

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
II.sz. Női Klinika

CSALÁD- ÉS NŐVÉDELEM MAGYARORSZÁGON

Dr. GARAMVÖLGYI GYÖRGY

Kandidátusi értekezés

1990

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

<u>Tartalom</u>	<u>oldal</u>
1. BEVEZETÉS	1
2. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS	2
3. CÉLKITŰZÉS	14
4. ANYAG ÉS MÓDSZER	15
5. EREDMÉNYEK ÉS ÉRTÉKELÉS	19
5.1. SZERVEZETI KÉRDÉSEK, A CSALÁD- ÉS NŐVÉDELMI TANÁCSADÓ HÁLÓZAT KIALAKULÁSA ÉS MŰKÖDÉSE	19
5.1.1. Kialakulásuk, kialakításuk, szervezettségük	19
5.1.2. A Család- és Nővédelmi Tanácsadók tevékenysége	24
5.1.3. A CSNT-k tevékenységének továbbfejlődési lehetősége	29
5.1.3.1. Családtervezési tanácsadás, terhességre felkészítés	30
5.1.3.2. Gyermek- és ifjúsági nőgyógyászat	32
5.1.3.3. Pszichológusi feladatok a Nővédelmi Tanácsadó keretében	34
5.1.3.4. Szülésre felkészítés	35
5.1.3.4.1. Szülészeti aneszteziológiai tanácsadás	40
5.2. ADATOK A SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁS KÉRDÉSÉHEZ	41
5.2.1. A hormonális fogamzásgátlás hazai helyzete	41
5.2.1.1. Az orális fogamzásgátlást alkalmazók aránya Magyarországon	53
5.2.2. Fogamzásgátlás méhen belüli eszközökkel	56
5.2.2.1. Az intrauterin eszközzel történő fogamzásgátlás elterjedése hazánkban	62

5.3. A TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS HAZAI GYAKORLATÁNAK ÉRTÉKELÉSE	65
5.3.1. A terhességmegszakítással kapcsolatos intézkedések, tapasztalatok	65
5.3.2. A terhességmegszakítás társadalmi, gazdasági differenciáltsága	68
5.3.2.1. Lakóhely szerinti különbözőség	68
5.3.2.2. Iskolai végzettség szerinti különbség	68
5.3.2.3. A gazdasági aktivitás szerinti különbség	70
5.3.2.4. A családnagyság, mint differenciáló tényező	71
5.3.3. A terhességmegszakítás indoka	72
5.3.4. Adatok a terhességmegszakítás kérdéséhez	76
5.4. AZ ANYA- ÉS NŐVÉDELEM EGÉSZSÉGPOLITIKAI, SZOCIÁLPOLITIKAI KÉRDÉSEI	81
5.4.1. Terhességi segély, terhességi díj	84
5.4.2. Oktatási, nevelési feladatok a család- és nővédelem területén	86
6. ÖSSZEFOGLALÁS	91
7. AZ ÉRTEKEZÉS EREDMÉNYEINEK GYAKORLATI ALKALMAZHATÓSÁGA	99
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	101
IRODALOM	103

1. BEVEZETÉS

A család- és nővédelem a szülészet-nőgyógyászatnak speciális, a megelőzés körébe tartozó része, mely számos területen interdiszciplináris jellegű. Kapcsolódik az oktatáshoz, a neveléshez, a pszichológiához, a demográfiához. Korunkban a családtervezés, a születésszabályozás kérdése számos fontos problémát vet fel. Rendkívül izgalmas az a hazai sajátosság, hogy egyrészt igen nagy számban alkalmaznak hormonális fogamzásgátlást és intrauterin fogamzásgátló eszközt, másrészt igen jelentős a terhességmegszakításra jelentkezők száma is.

A család- és nővédelem egyre inkább szociálpolitikai kérdésekkel is bővül.

A nő- és családvédelem, az anya- és csecsemővédelem egymást kiegészítő és nem egymással szembeállítható fogalmak.

A nővédelem sajátos gondozási forma, mert gondoskodása végig kell kísérje az egészséges nőt megszületésétől haláláig.

