

Molnár Attila

A KISSÚLYÚSÁG OKA A VÁRANDÓS ANYA HELYTELEN ÉLETMÓDJA?*

Egy ország egészségügyi ellátottságának fontos minőségi mutatója a csecsemőhalálozás arányszáma, amelyet alapvetően meghatároz a kissúlyú újszülöttek száma.¹

Hazánkban 1990-ben ezer kissúlyú élveszületett közül 136 halt meg a születése utáni hat napon belül, az érettek közül viszont mindössze öt. A különbség 27-szeres. Ugyanakkor 123 kissúlyú és hat érett újszülött halt meg a hetedik naptól számított egy éven belül, ami több, mint hússzoros különbséget jelent.

Az újszülöttekkel foglalkozó gyermekorvosok szerint a születést közvetlenül követő, és a későbbi vizsgálatokkal is kimutatható, hogy a kissúlyú magzatok esetében a méhen belüli elégtelen oxigénellátás miatt jóval nagyobb a visszafordíthatatlan agyi, idegrendszeri károsodás veszélye, mint a megfelelő időben világra jött, kielégítően fejlődött újszülötteknél. Ezek a gyermekek – ha életben maradnak – gyakran szenvednek kisebb-nagyobb fogyatékoságban, és többnyire nehezebben állnak ellen a különböző fertőzéseknek és egyéb külső hatásoknak. A betegség, jelen esetben a rendellenes kimenetelű terhesség megelőzése rendszerint könnyebb, mint a megszüntetése.

A rendellenes kimenetelű várandósságok kialakulásában szerepet játszó egészségügyi tényezők viszonylag korán, alkalmanként még a nő teherbe esését megelőzően felismerhetők. Ezeket a szakorvos az esetek többségében elháríthatja vagy mérsékelheti hatásukat.

A rendellenes terhesség esetében a kora és/vagy kissúlyú újszülött nem okvetlenül valamilyen betegség következménye, hanem sokkal inkább olyan társadalmi okokra vezethető vissza, mint az anya családi állapota, iskolai végzettsége, a várandósság alatti életmódja, beleértve a fogyasztási szokásokat, a munkavégzés feltételeit, a lakáskörülményeket és a szabadidő eltöltését is.

A kutatás célja és módszere

Nem sokkal a háború után, 1950-ben nemzetközi összehasonlításban is alacsony (5,5%) volt Magyarországon a kissúlyú újszülöttek aránya. Ezután drámai romlás következett, és a hetvenes évekre csaknem megkétszereződött az arány (10,7%).

* A kutatás az Országos Tudományos Kutatási Alap támogatásával készült.

Az orvosok, védőnők és a többi egészségügyi dolgozók nagy erőfeszítésével sikerült 1993-ra leszorítani ezt a mutatót 8,6 százalékra. Az Orvostovábbképző Intézet nőgyógyászai már a nyolcvanas évek elején felismerték, hogy a kissúlyú és/vagy koraszületés nem elsősorban orvosi kérdés, sokkal inkább a várandós anya életmódjának következménye. Ők kérték egy olyan vizsgálatnak az elindítását, mely fényt deríthet azokra a tényezőkre, amelyek a terhesség kimenetelét rossz irányba befolyásolják. A próbafelvételeket 1984–85-ben végeztük az OTKI védőnőképző kara hallgatóinak közreműködésével. Az így szerzett tapasztalatok alapján egy pótlapot szerkesztettünk. Azt kértük a kórházaktól és szülőotthonoktól, hogy 1986. július 1-eje és december 31-ike között, minden idő előtt és/vagy kissúllyal született gyermek, valamint az őt követő egészségesen született gyermek anyját kikérdezve töltsék ki a pótlapot a Központi Statisztikai Hivatal adatgyűjtéseihez felhasznált, minden szülészeti intézményben kötelezően kitöltendő Éveszületési lappal egyidőben. A pótlap kitöltése önkéntes volt. A válaszadást többen megtagadták. A vizsgálat természetéből adódóan a kérdezettek nem minden kérdésre tudtak vagy akartak válaszolni, emiatt néhány pótlapunk hiányos lett. Munkatársaimmal úgy döntöttünk, hogy ezeket is felhasználjuk. Ennek következtében a közölt táblázatok értékei csak a táblázatokon belül érvényesek.

Az adatfelvételbe került újszülötteket a következőképpen csoportosítottuk²:

I. „Érett”³ koraszülött, aki a 37. betöltött terhességi hét előtt, de legalább 2500 g és az alsó 10 percentilis feletti súllyal született (1824);

II. Kissúlyú koraszülött, aki a 37. betöltött terhességi hét előtt, 2500 g és az alsó 10 percentilis alatti súllyal született (444);

III. Kissúlyú időben született, aki a 36. betöltött terhességi hét után, de 2500 g és /vagy az alsó 10 percentilis alatti súllyal született (1537);

IV. Érett, időben született, aki a 36. betöltött terhességi hét után, 2500 g és az alsó 10 percentilis feletti súllyal született (kontroll-csoport) (3043).

Összesen: 6848 értékelhető kérdőívet kaptunk.

A minta nem reprezentálta kellően a rendellenes kimenetelű terhességek országos eloszlását. A torzítás csökkentésére algoritmust dolgoztunk ki, amelynek a segítségével a minta adatait a vizsgált csoportok tényleges, országos arányaival súlyoztuk, kihagyva az ikrek adatlapjait. A súlyszámok a következők voltak: „Érett” koraszülött: 1,00; Kissúlyú koraszülött: 7,01; Kissúlyú, időben született: 1,33; Érett, időben született: 15,34.

