

Várfalvi Marianna

Családtervezés a termékenység érdekében

Betekintő

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

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

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

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

Az átlagéletkor növekedése is szerepet játszik abban, hogy a fogamzás ideje napjainkban jelentősen eltér a biológiailag ideálisnak tartott életkortól. A gyermekvállalás időpontja egyre inkább kitolódik 30 év köré, illetve még ennél is későbbre. Ez a folyamat is összefüggésben áll azzal, hogy az utóbbi évtizedekben nő a meddők és habituális (ismételten) vetélők száma. 40 éves kor felett csökken a nők képessége arra, hogy természetes úton megfogjanak, kihordják és megszüljék a gyermeket. A későn vállalt várandósságok kockázatosabbak. Számuk magasabb a korcsoporton belül, mint a fiatalabb nők körében. A családtervezés és a prevenció jelentősen befolyásolni tudja a termékenységi problémák egyre gyakoribbá válását, a meddőség kialakulását.

Bevezetés

A családbővülés, a gyermekvállalás, gyermekvárás, szülés és születés a családi élet legnagyobb kihívásai közé tartozik. Nemcsak családi, de nemzeti sorsot is érintő döntések sorozata.

A reprodukciót érintő demográfiai folyamatok főbb társadalmi következményei, hogy a gyermekvállalási életkor kitolódik, növekszik a gyermektelen párok aránya, a fogamzóképes korosztályban megjelenik a tudatos gyermektelenség választása. A népesség folyamatos fogyásának hátterében szá-

mos gazdasági, szociális, erkölcsi ok mellett az egészségügy szerepe is jelentős. Jelenleg az élve született csecsemők száma évente alig 90 000 újszülött, e számnak a 100 000-re történő emelése alapvető fontosságú célkitűzés.

Az alacsony termékenységi mutatók részben összefüggenek társadalmi, gazdasági folyamatokkal is, mint a gyermekvállalással járó munkaerőpiaci problémák, a család és a kereső tevékenység összeegyeztetésének nehézségei, a lelki egészség

és párkapcsolati kultúra problémái, de a generációk közötti együttműködés nehézségei is. A reproduktív egészség területén jelentős kulturális, társadalmi és infrastrukturális egyenlőtlenségeket felté-

telezhetünk. (Antal 2020) Ide tartozik a biztonságos családtervezés, a megfelelő egészségügyi szolgáltatások, az egészséges gyermek születését elősegítő magatartásformák melletti elköteleződés^{1,2}

Családbarát Magyarország és a családtervezés

Magyarország Alaptörvénye kimondja: „együttélésünk legfontosabb keretei a család és a nemzet, összetartozásunk alapvető értékei a hűség, a hit és a szeretet.” Az L. cikk szerint *„Magyarország védi a házasság intézményét, mint férfi és nő között, önkéntes elhatározás alapján létrejött életközösséget, valamint a családot, mint a nemzet fennmaradásának alapját. Magyarország támogatja a gyermekvállalást. A családok védelmét sarkalatos törvény szabályozza.”*

Magyarország Alaptörvénye XV. cikk, (5) bekezdése (a továbbiakban: Alaptörvény) szerint, Magyarország külön intézkedésekkel védi a családokat, a gyermekeket, a nőket, az időseket és a fogyatékkal élőket, külön intézkedésekkel segíti az esélyegyenlőség és a társadalmi felzárkózás megvalósulását (XV. cikk 4).