A gondozás során foglalkozni kell a gyermeknőgyógyászati ellátással, a permanens felvilágosítással és egészségre neveléssel, eleget kell tenni a családtervezéssel kapcsolatos elméleti és gyakorlati igényeknek. Miután a nővédelem családvédelem is, a gondozás részének kell tekintenünk a terhesgondozást is, amelyet joggal tekinthetünk társadalmunkban a nővédelem első megjelenési formájának. A mindenre érvényesíthető és megfelelő színvonalú terhesgondozás egyébként speciális nővédelmi megelőző tevékenység, amely azonban hozzátartozik az általános, komplex gondozáshoz is (Zoltán, 1978).

A fenti széleskörű nővédelmi feladatok, az ezeket előtérbe hozó problémák mindig is fennálltak, csak kérdéseinkre minden kor más-más,

a tudományos színvonal és társadalmi fejlettség szintjének megfelelő választ adott.

Az anya- és csecsemő, nő- és családvédelmet minden állam, minden társadalom alapvető feladatai egyikének tekinti. A társadalmi berendezkedésen, az egészségpolitikán kívül a fentiekre a szüléset, csecsemő- és gyermekgyógyászat fejlettségi szintje is nagy hatással van fejlődésük és változásuk során.

A hazai egészségügyet érintő egyik legátfogóbb és sokat vitatott intézkedés a 1040/1973.X.18. MT. népesedéspolitikai határozat volt, melynek hatása érvényességi idején túl is még hosszú ideig érzékelhető lesz.

2. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS

Az az anya- és csecsemővédelem, amely feladatául tűzte a terhesség, a szüléskörüli és csecsemőellátás körülményeinek a javítását, hazánkban a századforduló táján alakult ki.

Terhesvédelem, anyavédelem, nővédelem, család- és nővédelem, ezek a tágabb értelemben vett anya- és csecsemővédelem fejlődésének logikai sorrendben is egyes gondozási formái (Zoltán, 1985). A társadalmi és szakmai igények, fejlődésük és változásuk során követelték meg, hogy a gyakorlatban is eljussunk egy viszonylag szűk rétegre szorítókozó terhesvédelemtől a családon keresztül a családvédelemig.

Az anya-, nő- és családvédelem történeti áttekintésének kezdetét több fordulóponthoz lehet kötni. Ha a terhesvédelmet a család- és nővédelem részének tekintjük (márpedig attól szemléletileg nem

elválasztható), akkor ennek a kérdésnek a tárgyalását véleményem szerint Tauffer Vilmos ilyen irányú munkájának értékelésével kell kezdenünk.

Tauffer Vilmos 1891-ben, kortörténetileg jelentős írásában, melynek címe: "A szülészet (bábaügy) állása hazánkban mint a gyermek és gyermekágyasok nagy halálózásának egyik tényezője." volt, a szülés alatti és körüli veszteségekről, az "anyáról s az anyákban a családokról, a nemzetről magáról" ír (cit. in Szülészeti Rendtartás Statisztikájának Adatai 1931-1973. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 1975.). Volt bátorsága szépítés nélkül ismertetni az ország siralmas helyzetét és a lehetőségekkel számolva mutatta meg az utat a helyzet megjavítására. Meg kellett küzdeni a közönyösséggel, az elfogultsággal és a szegénységgel. Közel négy évtized kellett ahhoz, hogy a Népegészségügy 1928. évi 23. és 24. számában nyilvánosságra kerülhessen "Az Új Szülészeti Rendtartás" tervezete.

Az anya- és nővédelemmel foglalkozók feladatát ma sem tudnánk szebben meghatározni: "Minekünk, kik együttérezve az anyákkal lelki sugallatból vagy hivatásunkból kifolyólag vállalkoztunk feladatunkra, útját és módját kell keresnünk, hogy miként kell és lehet őket e végtelenül nagy és szent kötelesség-teljesítésnek veszélyes munkájában megsegíteni". (Tauffer).

Az ismert intézkedéseken kívül (szülészkerületek, bábaképzés - továbbképzés) lényeges megállapítanunk, hogy a klinikákon és a nagyobb intézetekben külön terhes rendelőket állítottak fel.