Ezzel az egyes csoportok között arányos rétegeket alakítottunk ki, így a hozzájuk tartozó kiválasztási arányszámok jól reprezentálják az alapsokaságot. Az egyes csoportok mintaátlagainak eloszlását részmintákon ellenőriztük és az eredmények pontosságát ebből a tapasztalati eloszlásból becsültük. Ezután matematikai modellek segítségével vizsgáltuk az összefüggést az anya életmódja, valamint a korai és/vagy kissúllyal születés között. Az eredmény szignifikanciáját Mantel–Haenszel próbával vizsgáltuk. A kutatás matematikai modellezésében dr. Mórítz Pálné (KSH) volt a se-

gítségemre, és az adatok számítógépes feldolgozását Balogh Edit (KSH) a SAS program PC változatával végezte.

A vizsgálat során arra szerettünk volna választ kapni: melyek azok a társadalmi tényezők, amelyek leginkább veszélyeztetik a terhességek normális lefolyását? Eme ismérveket veszélyeztető tényezőknek tekintettük, és az esélyhányados módszerével kerestük a választ a három kiválasztott rendellenességi csoport kialakulásának okaira. Az esélyhányados (odds ratio) kifejezi, hogy a vizsgált tényező milyen mértékben befolyásolja a kissúlyú szülés valószínűségét, azaz van-e kapcsolat a kissúlyúság és az anya életmódja, jelen vizsgálatban a családi állapota, iskolai végzettsége és munkaidő-beosztása, továbbá a lakóhelyének milyensége között. Ezeket a mutatókat fel lehet használni a betegségek, a mi estünkben a várandósságok nem kívánt kimenetelének megelőzésében is. Az esélyhányadosok valószínűsítik az egyes változók megléte vagy hiánya esetén valamely rendellenes kimenetelű terhességfajta kialakulását. Felhívják a figyelmet arra, mi mindent kellene a társadalmunknak biztosítania ahhoz, hogy a magzat kellőképp fejletlen, megfelelő időben lássa meg a napvilágot. Ezeket a jelzőszámokat nem önmagukban, hanem tágabb összefüggéseikben kell értelmeznünk. E tanulmány terjedelme nem engedi meg a vizsgálatunkban szereplő összes változó többféle elemzésének bemutatását, ezért csak néhány rövid megjegyzésre szorítkozom.

Az esélyhányadosokkal végzett elemzéseken kívül felhasználtuk a regresszió-elemzést és a variancia-analízist. A regressziós modellhez lineáris függvényt választottunk, mert alapadatainkhoz az illeszkedett a legjobban. A modell segítségével több alkalmazási feladatot végeztünk. A regressziós mátrix függő változói eseténként más-más rendellenes kimenetelű terhességek csoportjai, a független változói pedig az anya életmódjának különféle tényezői voltak. A modell eredményeinek megbízhatóságát ellenőriztük, és az elemzéshez csak azokat a becsléseket fogadtuk el, amelyek kielégítették az alábbi feltételeket:

- a többszörös determinációs együttható értéke 0,5-nél nem kisebb;
- a variancia-analízisnél alkalmazott F próba 95 százalékos valószínűségi szinten szignifikáns eredményt mutat;
- a reziduális eloszlás képe véletlen szóródást jelez, heteroszkedaszticitás nem tapasztalható;
- a regressziós együtthatók 95 százalékos valószínűségi szinten szignifikáns becslést adnak.

A modell eredménye egyértelműen alátámasztotta az esélyhányadosok segítségével készült értékelésünket, aminek alapján határozott tendenciát találtunk az anya alacsonyabb iskolai végzettsége, a szerényebb kivételű lakások, hiányos komfortosságuk, a fűtés esetenkénti nagyobb munkaigényessége, valamint a terhességek házasságon kívüli kihordása és a rendellenes kimenetelű terhességek között. Ugyanakkor határozott összefüggést találtunk az érett, időben születés és az anya felsőfokú iskolai végzettsége, lakótelepi, összkomfortos lakása, valamint a terhességek házasságban történő kihordása között.

A családi állapot és az iskolai végzettség hatása

Magyarországon a nem házas együttélők – arányuk nem éri el a házások 10 százalékát – ha gyermeket vállalnak, rendszerint összeházasodnak. Ezért a házasságon kívül együtt élőket a mintában elhanyagolható létszámuk miatt a házásokkal összevonva vizsgáljuk. A „nem házas” csoportba a hajadonok, özvegyek és elváltak kerültek, mivel a kis esetszámú ismét egyedül élő nőknél a terhesség kimenetele a születési súly szempontjából nem különbözött a hajadonokétól. Az esélyhányadosok számításánál az „Összesen” sorban szereplő „1” érték az oszlopcímekben megjelölt születések valószínűségét jelenti, ha az anya családi állapotát nem vesszük figyelembe. A többi sorban szereplő értékek mindig az „Összesen” sorral történt, páronkénti számítások eredményei. Az „1”-nél nagyobb érték a megfelelő sorban feltüntetett, független változó meglétének esetében az oszlopcímekben megjelölt függő változó előfordulásának nagyobb valószínűségét, a kisebb érték pedig természetesen az ellenkezőjét jelenti.

Az 1. táblázatban azt látjuk, hogy a házasságban élő anyák nagyobb valószínűséggel (1,02) adnak életet érett, időben született gyermekeknek, mint a nem házas nők (0,86). Életkilátásaik szempontjából a kissúlyú, koraszülött gyermekek vannak a leghátrányosabb helyzetben. Világrajóttuk a házasságon kívüli terhességek esetében valószínűbb (2,14), illetve a legkisebb a valószínűsége annak, hogy férjzett anyától születnek (0,87). A gyermekorvosok állításai szerint kevésbé rosszak az életkilátásaik a kissúlyú, időben született gyermekeknek, és a rosszak között a legjobb helyzetük a terhességi hétnek megfelelő, kissúlyú „érett” újszülötteknek van.