Magyarország Alaptörvénye Nemzeti Hitvallásában megfogalmazottak szerint *„Felelősséget viselünk utódainkért, ezért anyagi, szellemi és természeti erőforrásaink gondos használatával védelmezzük az utánunk jövő nemzedékek életfeltételeit.”* A felelősségviselés magában foglalja a fiatal nemzedék életfeltételeinek fejlesztését, rendszerezését, az ország területén a szolgáltatások azonos esélyű elérhetőségét és egyenletesen magas színvonalát. A Nemzeti Hitvallás kijelöli az együttélés legmeghatározóbb formáit, felhívja a figyelmet a család fontosságára és ezen belül a gyermekek, ifjúsági korosztály védelmének szükségességére. *„Valljuk, hogy együttélésünk legfontosabb keretei a család és a nemzet, összetartozásunk alapvető értékei a hűség, a hit és a szeretet.”*

A családok társadalmon belüli szerepének erősítése kiemelt célja Magyarországnak. A gyermeket vállaló és nevelő családok támogatása és helyzetének javítása össztársadalmi és gazdasági érdek, hiszen ahogy a 2011. évi CCXI. számú családok védelméről szóló sarkalatos törvény fogalmaz: *„A család Magyarország legfontosabb nemzeti erőforrása. A társadalom alapegységeként a család a nemzet fennmaradásának biztosítója és az emberi személyiség kibontakozásának természetes közege, amit az államnak tiszteletben kell tartania. Gyermekek születése és a családok gyarapodása nélkül nincs fenntartható fejlődés és gazdasági növekedés.”*

A családok védelméről szóló törvény I. fejezete alapján:

§ (2) A rendezett családi viszonyok védelme különös jelentőséggel bír a testi, a szellemi és a lelki egészség megóvása érdekében.

§ (3) Az állam a nemzet fennmaradását biztosító népesedési folyamatok érdekében külön törvényekben foglaltak szerint támogatja a gyermekvállalást, és segíti a szülők gyermekvállalási szándékainak megvalósulását.

6. § (2) Az állam gondoskodik a családi élettel összefüggő hatósági eljárások egyszerűsítéséről, valamint törekszik arra, hogy a családok az őket illető támogatásokat, szolgáltatásokat a lehető legkisebb ügyintézési teher mellett vehessék igénybe.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről Népegészségügyet szabályozó fejezete és azon belül különösen a Család- és nővédelmi gondozás a repro-

¹Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a fenyegető koraszülés diagnosztikájáról, megelőzéséről és a kezeléséről - https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3272/fajlok/2020_EuK_19_szam_EMMI_szakmai_iranyelv_4.pdf

²Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ módszertani útmutató a veleszületett fejlődési rendellenességek és a kóroki monitor bejelentésének rendjéről. - https://antsz.hu/data/cms26766/Szakfelugyeleti_Iranymutatas_2_07_Koroki_Monitor.pdf

³Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ módszertani útmutató a veleszületett fejlődési rendellenességek és a kóroki monitor bejelentésének rendjéről.

https://antsz.hu/data/cms26766/Szakfelugyeleti_Iranymutatas_2_07_Koroki_Monitor.pdf

duktív egészség védelmét szabályozza:

41. § A család- és nővédelmi gondozás célja

a) a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítése a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás (a várandós anya gondozása, a magzat születés előtti gondozása, a gyermekágyas és szoptató anya gondozása) eszközeivel,

b) megismertetni az egyénnel azokat a családtervezési ismereteket - ideértve a terhességmegszakítással járó veszélyeket is - és fogamzásgátló módszereket, amelyekkel megtervezhetik és elősegíthetik utódaik fogantatását a kívánt számban és időben, hogy a gyermekek minél jobb egészségi állapotban születhessenek meg,

c) a nők biológiai sajátosságaihoz igazodó, fokozott védelmükhöz szükséges összetett megelőzési tevékenység, ideértve a fogamzóképeség előtti, a termékenységi ciklusok közötti, valamint a fogamzóképes kor utáni egészségvédelmet.

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről preambuluma kimondja a magzati élet tiszteletét, védelmét:

- a fogantatással induló magzati élet tiszteletét és védelmet érdemel;

- a magzati élet védelme a gyermeket váró nőkről történő fokozott gondoskodással valósítható meg, ugyanakkor a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége;

- a terhességmegszakítás nem a családtervezés és a születésszabályozás eszköze;

- a családtervezés a szülők joga és felelőssége...

a következő törvényt alkotja:

1. § A női és férfi ivarsejt egyesüléséből létrejött, az anyaméhben kifejlődő magzatot és a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg.