Az anya-, nő- és családvédelem feladatából a kor sürgető igényére a szakma egy viszonylag szűk terület fejlesztését, kiépítését tudta csak

elindítani. Igaz, hogy ekkor ez volt a legfontosabb, és ennek megvalósítását is számos társadalmi és szemléleti probléma hátráltatta.

Madzsar József javaslatára 1915-ben alakult meg az Országos Stefánia Szövetség. Az Állami Zöldkeresztes Szolgálatot 1927-ben létesítették, majd a két szervezet egyesítéséből 1942-ben megalakuló Országos Egészségvédelmi Szövetség tűzte ki céljául és feladatául az anya- és gyermekvédelmet. Lelkes társadalmi munkásaik elsősorban a városokban működtek, így az ország egész lakosságát tekintve tevékenységük a szükségesnél kisebb eredményességű volt. A kor szakmai igényét helyesen mérték fel és programjaik, ill. tervezett programjaik jól tükrözték anya-, nő- és családvédelmi elképzeléseiket.

Nézzük pl. miről írt az "Anya- és Csecsemővédelem" havonta megjelenő folyóirata, melyet "Az Országos Stefánia Szövetség Anyák és Csecsemők Védelmére" adott ki. (1932. V.évf. 1.sz.)

- Csorna Kálmán: A felbomlott házasságból származott gyermekek helyzete és védelme (7-13. old.)
- Kimutatás a magyar anya- és csecsemővédelem országos helyzetéről és az 1931. évi november havi működéséről (32-43. old.)

Így megtudtuk, hogy

a Fiókszövetségek száma:	174
a Védőintézetek száma:	222
a Szülőintézetek száma:	13
az alkalmazott orvosok száma:	401
az alkalmazott védőnők száma:	550

A kimutatásból kiderül, hogy az Országos Stefánia Szövetség tagjai 1931. novemberében az országban 202 ismeretterjesztő és propaganda előadást tartottak.

A háború ezeket a szervezetek is szétzilálta és velük a már meglévő anya- és csecsemővédelmet is. A háború egészségügyünk szervezetében is felmérhetetlen pusztítást végzett. Az egészségügy háború előtti ellátó képessége megítélhetően 40%-ára csökkent (**Lóránt**), ami súlyosan érintette az anya- és csecsemővédelem lehetőségeit is.

1945. után az első tennivalók közé sorolták a szervezett anya- és csecsemővédelem megteremtését. Napjainkig törvények, rendeletek, utasítások sokasága jelent meg, amelyek az anya-, nő- és csecsemővédelem egyre nagyobb igényű céljait szolgálják. Meghatározó jelentőségű volt, hogy 1949-ben létrejött az Állami Egészségügyi Szolgálat.

Így most már az anya- és csecsemővédelemért is az állam vállalt kötelezettséget.

1953-ban a Minisztertanács határozatot hozott az anya- és gyermekvédelem továbbfejlesztéséről. A határozat az állami egészségügyi szolgálat köteletségévé tette, hogy minden terhes nőt terhessége alatt legalább háromszor ingyenes vizsgálatban részesítsen, megteremtve ezzel a terhesgondozás alapját.

Az 1004/1953. sz. minisztertanácsi határozatnak nagyon fontos része volt az az intézkedés, mely a születések számának állami eszközzel történő növelését kívánta biztosítani. Ez, valamint az ezt követő 1956. júniusi népesedés-politikai határozat (1047/1956.) hosszú

évekre komoly következményekkel járt. Ez utóbbi az anya szabad elhatározásától tette függővé a szülést.

Erre az időszakra is döntően jellemző, hogy a családtervezés, a születésszabályozás, a népesedési folyamatok befolyásolása elsősorban az általános politika problémáiból kiindulva, annak alárendelve, illetve a politikai hullámzások fázisai szerint zajlott, miközben ezeket a kérdéseket moralizáló formában kezelték s kezeljük gyakran mindmáig.