Az esélyhányadosok nagyság szerinti sorrendje is azt mutatja, hogy a házasságban születők védettsége nagyobb. A nem házas anyák esetében a rendellenes kimenetelű terhességek előfordulási aránya magasabb minden csoportban, de a legnagyobb különbséget a kissúlyú koraszülötteket szült anyák esetében találjuk. Az előfordulási arányok az esélyhányadosokat igazolják. A sorok szerint százalékosított táblázat mutatja, hogy a kétféle családi állapotú nőknek milyen arányban vált a terhességük természetes vagy rendellenes kimenetelűvé.

Az egészséges gyermekek világrajóttének esélye annál nagyobb, minél magasabb az anya iskolai végzettsége. E tekintetben azoknak a legrosszabbak az életkilátásaik, akiknek az anyja a nyolc általánost sem tudta befejezni (2. táblázat). Ezek az anyák szülnék legnagyobb valószínűséggel méhen belül sorvadtt, de a megfelelő időben világra jövő gyermekeket. A kissúlyú, de időben született gyermekek esetében a legkisebb az esély, hogy az édesanyjuk diplomás legyen. A táblázaton megfigyelhetjük az összefüggést az iskolai végzettség és a különféle rendellenességi csoportok között.

Úgy tűnik, az anya iskolai végzettsége leginkább a kissúlyúságot befolyásolja és kevésbé van hatással a terhesség időtartamára. Másfelől az esélyhányadosok megbízhatóságát megerősíti a magasabb végzettségű anyák érett, időben született gyermekeinek a nagyobb százalékos aránya is.

Ezek az adatok természetesen nem közvetlenül az anya iskolai végzettségének az eredményei. Az iskolában eltöltött idő az ismeretek bővítése mellett olyan társadalmi normák és attitűdök elsajátítására is lehetőséget nyújthat, amelyek kedveznek a magzat egészségesebb fejlődésének. Továbbá a magasabb iskolai végzettség többnyire kényelmesebb munkalehetőségeket biztosít a várandós nő számára, ami szintén nem elhanyagolható.

A 3. táblázat a várandósságuk alatt aktív és inaktív munkavállaló anyák terhességének kimenetelét mutatja be az iskolai végzettségüktől függően. A dolgozatban aktív munkavállalónak nevezem mindazokat, akik a várandósságuk ideje alatt rendszeres, bérért végzett, otthonukon kívüli munkát vállaltak. A 2. táblázathoz viszonyítva az aktív anyák között majdnem minden esetben növekszik néhány századponttal a rendellenes kimenetelű terhességek kialakulásának esélye. Az egyetlen kivételt a nyolc osztálynál alacsonyabb végzettségű anyák kissúlyú, időben született gyermekeinél találjuk, ahol az előző táblázathoz képest 16 századponttal csökkent az esélyhányados. A két kissúlyú csoport „viselkedése” a táblázatainkban nem egyértelmű. A második táblázatban annak ellenére, hogy az esélyhányados a 8 osztálynál alacsonyabb végzettségű anyák esetében a kissúlyú, időben született gyermekeknél a legmagasabb, mégis a kissúlyú koraszülöttek megjelenési aránya a legnagyobb. Ez a látszólagos ellentmondás a harmadik táblázatban már eltűnik, és a különböző iskolai végzettségű anyák újszülötteinek az egyes rendellenes csoportokban való megjelenési aránya az esélyhányadosok különbségeinél talán még jobban kidomborítja az eltérő iskolai végzettségből adódó eltérő munkakörülmények hatását.

Az inaktív anyák esetében csak a kissúlyú koraszülöttek oszlopában, az érettségizettek és diplomások sorában találunk némi romlást, az összes többi helyen nyilvánvalóan jobbak az újszülöttek életesélyei. Feltételezhetjük, hogy azok a nők, akik legalább érettségi bizonyítvánnyal rendelkeznek, fizikailag többnyire könnyebb munkát végeznek munkahelyükön, mint odahaza, és az otthoni nehezebb munka okozza a terhességük rendellenes kimenetelét. Az is lehet, hogy a leendő anyák egy része veszélyeztetett terhes volt, amiatt kellett otthon maradnia, és ez a veszélyeztetettség okozta a kissúlyú koraszülött világrajöttét. Mindez pillanatnyilag csak feltételezés, mert sajnos az előfelvételek során ilyen kérdés nem merült fel, ezért a végső kérdőíven nem kérdeztünk rá: vajon miért van otthon, miért nem vállalt munkát valahol. Mindenesetre feltűnő, hogy az aktívak esetében a legalacsonyabb végzettségűek magzatai a legveszélyeztetettebbek a kissúlyú koraszülöttség szempontjából, míg ugyanebben az oszlopban az inaktívaknál a legalább érettségivel rendelkezők vannak a leghátrányosabb helyzetben. Figyeljünk fel arra is, hogy az inaktívak esélyhányadosának általános javuló értéke ellenére megfordult a sorrend az „érett” koraszülött és a kissúlyú koraszülött gyerekek születési valószínűségei között. A megjelenési arányok megközelítően követik az esélyhányadosok változását a többi táblázathoz képest.