A törvényekben előírt értékek és kötelezettségek betartását, megvalósítását számos végrehajtási rendelet biztosítja.

Családtervezés a kívánt gyermekáldásért

A megelőzés (prevenció) három jól körülhatárolható területre bontható. Az elsődleges (primer) prevenció magába foglalja az ártalom létrejöttének megakadályozásra irányuló tevékenységeket. A másodlagos (secunder) prevenció a meglévő elváltozás, betegség felismerését segíti. A harmadlagos (tercier) prevenció a már kialakult rendellenesség további előrehaladását és az esetleges szövődmények kialakulásának megelőzését segíti elő.

Az elsődleges prevenció a gyakorlatban a fogamzásra történő optimális felkészüléssel valósítható meg.³

Egészségügyi szempontból a termékenység akkor sikeres, ha a kívánt (tervezett) fogamzás bekövet-

kezik és egészséges újszülött jön világra. A sikertelen reprodukciónak, illetve a reprodukciós zavaroknak több tényezője ismert. Az egészségmegőrzés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein. Alapvető fontosságú annak felbecsülése, hogy a gyorsan változó környezet milyen hatással van az egészségre. Nagyon fontos lehetővé tenni az emberek számára azt, hogy felkészüljenek az élet valamennyi szakaszára.

A meddőség és gyermekvállalás során különösen nagy hangsúlyt kell fektetni a lelki folyamatokra, az empátia, az emberi méltóság tiszteletben tartására, valamint a betegjogok és a tájékoztatás kiemelt kezelésére.

Családtervezésről

A családtervezés lényege, hogy a pár megtervezi, a gyermekek születésének várható idejét, számát, a tudatos családtervezéssel megelőzi a veleszületett rendellenességeket és a koraszülést. Szélesebb értelemben a családtervezésbe azonban beletartozik a serdülők szexuális nevelése, a nemi úton terjedő betegségek elleni védekezés és azok kezelése,

a fogamzás előtti tanácsadás és gondozás, maga a várandósgondozás, valamint a meddőséggel küzdő párok fogamzóképeségének támogatását, kezelését. A családtervezést említik a fogamzásgátlás szinonimájaként, azonban a családtervezés jóval tágabb fogalmat takar.

A pozitív családtervezés

A pozitív családtervezés célja a koraszülés és a veszületett rendellenességek megelőzése. Az ebben az időszakban alkalmazott primer prevenciók mo-

dellek a gyakori halálokokat jelentő betegségek megelőzését is lehetővé teszik. (Erős és mtsai 2012)

A tudatos családtervezés

A tudatos családtervezéssel élő párok felkészülnek a fogamzásra, hogy az embrió és a magzat egészséges fejlődése elől minden előre felmérhető akadályt elhárítsanak, mindkettőjük egészségi állapotát a lehető legjobb legyen, ennek érdekében életmódjukat is átalakítják. Ez a szolgáltatás a tervezett várandósság esetén a speciálisan kiképzett védőnők részéről a leendő szülők számára oktatást, szűréseket, szükség szerint szakorvosi, orvosi ellátást nyújt. A fogamzás előtti gondozás a tervezett fogamzás előtt 3 hónappal kezdődik, és a megtermékenyüléstől a 12. hetéig tart. Ennek gondozásnak keretében a pár széleskörű támogatást kap:

I. Három hónapos felkészülés a fogamzásra

1. Ivarsejtek védelme

2. Női termékenység figyelése
3. Fogamzás optimális napjának meghatározása
4. Magzatvédő vitamin szedése
5. Esetleges munkahelyi veszélyek feltárása
6. Fogászati ellenőrzés
7. Rendszeres sport, helyes táplálkozás

II. Fogamzás optimális elérése

1. A felkészülés ellenőrzése
2. A fogamzás megvalósítása

III. A koraterhesség védelme

1. A terhesség korai igazolása
2. A veszélyek korlátozása és optimális magzati fejlődés segítése pl. magzatvédő vitamin
3. A várandósgondozás menetének megbeszélése, területi ellátáshoz irányítás.

