kapcsolódik össze feltétlenül az orvosok által megállapított egészségi állapottal. Ez egy önértékelésen alapuló mérőszám, melyben erősen meghatározó szerepe van az egyén kulturális, gazdasági, társadalmi és jövedelmi helyzetének. A hátrányosabb helyzetben élő emberek saját egészségi állapotukat általában kedvezőtlenebbül ítélik meg. Megítéléséhez az egyének általában valamilyen skálán jelölik meg a vélt egészségük fokát (Egészségtudományi fogalomtár,2018).

XI. Ábrajegyzék

1. ábra: Koraszülést és veleszületett fejlődési rendellenességeket okozó lehetséges okok és hatások	6
2. ábra: Pszichoszociális stressz értékelése Paykel-féle mérőskála alapján	34
3. ábra: Családtervezés a nővédelem része	44
4. ábra: A nővédelem részei	45
5. ábra: Nővédelemhez kapcsolódó egészségfejlesztés témakörei	46
6. ábra Iskolai egészségfejlesztés nővédelemhez is kapcsolódó témakörei	50
7. ábra: A családalapításhoz vezető út ismertetése, megismerésének előkészítése.....	54
8. ábra: A családtervezés egyes lépéseinek összefoglalása	56
9. ábra: Cerclage-műtét.....	71
10. ábra: Cervixhossz mérés	72
11. ábra: Conisatio.....	73
12. ábra: A méh alaki rendellenességei	74
13. ábra: Okostányér ajánlásai	76
14. ábra: Dohányzás hatása a spermiumok számára, alakjára és mozgékonyására.....	91
15. ábra: A parodontális betegségek és a koraszülés összefüggésének hátterében álló lehetséges biológiai mechanizmusok”	95
16. ábra: Gingivitis; 17. ábra: Pyogen granuloma.	98
18. ábra:Hypertonia megelőzése	103
19. ábra: A praeclampsia tünetei	104
20. ábra: Az 1-es típusú diabetes tünetei	107
21. ábra: Az élveszületések száma és a teljes termékenységi arányszám	109