A 4. és 5. táblázatban más szempontból kíséreljük meg nyomon követni a kissúlyúság kialakulását. E a táblázatokban csak a munkát vállaló, aktív asszonyokat kí-

sérjük figyelemmel, azt, hogy a fizetett állásukban milyen a besorolásuk, szellemi vagy nem szellemi, illetve milyen munkaidő-beosztásban dolgoztak. A 4. táblázaton a munkaköri besorolásnak és az iskolai végzettségnek együttes hatását követhetjük nyomon. Természetesnek vehetjük, hogy azoknak a nőknek, akik nyolc általánost vagy kevesebbet végeztek, nagyobb megterhelést jelent a szellemi munka végzése, mint a nem szellemi. A táblázat szerint mind a három rendellenes kimenetelű terhesség esetében rosszabbak az esélyei a szellemi munkát végző, alacsony végzettségű leendő anyáknak, mint azoknak, akik fizikai munkával foglalkoznak. A középiskolai végzettségűek esetében csak az „érett” koraszülötteket szülők oszlopában magasabb 0,15-tel a szellemi foglalkozásúak esélyhányadosa. Az „érett” és kissúlyú koraszülötteket szülők csoportjaiban, a kis esetszám miatt megtévesztő lehet a nem szellemi foglalkozásúak alacsonyabb esélyhányadosa. Az 5. táblázatban a munkaidő-beosztást három csoportba soroltuk: „Mindig nappal”, „Mindig éjszaka” és „Változó műszakban”. A szellemi foglalkozásúak ritkán dolgoznak éjszakai műszakban. Összesen egy ilyen anya került a mintánkba, és csak a felszorzás után lettek heten a kissúlyú koraszülöttet szülők között.

A 5. táblázat csak az aktív kereső anyák helyzetét mutatja be. A mindig nappali műszak beosztás az újszülöttek korai világra jöttét segíti elő, míg a változó műszakban dolgozó anyáknak nagyobb az esélyük a terhességük normális ideig történő kihordására, függetlenül attól, hogy a gyermek kissúlyú lesz-e vagy sem. A mindig éjjel dolgozók a táblázat szerint nehezen tudják végig kihordani a gyermeküket, és nagy a valószínűsége annak, hogy kissúlyú újszülöttet hoznak világra. Egyelőre nem találok a magyarázatát annak, vajon miért van nagyobb esélyük érett, időben született magzat világrahozatalára azoknak, akik változó műszakban dolgoznak, függetlenül attól, hogy szellemi vagy nem szellemi munkát végeznek. Az 5. táblázat egyértelműen felhívja a figyelmet az éjszakai műszak ártalmára. Magyarországon a várandós nőket – ha van rá lehetőség – nem szabad éjszakai műszakban foglalkoztatni. Ha ez mégis elkerülhetetlen, akkor az elsősorban a nem szellemi foglalkozásúakat sújtja, az éjszakai műszakokban eleve kevesebb szellemi beosztású dolgozik, ezért könnyebb az ilyen munka alól a várandós nőket felmenteni. Ez is a magasabb iskolai végzettségűek előnyét bizonyítja.

A lakáskörülmények hatása

Az anya családi állapota nem önmagában fejt ki a hatását, hanem a többi változó befolyását erősíti vagy gyengíti. Például nézzük meg a lakások építési módjának és komfortfokozatának befolyását a rendellenes terhességek kialakulásában, majd ugyanezeket a hatásokat az anyák családi állapotával összefüggésben!

A 6. táblázatban az „Egyéb” csoportban az egyenként kis esetszámuk miatt nem elemezhető diák- és munkásszállások, valamint a szükséglakások összevontan szerepelnek. Ezekből a lakásokból kerültek ki a legnagyobb arányban a rendellenes kimenetelű terhességekből született gyermekek, illetve innen születtek a legkisebb

arányban a megfelelő súlyú és terhességi idejű, valóban érett újszülöttek. Vizsgálataink egyik meglepő eredménye, hogy a magzatok méhen belüli fejlődése szempontjából a lakótelepi lakások talán a legmegfelelőbbeknek mondhatók. Ezekből a lakásokból születik aránylag a legkevesebb koraszülött, és a kissúlyú, időben születettek szempontjából is csak a társasházi lakások tűnnek előnyösebbeknek. A hagyományos bérházak és a családi házak csak ezek után következnek. Valószínűleg a többnyire magas komfortfokozat adta kényelem játszik döntő szerepet, és tekintetbe kell vennünk az egészségügyi szolgálat könnyebb elérhetőségét biztosító közúti hálózat jelentőségét is. A társasházi lakásokban lakók mindezek mellett az átlagosnál többnyire jobb anyagi körülmények adta nagyobb kényelemben élnek.

Úgy látszik, hogy a hagyományos bérház sokkal jobb otthont biztosít azoknak a leendő anyáknak, akik házasságban szülnék, mint azoknak, akik házasságon kívül adnak életet a kicsinyüknek. Ha az esélyhányadosoknak a különböző csoportokon belüli sorrendiségét vesszük figyelembe, akkor a családi állapot itt okozza a legnagyobb különbséget.

Általában a kissúlyú koraszülötteknek vannak a legrosszabb életkilátásaik. A lakótelepi lakások az ő szempontjukból is a legjobbaknak tűnnek. Itt születnek a legkisebb arányban az ilyen hátrányos helyzetű gyermekek, akár házasságban, akár házasságon kívül jönnek a világra.