A természetes családtervezés

„A termékeny házastársi kapcsolat felelős megvalósítása, a születésszabályozás erkölcsileg megengedett módjainak összessége. E módszerek közös lényege, hogy a házaspár szexuális életében a fogamzást úgy igyekezik elősegíteni, hogy a nő termékeny napjain létesít nemi kapcsolatot, illetve

a fogamzást úgy igyekezik elkerülni, hogy a nő termékeny napjain nem létesít nemi kapcsolatot. A természetes családtervezés tehát kettős jellegű: a fogamzás érdekében és annak elkerülésére is alkalmazható.”⁴

Sikertelen reprodukció fajtái

A meddőség

Meddőségről beszélünk, amikor egy év rendszeres, ovuláció idejére eső házasság ellenére a sikeres várandósság elmarad. Meddőségi kivizsgálást egy év próbálkozás után (35 év felett 6 hónap próbálkozás után), illetve ismert klinikai ok fennállása esetén bármikor elkezdhető. Mivel a med-

dőség nem csak a nőt vagy a férfit érinti, hanem párokat, ezért a kivizsgálás során mindkét partnert párhuzamosan vizsgálni kell. A kivizsgálás során a petefészkek működését, a spermiumtermelést és az anatómiai viszonyokat (méh, petevezetékek állapota, andrológiai státusz) szükséges felmérni.⁵

⁴Magyar Katolikus lexikon, a lexikon a Pálos Könyvtárban készült 1980 és 2013 között.

Vetélés

Beágyazódási rendellenesség

Háttérben több tényező mutatható ki, amelyek gyakran át is fedik egymást. Ilyen tényezők a méhüreg anatómiai rendellenességei, az embrió/magzat genetikai rendellenessége, az anya endokrin, immun és hemosztázis rendszerének, továbbá mentális állapotának zavarai, valamint a spermiumok morfológiai és működési zavarai, és nem kevéssé a dohányzás.

Spontán vetélésnek nevezik, ha a várandósság 20. hete előtt a magzat kilökődik az anyaméhből, elhal. A spontán vetélés előfordulása 13-15%.

Visszatérő (vagy habituális) vetélés (HABAB) esetén legalább két egymást követő vetélés következik be. A nők 5%-ánál fordul elő az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint, ami Európában általában elfogadott, hogy legalább 3 egymást követő várandósság szakad meg a 20. hét előtt. Ez a nők 1-3%-át érinti, hazánkban ez mintegy 2000 nőt érinthet.

A **koraszülés** is a sikertelen várandósság körébe tartozik, ami a várandósság 24. és 37. hete között következik be. Ez hazánkban 9%-ban fordul elő. A koraszülések következménye a szüléskörüli halálozás (perinatális mortalitás) döntő hányada és a koraszülés felelőssé tehető a felnőttkori szív- és érrendszeri, valamint anyagcsere betegségek egy részéért is.

Méhen belüli magzatelhalás. Erről akkor esik szó, ha a magzat a várandósság 24. hete után, a szülésig terjedő időszakban hal el. Hazánkban 0,5%-ban fordul elő.

A **perinatális magzati mortalitás** magában foglalja a méhen belül elhalt magzatok számát és a szülést követő első 7 napban meghalt újszülöttek számát, 1000 szülésre vonatkoztatva. Ez az érték hazánkban 8-9 ezrelék, európai összehasonlításban magasnak számít.

A **méhen belüli sorvadás** azt jelenti, hogy a magzat súlya elmaradt a korához képest kívánt értéktől. Gyakran társul koraszüléssel és méhen belüli elhalással.