Az idő előtti születés, mindent együtt véve, legkevésbé a lakótelepi lakásokban fordul elő, viszont a kissúlyúság ellen legjobb a társasház, mind a házaspár, mind a nem házaspár anyák gyermekei szempontjából. Érdemes felfigyelnünk a társasházak és a családi házak helyzetváltására az anyák családi állapotától függően. Családi háznak nevezzük az olyan kertes házat, amelyikben legfeljebb két lakás van. A társasházak pedig a többlakásos és általában szintén kertes házak. A társasházi lakások a második legjobb otthont adják a megfelelő időben szülő, házaspár kismamáknak, viszont ha az egyéb csoportba tartozó, otthonnak ritkán nevezhető szállásoktól és furcsa módon a bérházaktól eltekintünk, akkor a nem házaspár leendő anyák számára a legrosszabb környezetet jelentik. Hasonló képet mutat az érett, időben született gyermekeknek életet adó anyák csoportja is.

A családi házak bővítése vagy új ház építése általában a fiatal házaspár feladata, és feltételezhető, hogy az építkezéseknél gyakorta a leendő anyák is kiveszik részüket a fizikai munkából. A nehéz fizikai munka – márpedig az építkezés az – ritkán használ a várandós anyáknak.

A lakás felszereltsége

Mindenféle kényelmi és tisztálkodási berendezések alapja a lakásba bevezetett folyóvíz, aminek fontosságát a 7. táblázat egyértelműen bizonyítja. A különböző érettségű újszülötteknek mind a négy csoportjában azok az anyák vannak előnyösebb helyzetben, akik vízvezetékes lakásban várhatják gyermekük megszületését. A folyóvíz biztosította kényelmesebb tisztálkodási lehetőségek – úgy látszik – leginkább a kissúlyúság megelőzésében játszanak kiemelkedő szerepet. Szeretném felhívni a figyelmet a kissúlyal, időben született gyermekek csoportjaira, ahol több mint kétszeres az esélyhányados-különbség a vezetékes vizet nélkülözni kényszerülő hátrányára. A vezetékes vízre alapozott két legfontosabb berendezés, a fürdőszoba és a WC meglete hasonló jelentőségű, mint a folyóvíz. A táblázat itt is alátámasztja a házasság, a család védő szerepét. Mind a négy csoportban egyértelműen rosszabb a helyzetük azoknak az asszonyoknak, akiknek nincs házastársuk. Ez a gond különösen a családi házakban lakóknál merülhet fel, mivel a családi házak mint otthonok nagy része a városok peremkerületeiből és a falusi környezetből származik. Ebből következik, hogy ahol nincs vezetékes víz a lakásban, ott a kútról, vödörben kell becipelni, ami nem kimondottan a leendő anyáknak való munka. Ebben látom a segítő férj egyik szerepét. A 7. táblázatban kezeljük kiemelten a vezetékes víz jelentőségét az anya családi állapotától függően. Láthatjuk, hogy a kontroll-csoport kivételével az esélyhányadosok mindenütt nagyobbak, ahol az anyának nincs férje, és ez a rendellenes kimenetelű terhességek kialakulásának nagyobb valószínűségét jelzi az olyan lakásokban, ahol nincs folyóvíz.

A kérdőívünkön azt kérdeztük: van-e villanyvilágítás a lakásban? Ez természetesen a kérdés leegyszerűsítése volt, hiszen nem a világítás módja, hanem a villanyáram meglététől vagy hiányától függő, kényelmi berendezések használatának lehetősége volt a döntő. 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 jégveremben. A táblázat leegyszerűsítve erre is választ ad és kiemeli a jobb felszereltség segítő, védő szerepét, illetve hiányának káros befolyását.

A lakás komfortosságának megítélésében utoljára hagytuk a fűtés módját. A 8. táblázatban csak korszerű és hagyományos fűtést különböztettünk meg. Korszerű fűtésen a távfűtést és a központi fűtést értjük, de ide vontuk az etázsfűtést és a padlófűtést is, mert kis esetszámuk miatt nem voltak külön elemezhetők. Hagományos fűtésként értelmeztük a szobák fával, szénnel vagy olajjal történő egyedi fűtését. Összesen két válaszolónak nincs fűtve a lakása, egyikük „érett” koraszülöttnak, a másik megkérdezett kissúlyú, időben születettnek adott életet. E táblázatunk szerint a korszerű fűtésfajták kedvező befolyása nem olyan erős a terhességek fejlődésére, mint a villanyvilágítás megléte vagy hiánya.

A lakáskörülményekkel foglalkozó táblázatainkon mindenütt jól látható, hogy a házasság anyák esetében mindig kisebb a rendellenes kimenetelű terhességek előfordulási aránya, mint a nem házasság anyák esetében.

A dolgozat elején megemlítettem az életmódot meghatározó többi tényezőt is, amelyek mind befolyásolják a magzat méhen belüli fejlődését. Az alkoholfogyasztás káros hatása közismert, de a tapasztalatunk szerinti legártalmasabb dohányfüst elkerülésének fontossága sajnos még nem eléggé terjedt el a köztudatban. Mindezekről már mások is beszámoltak, jómagam is, ezért itt csak egy kevéssé ismert és méltatott változócsoporthoz a hatására kívántam felhívni a figyelmet.

Összegzés

E tanulmány nem ismerteti a kutatás összes eredményét. Nem foglalkozom a várandós anyák fogyasztási szokásaival és munkavégzésük árnyaltabb elemzésével, amelyek együttesen talán megbízhatóbb magyarázatot adnak a rendellenes kimenetelű terhességek társadalmi okaira. Nem foglalkozom a kismamák szervi megbetegedéseinek hatásával sem, mert ez orvosi feladat, és ennek a kutatásnak különálló része.

A várandósság kimenetelének rendellenessé válása rendkívül bonyolult és összetett folyamat, amelyből a szervi megbetegedéseket alkalmanként orvosi beavatkozással meg lehet állítani, vagy csökkenthető a hatásuk. A nagyobbik részt kitevő társadalmi veszélyeztető tényezők csak megelőzhetők, adott esetben elkerülhetők. Ha már jelen vannak és hatnak, akkor a semlegesítésük szinte lehetetlen. A megelőzés viszont nem mindig olcsó, de többnyire célravezető.

A dolgozatban rámutatok a családi állapot fontos szerepére. Minden vizsgált független változó – a mi esetünkben veszélyeztető tényező – kevésbé látszik ártalmasnak, ha a leendő anyának férje – vagy a mi adatgyűjtésünkben ritkábban előforduló esetben élettársa – van.

A lakás milyensége a vizsgálat tapasztalata szerint döntő jelentőségű, de ennek hatását is erősen befolyásolja a várandós anya családi állapota. Némi meglepetést okozott a sokszor szidott és lenézett lakótelepi lakások előnyös volta a magzat fejlődése szempontjából. Erre valószínűleg a lakások komfortossága adja a magyarázatot. Általában ezekben a lakásokban adottak a leginkább a tisztálkodási és egyéb kényelmi lehetőségek. Ezek a lakások a legjobban közművesítettek, és a viszonylag jó úthálózat megkönnyíti, hogy az orvos és a mentő is az itt lakókat könnyebben és gyorsabban megközelítse.

A munkahely alapvetően az iskolai végzettség függvénye. Bár a hatályos törvény ellenzi, de gyakorlatilag elkerülhetetlen a várandós nők esetenkénti éjszakai foglalkoztatása, ami egyértelműen károsan befolyásolja a magzat fejlődését. Ártalmas a folyamatosan álló vagy más nehéz fizikai munka is, amire a magasabb képzettségű nők ritkábban kényszerülnek.

Az iskolában megszerezhető ismeretek egy része választási lehetőséget nyújt a leendő anyáknak a terhesség alatti megfelelő életmód és fogyasztási szokások kialakításához. Az nem állítható, hogy mindenki, aki legalább tizenkét évet járt az iskolába, védettebb a veszélyeztető tényezőkkel szemben. Az iskola nem tesz ellenállóbbá, de lehetővé teszi a veszélyeztető tényezők könnyebb elkerülését.

A kutatás során szerzett tapasztalatokat elsősorban azoknak a védőnőknek ajánlom, akik a Családvédelmi Szolgálatnál nap mint nap találkoznak a várandós anyákkal és olyan nőkkel, akik még csak szeretnének anyák lenni, de fogalmuk sincs az ebben az időszakban követendő életmód előírásairól. Másrészt azoknak a politikusoknak szánom, akik a szívükön viselik az ifjúság sorsát és szeretnék elősegíteni az eljövendő újszülöttek jobb életkilátásait.

Az újszülöttek kissúlyúságát és idő előtti világra jöttét nemcsak az aránytalanul magas halandóságuk miatt kell megelőzni, hanem azért is, mert ezeknek a gyermekeknek – ha életben maradnak – többnyire kisebb-nagyobb sérülésekkel kell felélniük az életüket. Gondolok itt például a kissúlyúságot és/vagy idő előtti születést okozó, méhen belüli rossz oxigén- és táplálékellátás miatti agyi, idegrendszeri károsodásokra, amelyek következtében a gyermekek gyakorta képezhetetlenek, vagy jobb esetben a kisegítő iskolák tanulói lesznek. Nem kell bővebben foglalkoznom az ilyen esetek gondjaival, bánataival, amit a családnak okoznak, vagy azokkal a „felesleges”, mert megelőzhető terhekkkel, melyeket az államra és a társadalomra róznak. Ezekkel nagyjából mindenki többé-kevésbé tisztában van, de hiába köztudottak ezek a tények, ahelyett, hogy gondot fordítanánk a megelőzésükre, társadalmunk többsége elsiklik felettük. Tanulmányommal ez utóbbit szeretném megelőzni, és mind a leendő anyákat, mind az illetékes szerveket nagyobb körültekintésre és gondosságra rábírni.

Jegyzetek

¹ Korábban Magyarországon is, mint sok helyütt a világon, időre születettekről és idő előtt születettekről (koraszülöttekről) beszéltünk, de az Egészségügyi Világszervezet ajánlására áttértünk a kissúlyúság pontosabb fogalmának használatára. Koraszülött az, aki a 37. terhességi hét előtt születik, kissúlyú pedig az olyan újszülött, aki nem a terhességi hétnak megfelelő súllyal látja meg a napvilágot (small for gestation age – SGA). Ennek leegyszerűsített mutatója a mindennapi szülészeti gyakorlatban használt, a 37. terhességi hétnak megfelelő, 2500 grammos, még elfogadható súly. Aki ennél kisebb súllyal születik, azt kissúlyúként tartják számon. Tisztában vagyunk azzal, hogy ma már a világ nagy részén az egészségügyi szolgálatoknak a nagyon kissúlyú (g) újszülöttek jelentik az igazi gondot, de jelen vizsgálatunk szempontjából, a rendellenes kimenetelű terhességek kialakulásának társadalmi okait kutatva, nem találtunk lényeges eltéréseket a kissúlyúság és a nagyon kissúlyúság okai között.

² A négy csoport felállításánál Lubcenco beosztását vettük figyelembe.

³ Az első csoportban az „érett” kifejezést azért tettük idézőjelbe, mert bár elérték a 2500 g születési súlyt, illetve meghaladták a születéskori terhességi hétnak megfelelő átlagsúlyok alsó 10 percentiliséit, de a 37. hét előtt jöttek a világra.