Lelki okok, kísérő tünetek

Az úgynevezett funkcionális meddőség az, amikor egyik félnél sem mutatható ki orvosi beavatkozást igénylő elváltozás. Sokszor a meddőség okai között, vagy a kezelések során megjelenő lelki problémák húzódnak meg. Különös figyelmet kell fordítani arra a ma már bizonyítottá vált tényre, hogy a fizikai okok háttérben is gyakran pszichés tényezők (pszichoszomatikus tünetképződés) állnak.

Stressz

Az állandó stressz a női szervezet ciklusát, a hormonokat termelő szervek zavarát okozzák. Az így kialakuló állapot hatással van a fogamzóképessegre, a petesejt beágyazódására, de okozója lehet a vetélésnek, koraszülésnek is.

Életkor megválasztása a fogamzásra, gyermekvállalásra

A fogamzás esélye a 30. életévtől folyamatosan csökken; a harmincas évek végétől az esélyek hanyatlása felgyorsul, 45 éves korban már csekély az esélye a sikeres várandósságnak.

Terhességek mesterséges megszakítása

A terhességmegszakítást kérő nők száma 2000–2011 közötti statisztikai adatok szerint a 20–29 éves korosztályon belül jelentősen, szinte felére csökkent.

A 30–39 évesek körében ez nem tapasztalható, a 35–39 éves korosztály körében szinte egyáltalán nem, a 30–34 év közöttiekénél pedig enyhén mértékben csökken az elvégzett abortuszok száma. A 35 év fölöttiekénél azt látjuk, hogy még a 15–19 évesekhez képest is rosszabb a tendencia. Annak, hogy a húsz év alattiak közül csaknem 4700-an – a 14 év alattiak 170-en – kérték a terhességnek

⁵Egészségügyi szakmai irányelv - Az infertilitas és subfertilitas kivizsgálásáról és az asszisztált reprodukciós kezelésekről
<https://nogyogyszerdebrecen.hu/wp-content/uploads/2013/10/m%C3%B3dszertani-lev%C3%A9l-medd%C5%91s%C3%A9g-kivizsg%C3%A1l%C3%A1s%C3%A1ra.pdf>

a megszakítását egyaránt oka lehet a tudatlanság és a „velem ez nem történhet meg” típusú megközelítés, a fiatalok szexuális élettel kapcsolatos tudásának hiánya. Ez azt eredményezi, hogy a korosztályban nem csökken az abortuszok száma.

A terhességmegszakítást 1992 óta a magzati élet védelméről szóló törvény szabályozza. Elrendelte a Családvédelmi Szolgálat felállítását, amelyben speciálisan felkészített védőnők adnak 2 alkalomból álló tanácsadást: az első alkalom anonim és a magzat megtartása érdekében lehetséges segítséget tárja fel, a második tanácsadásra akkor kerül sor néhány nap gondolkodási idő után, ha a várandós anya súlyos válsághelyzetére hivatkozva kijelenti a terhesség megszakítási szándékát. Ebben az esetben a beavatkozásról, annak kockázatairól, valamint a jövőbeli családtervezési lehetőségekről kap tájékoztatást.

A Családvédelmi Szolgálat megelőzőként a családtervezéssel kapcsolatos felnőtt és ifjúsági közösségeknek, pároknak, magánszemélyeknek is nyújt tanácsadást, ismeretterjesztő előadást.

Egészségügyi ellátás

A meddőséggel érintett pároknak csak 15 %-a fordul orvoshoz, aminek több oka van. Az egészségügyi ellátórendszer meddőségre szakosodott intézményei földrajzilag nagyvárosokban, központi helyen, az ettől távol eső területeken élők számára nehezen elérhetők. Anyagi nehézséget jelent a gyakori vizsgálatokon és kezeléseken való megjelenés, a kiegészítő költségek miatt. A központosított ellátás miatt az alapellátásban dolgozó védőnők bevonása és folyamatos felkészítése nem történik meg, ami az érintettek időigényes tájékoztatását, információhoz jutását helyben is biztosíthatná. A már ismert és a még felfedésre szoruló kockázati tényezőknek az egyre pontosabb felderítése lehetővé teszi a kezelési eljárások kiszélesítését és finomítását, amelyek következtében a reprodukciós zavarok egyre inkább csökkenthetők.