- Bodnár L. 1983. Intrauterin retardáció gyakorisága a cigányoknál. *Orvosi Hetilap*, 124, 1381.
- Dobos Anna 1984. *Kandidátusi értekezés*
- Doszpod J.–Török M.–Oláh J.–Gáti I. 1938. Az intrauterin retardáció gyakorisága és a perinatális halálozás. *Orvosi Hetilap*, 124, 1061.
- Edwards, G. 1983. Alcohol and Advice to Pregnant Women. *Br. Med. J. (Clin. Res.)* 247.
- Falusy B.–Miltényi K.–Móritz Pálné–Paksy A. 1992. Az egészségi állapot összefüggései az életmóddal, az időfelhasználással. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet jelentése
- Holland, W. W.–R. Detels–G. Knox 1985. *Oxford Textbook of Public Healths*. Oxford University Press. Oxford, New York, Toronto
- Kóbor J. 1975. *Kandidátusi értekezés*
- KSH 1982. *A terhesség kialakulását befolyásoló néhány tényező vizsgálata*. Budapest
- KSH 1983. *Demográfiai évkönyv*. Budapest
- KSH 1987. *Demográfiai évkönyv*. Budapest
- KSH 1990. *Demográfiai évkönyv*. Budapest
- Lips, H. M. 1982. *Somatic and Emotional Aspect of the Normal Pregnancy Experience in the First 5 Months*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 142, 524.
- Molnár A. 1990a. *Kissúlyú újszülötteket szült asszonyok összehasonlító életmódvizsgálata*. Budapest: KSH
- 1990b. *A kissúlyú újszülöttek összehasonlító vizsgálata a beiskolázhatóságuk szempontjából*. Budapest: KSH
- 1990c. *Comparative Study of the Manner of Life of Females Having Given Birth to Low-Weight Infants*. Budapest: KSH
- 1991. *La possibilité de la formation des enfants d'un poids de naissance bas à l'âge de six ans par le degré d'instruction de la mère*. Előadás az Európai Demográfiai Kongresszuson, Párizs, 1991. október 21–25.
- 1993. *The Impact of the Education Attainment of the Mother on the Development of the Foetus*. Előadás a XXII. Demográfiai Világkonferencián, Montreal 1993. augusztus 24.–szeptember 1.
- Molnár A.–Birtalan I. 1988a. A dohányzás és az alkoholfogyasztás szerepe a rendellenes terhességek kialakulásában. *Alkohológia*, 3.
- 1988b. A dohányzás és a passzív dohányzás szerepe a rendellenes terhességek kialakulásában. *Demográfia*, (XXXI.) 34.
- Molnár A.–Móritz Pálné: Kissúlyal született gyermekek életkilátásai szülei lakóhelyének függvényében. In: *A népegészségügy időszerű kérdései '92*. DOTE Társadalomorvostani Intézet. Megjelenés alatt.
- Tietze, K. W. 1982. Epidemiology and Sociomedical Aspect of Pregnancy. *Fortschr. Med.* 100, 2031.

4. sz. táblázat

A várandós nők iskolai végzettségének és beosztásának együttes hatása a terhesség kimenetelére

Iskolai végzettség	A megfigyelt gyermekek száma	Arányuk a hasonló végzettségű anyák gyermekei között	Esély-hányados	A megfigyelt gyermekek száma	Arányuk a hasonló végzettségű anyák gyermekei között	Esély-hányados
--------------------	------------------------------	--	----------------	------------------------------	--	----------------

Szellemi beosztású

„Érett” koraszülött			Kissúlyú koraszülött			
"8 osztálynál kevesebb	121	7,31	2,67	210	12,7	3,02
8 osztály	490	3,47	1,37	827	6,31	1,5
Középiskola	530	2,18	0,8	743	3,06	0,73
Felsőfokú végzettség	102	1,6	0,59	126	1,99	0,47
Összesen	1243	2,74	1,00	1906	4,2	1,00

Kissúlyú, időben született				Érett, időben született (Kontroll)		
8 osztálynál kevesebb	157	9,53	3,08	1165	70,43	0,78
8 osztály	575	4,39	1,42	11196	85,53	0,95
Középiskola	590	2,43	0,79	22392	92,31	1,03
Felsőfokú végzettség	79	1,25	0,41	6027	95,14	1,06
Összesen	1401	3,09	1,00	40780	89,95	1,00

Nem szellemi beosztású

	„Érett” koraszülött			Kissúlyú koraszülött		
8 osztálynál kevesebb	98	9,92	1,65	154	15,61	1,47
8 osztály	144	5,92	0,98	196	8,07	0,76
Középiskola	59	3,91	0,65	182	12,1	1,14
Felsőfokú végzettség	5	3,13	0,52	7	4,39	0,41
Összesen	306	6,01	1.00	539	10,61	1.00

	Kissúlyú, időben született			Érett, időben született (Kontroll)		
8 osztálynál kevesebb	122	12,35	1,76	613	62,1	0,81
8 osztály	173	7,14	1,01	1917	78,85	1,03
Középiskola	53	3,52	0,5	1211	80,45	1,05
Felsőfokú végzettség	9	5,82	0,83	138	86,63	1,14
Összesen	357	7,04	1,00	3879	76,32	1,00

5. sz. táblázat

A foglalkozás és a munkaidő beosztás együttes hatása a terhesség kimenetelére az aktív keresők esetében

A leendő anya munkaidő beosztása	A megfigyelt gyermekek száma	Arányuk a hasonló időbeosztású, szellemi foglalkozású anyák gyermekei között	Esélyhányados	A megfigyelt gyermekek száma	Arányuk a hasonló időbeosztású, szellemi foglalkozású anyák gyermekei között	Esélyhányados
----------------------------------	------------------------------	--	---------------	------------------------------	--	---------------