Táplálkozás

Folsav, vitamin kiegészítés, könnyű, vegyes táplálkozás ajánlott.

A Népesedési Kerekasztal⁶ közleménye szerint a legújabb kutatások bizonyítják, hogy a mezőgazdaságban alkalmazott káros, toxikus anyagokkal, vegyszerekkel kezelt növények és az állati eredetű tápanyagok súlyosan rontják a megtermékenyülés esélyeit és okozói több más krónikus betegségnek. -A férfiak nemzőképessége 60 %-kal csökkent az 1970-es évektől napjainkig.

-A termékenységszűkülés és a mezőgazdasági vegyszerek összefüggését kutatásokkal igazolták mindkét nem esetében.

-A mezőgazdasági vegyszerek és a mikotoxinok következményei:

-Nők esetében a policisztás ovárium-szindróma (PCOS), valamint az endometriózis gyakoribbá válása.

-Spontán vetélés, méhen belüli magzati halál és a koraszülés.

-A nemiség fejlődésének rendellenességei.

-Mikotoxinokat, illetve glifozátot tartalmazó mindennapi élelmiszerek: gabona alapú termékek, sör, szójatartalmú termékek, halak, hús, tejtermékek.

Dohányzás

A dohányzásból származó káros vegyületek aktív és passzív dohányzás esetén is bizonyítottan

-csökkentik a spermiumok megtermékenyítő képességét, a petesejtérést, a megtermékenyült petesejt beágyazódását;

-a magzatnak nagyobb eséllyel lesz fejlődési rendellenessége;

-az érfalakra gyakorolt szűkítő hatás következtében csökken a méhlepény ereinek áteresztőképessége, kevesebb oxigén és tápanyag jut a magzathoz, emiatt testi- és idegrendszeri fejlődésében elmarad a korához képest;

-növekszik a vetélés, koraszülés kockázata.

⁶ A Népesedési Kerekasztal felhívása A napi élelmiszerekben előforduló mezőgazdasági vegyszerek és toxinok hatása a kívánt és tervezett gyermekek megszületésére Budapest, 2019. március 28.

<https://www.nepesedesikerekasztal.hu/index.php?start=3>

⁷ A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermkegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében Erős Erika dr., Hajós Anett, Kovács Réka, Supák Dorina, Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Családtervezési, Koragyermekkori és Ifjúsági Osztály, Budapest, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest

Média

A média érintőlegesen foglalkozik a témával, és többnyire csak a lombikbébi programot ismertetik. Jelentős probléma az is, hogy a meddőség és annak megelőzési lehetőségei, korai felismerése tabutéma, sokan szégyenként élik meg helyzetüket, titkolják és nem tudják, hová forduljanak.

Az első gyermek optimálisabb időben történő megszületésének széleskörű ismertetése, a meddőség okainak megelőzése, a gyermekvállalás szépségének a társadalom számára történő folyamatos közvetítése jelenleg egyetlen média programjában sem szerepel. Sem tájékoztató filmek, sem kiadványok a lakosság számára nem elérhetők,

a tájékoztatás iránti érdeklődés felkeltése csak széleskörű kampánnyal valósítható meg.