„Érett” koraszülött

1 műszak nappal	287	2,11	0,99	395	3,14	1,04
1 műszak éjjel	0	0	0	4	7,59	2,51
Váltott műszak	41	2,30	1,08	210	2,80	0,93
Összesen	328	2,13	1.00	609	3,02	1.00

Kissúlyú koraszülött

1 műszak nappal	406	2,99	1,04	701	5,57	1,03
1 műszak éjjel	7	1,00	34,76	0	0	0
Váltott műszak	28	1,57	0,55	385	5,14	0,95
Összesen	441	2,87	1.00	1086	5,40	1.00

Kissúlyú, időben született

1 műszak nappal	315	2,32	0,98	456	3,63	0,99
1 műszak éjjel	0	0	0	2	5,03	1,37
Váltott műszak	50	2,83	1,19	281	3,75	1,02
Összesen	365	2,38	1.00	739	3,68	1.00

Érett, időben született

1 műszak nappal	12561	92,56	0,99	11012	87,64	0,99
1 műszak éjjel	0	0	0	46	87,36	0,99
Váltott műszak	1656	93,27	1,01	6610	88,28	1,01
Összesen	14217	92,60	1.00	17668	87,88	1.00

7. sz. táblázat (folyt.)

A várandós nők családi állapotának együttes hatása a lakásuk egyes komforttényezőjével a terhességük kimenetelére

Komfort-tényezők	A megfigyelt gyermekek száma	Arányuk a hasonló lakású anyák gyermekei között	Esély-hányados	A megfigyelt gyermekek száma	Arányuk a hasonló lakású anyák gyermekei között	Esély-hányados
------------------	------------------------------	---	----------------	------------------------------	---	----------------

Nem házas

	„Érett” koraszülött			Kissúlyú koraszülött		
Van víz	183	5,05	0,85	336	9,29	0,89
Nincs víz	116	8,12	1,37	189	13,25	1,27
Összesen	299	5,92	1,00	525	10,41	1,00

	Kissúlyú, időben született			Érett, időben született (Kontroll)		
Van víz	2168	5,97	0,84	2883	79,67	1,04
Nincs víz	140	9,85	1,39	981	68,76	0,90
Összesen	356	7,07	1,00	3864	76,58	1,00

	„Érett” koraszülött			Kissúlyú koraszülött		
Van WC	155	5,03	0,85	266	8,65	0,83
Nincs WC	144	7,31	1,23	259	13,16	1,26
Összesen	299	5,92	1,00	525	10,41	1,00

	Kissúlyú, időben született			Érett, időben született (Kontroll)		
Van WC	171	5,56	0,79	2484	80,74	1,05
Nincs WC	185	9,43	1,34	1380	70,08	0,92
Összesen	356	7,07	1,00	3864	76,58	1,00

	„Érett” koraszülött			Kissúlyú koraszülött		
Van fürdő	152	4,91	0,83	259	8,38	0,80
Nincs fürdő	147	7,52	1,27	266	13,64	1,31
Összesen	299	5,92	1,00	525	10,41	1,00

	Kissúlyú, időben született			Érett, időben született (Kontroll)		
Van fürdő	167	5,40	0,76	2515	81,30	1,06
Nincs fürdő	189	9,71	1,37	1349	69,11	0,90
Összesen	356	7,07	1,00	3864	76,58	1,00

	„Érett” koraszülött			Kissúlyú koraszülött		
Van villany	288	5,86	0,99	497	10,13	0,97
Nincs villany	11	8,19	1,38	28	20,87	2,00
Összesen	299	5,92	1,00	525	10,41	1,00

	Kissúlyú, időben született			Érett, időben született (Kontroll)		
Van villany	338	6,88	0,97	3788	77,11	1,01
Nincs villany	18	13,82	1,96	76	57,10	0,75
Összesen	356	7,07	1,00	3864	76,58	1,00

8. sz. táblázat

A várandós nők családi állapotának és lakásuk fűtésének együttes hatása a terhesség kimenetelére

Fűtés	A megfigyelt gyermek száma	Arányuk a hasonlóan fűtött lakású anyák gyermek között	Esély- hányados	A megfigyelt gyermek száma	Arányuk a hasonlóan fűtött lakású anyák gyermek között	Esély- hányados
-------	----------------------------------	--	--------------------	----------------------------------	--	--------------------

Házasság

„Érett” koraszülött

Kissúlyú koraszülött

Távfűtés	676	2,35	0,96	1142	3,98	0,93
Hagyományos fűtés	600	3,35	1,23	848	4,74	1,11
Nincs fűtés	0	0	0	0	0	0
Összesen	1276	2,74	1.00	1990	4,27	1.00

Kissúlyú, időben született

Érett, időben született (Kontroll)

Távfűtés	700	2,44	0,78	26166	91,21	1,01
Hagyományos fűtés	746	4,17	1,34	15674	87,71	0,98
Nincs fűtés	1	100	32,14	0	0	0
Összesen	1447	3,11	1.00	41840	89,87	1.00

Nem házasság

„Érett” koraszülött

Kissúlyú koraszülött

Távfűtés	107	4,81	0,91	217	9,78	0,93
Hagyományos fűtés	202	6,76	1,14	329	11,03	1,05
Nincs fűtés	1	100	16,81	0	0	0
Összesen	310	5,95	1	546	10,49	1

Kissúlyú, időben született

Érett, időben született (Kontroll)

Távfűtés	102	4,59	0,66	1794	80,79	1,06
Hagyományos fűtés	261	8,75	1,25	2193	73,44	0,96
Nincs fűtés	0	0	0	0	0	0
Összesen	363	6,97	1	3987	76,56	1