A pozitív családtervezés, a pre- és perikoncepcionális egészségmegőrzés, gondozás továbbra is kiemelt figyelmet kell, hogy kapjon, az ellátást mindenki számára egységesen elérhetővé kell tenni. A fejlett országokban a családtervezési szolgáltatásokat elsősorban az állam biztosítja egészségügyi és szociális intézményein, valamint az oktatási rendszeren keresztül. Magyarországon a meddőségi kezelések jelentős részét az állam, a családtervezést a fent leírtak szerint a Központi költségvetés finanszírozza. A köznevelés feladatait a témában az Eütv. Egészségfejlesztés című fejezetének 37-40 szakasza rögzíti.

Összegzés

A pre- és perikoncepcionális gondozás igénybevétele a hazai gyakorlatban primer preventív céllal alig, szekunder preventív céllal is igen kis számban igénybe vett ellátás. Szerepét és feladatai egy részét a meddőségi ellátások vették át, de ezek már azokat a speciális betegcsoportokat látják el, amelyeknél természetes úton sikertelen a fogamzás. A várandósgondozás általában a 8–10. héten kezdődik, vagyis kimarad a preembryonális és az embryonális fejlődés gondozásának lehetősége.⁷

Az egészségmegőrzés mellett komplex szakmai programok segítségével elő kell segítenünk, hogy kiegyensúlyozott, harmonikus párokapsolatok jöjjenek létre, és növekedjen a gyermekvállalási hajlandóság.

A betegségek megelőzése érdekében továbbá az egészség megőrzése céljából javítani kell a szűrőprogramok hatékonyságát, a szűrésekhez való hozzáférést, a rizikótényezők csökkentését. A meddőség elleni prevencióval, és terápiás eljárásokhoz való hozzáférés javításával, továbbá a lakosság tájékoztatásának szélesebbé tételével csökkenteni kell a sikertelen várandósságok számát.

A fiatalok sok esetben nehezebben kötelezik el magukat a gyermekvállalással járó döntés meghozatalában. A későn meghozott döntések egyik következménye a meddőség kockázatának növekedése.

A gyermeket vállalni kívánó párok gyakran nem tudják, hogy hova, kihez fordulhatnak segítségért, problémát jelenthet számukra a jelentős anyagi terhek viselése és a lelki trauma feldolgozása is.

Az alapellátás keretében hangsúlyt kell fektetni arra, hogy a háziorvosnak és a védőnőknek legyen elegendő információja a meddőség megelőzéséről, az okok mielőbbi felfedezéséről

a kivizsgáláshoz és megfelelő kezeléshez vezető „betegút” lehetőségeiről, ismerve problémájukat az alapvető vizsgálatokat követően pontos tájékoztatást adhassanak a pároknak a számukra elérhető lehetőségekről, ellátásokról.

Szükséges kialakítani a minden rászoruló számára elérhető, ún. „elsődleges” szakellátást speciálisan továbbképzett egészségügyi szakemberek – orvosok, védőnők, szülésznők – részvételével a járó beteg szakrendelők szervezeti keretein belül. Mielőbb meg kell történnie a szükséges, protokoll szerinti kivizsgálásnak, a diagnózis felállításának és a szükséges terápiához történő hozzáférés biztosításának.

A reprodukciós folyamatok lelki eredetének feltárása, a pár lelki kísérése nélkülözhetetlen az eredményes gyermekáldás érdekében, amelyhez ki kell képezni az ebben résztvevő szakembereket. Az elsődleges megelőzésben szerepet játszó területi védőnői ellátás keretében elkülönített tanácsadási

időben ajánlott megszervezni családtervezéssel kapcsolatos konzultációs lehetőséget.

A családi életre és kapcsolati kultúrára felkészítés a nevelési-oktatási intézményekben erre kiképzett pedagógus, védőnő, szociális munkás közreműködésével biztosítsa a gyermekek és fiatalok életkorának megfelelő felkészítést, a gyermek és családbarát szemlélet, a tisztelőn és szereteten alapuló párkapcsolati kultúra kialakításáért.

Érdemes megerősíteni a törvény által biztosított Családvédelmi Szolgálat speciális primer és szekunder prevenciók tevékenységét mind az abortuszok elkerülése, mind pedig megelőzése érdekében.

A reprodukív folyamatok veszteségelményeinek

feldolgozására speciálisan képzett (pszichológus, orvos, védőnő, lelkész, stb.) lelki tanácsadó szolgáltatás lehetőségét kell biztosítani a gyász munka feldolgozására az érintett személyeknek, pároknak.

Az egészségügyi ellátások szereplőinek szemléletét fejleszteni, szakmai felkészültségét folyamatosan bővíteni szükséges a pozitív és természetes családtervezési módszerek alkalmazása érdekében, a nem kívánt terhességek megelőzése érdekében.

Fontos, hogy a családtervezés úgy anyagilag, mint ismeret szintjén, különös tekintettel az alacsony életkorban, alacsony iskolázottsági és jövedelmi szintű társadalmi csoportokban is hozzáférhető legyen.

Felhasznált irodalom

Antal István: Roma lányok korai gyermekvállalása összefüggéseinek áttekintése egy helyi projekten keresztül Kapocs 2020/1. 151-163.

Erős Erika és munkatársai: A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermkegészségügyi Intézetben – az elmúlt hat év tükrében Orvosi Hetilap 2012. 153. évfolyam, 42. szám 1667-1673.

Erős Erika, Hajós Anett: A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermkegészségügyi Intézetben elmúlt 6 év tükrében <https://folyoirat.nefi.hu>

EFOP-1.8.0.-VEKOP -17.2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése A/II –Egészségtudatosság fejlesztése koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig)

<https://efop180.antsz.hu/temak/egeszsegtudatossag-fejlesztese-a-koragyerekkorban.html>

Varga Katalin – Andrek Andrea – Molnár Judit Eszter (szerkesztők) A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében Medicina 2019

Pápay Nikolett – Rigó Adrien Reprodukív egészségpszichológia ELTE Eötvös Kiadó 2015. 413 oldal

Petra Frank: Természetes & biztonságos – Tankönyv 2015, Első kiadás

<https://www.medicina-kiado.hu/kiadvanyaink/életmod-egeszseg/ismeretterjeszto/termeszetes-biztonsagos-%E2%80%93-tankonyv/>

Marina Nicholas: 3 lépés a termékenységet - Kézikönyv babára váró pároknak a fogamzóképeség növeléséért Kiadó: HAJJA BOOK KFT.2008

https://www.libri.hu/konyv/marina_nicholas.3-lepes-a-termekenysert.html

Dr. Csomai Zita: Meddőségből termékenység - Természetes megoldások egy új életért

Édesvíz kiadó 2020.

https://www.libri.hu/konyv/dr_csomai_zita.meddosegbol-termekenysert.html

Cikluskövetési tanfolyamok laikusoknak magyar nyelven

Cikluskövetés

<https://cikluskovetes.hu/>

Cserhádi- Harold Janka Termékenységtudat tanfolyam

<https://hormonmentes.hu/termekenysertudat-tanfolyam/>

Dr. Bakos Marcell Pregprogram

<https://www.pregprogram.com/>

Creighton modell

<https://www.termekenyvagy.hu/creighton-modszer/>

- Troude, Pénélope et al. "Medical factors associated with early IVF discontinuation." *Reproductive biomedicine online* vol. 28,3 (2014): 321-9. doi:10.1016/j.rbmo.2013.10.018
- Ubaldi, Filippo Maria et al. "Reduction of multiple pregnancies in the advanced maternal age population after implementation of an elective single embryo transfer policy coupled with enhanced embryo selection: pre- and post-intervention study." *Human reproduction* (Oxford, England) vol. 30,9 (2015): 2097-106. doi:10.1093/humrep/dev159
- Van Dongen, Angelique et al. "Psychosocial and demographic correlates of the discontinuation of in vitro fertilization." *Human fertility* (Cambridge, England) vol. 18,2 (2015): 100-6. doi:10.3109/14647273.2014.995240