A háborús veszteségek pótlásának hangoztatásával az 50-es évek elején szigorú pro-natalista intézkedések születtek, s ezek hatására irreálisan magas születési gyakoriság jelentkezett. Az ország ennek fogadására teljesen felkészületlen volt, nemcsak szakmailag, hanem a családoknak sem tudott az állam olyan segítséget nyújtani, mely a gyermekvállalást megkönnyítette volna. Ebből a nehéz helyzetből az 1047/1956-os minisztertanácsi határozat próbált kivezető utat találni. Sajnos a születésszabályozás egyetlen eszközének a terhesség-megszakítás teljes liberalizálását tartották, tették lehetővé. Ez rohamosan csökkentette a szülések számát. Közben azonban a szakmai vonal részéről többen érezték ezt a veszélyes helyzetet és ennek részeként 1957-ben egyes tanácsadóknak, nőgyógyászati szakrendelőknak, nővédelmi tanácsadás kezdődött. Ez a tanácsadás egyelőre a születésszabályozás kérdéseivel foglalkozott, de így is előfutára a később kialakított Család- és Nővédelmi Tanácsadó hálózatnak.

A 60-as évek elején figyelt fel először a politikai vezetés a népesedési helyzet alakulására és annak politikai, társadalmi jelentőségére.

Az 1963-ban született elvi állásfoglalás fogalmazta meg az aktuális

népesedéspolitika feladatát. Ennek lényege az volt, hogy megfelelő szociálpolitikai intézkedésekkel kell előmozdítani a gyermekvállalási kedvet. Közben a meghirdetett célok: teljes foglalkoztatottság, női egyenjogúság biztosítása céljából oktatáspolitikánk szinte kizárólagos célnak a munkavállalást, a munka értékét határozta meg, alig esett szó iskoláinkban az anyaság, a család becsületéről.

A 60-as évek gyors iparfejlesztése a teljes női foglalkoztatottságot igen rövid idő alatt megvalósította. Az 1967-ben bevezetett gyermekgondozási segély rendszere tett kísérletet az anyaság és a munkavállalás összeegyeztetésére. A születésszám azonban nem növekedett, inkább egy alacsony szinten stabilizálódott.

Hamarosan kiderült, hogy bármilyen népesedéspolitika, vezessék azt nagyszerű célok is, adminisztratív intézkedésekkel nem lehet tartósan sikeres. Az akkor tud jól funkcionálni, ha tükrözi a politikai, társadalmi fejlettséget. Minden kornak megvan a maga népesedéspolitikája. Ez akkor szerencsés, ha az azzal foglalkozók és azt kidolgozók összhangba tudják hozni a társadalmi igényekkel, gazdasági és egyéb lehetőségekkel. Ez csak a lehetőség, mert akkor még találkozni kell az ország politikai céljával és akaratával.

1973-ban kormányhatározat jelent meg a népesedési helyzetről (MT.1040/1973./X.18).

A népesedéspolitikai határozat céljai a következők voltak:

- a népesedési helyzet javítása
- a gyermekes családok fokozott anyagi támogatása
- a nők és a születendő gyermekek egészségének hatékonyabb megóvása

- az egészségi, családtervezési ismeretek szervezett oktatásának bevezetése.

Ezek elősegítésére új típusú gondozói, tanácsadói hálózat megszervezését írta elő, a Család- és Nővédelmi Tanácsadók (CSNT) rendszerét.

Az elgondolás helyes volt és alapkérdéseiben a mai napig is iránymutató. A határozat sajnos olyan időben jelent meg, amikor az 50-es évek első felének magas születési gyakoriságú éveinek gyermekei szülőképes korba kerültek és így önmagától is megemelkedett a születések száma. Ugyanakkor a hozott szociálpolitikai intézkedések a későbbre tervezett születeket is korábbi időpontra hozták és így együtt szülési és születési csúcsot eredményeztek. Szülőintézeteink a megnövekedett feladatok ellátására nem voltak felkészülve. Szervezettségük, műszerezettségük, szemléletük nem volt alkalmas korszerű szülészeti ellátás megvalósítására.

Ezeket a nehézségeket meg kellett oldani, hiszen a mennyiségi mutatók bővkörén átlátva észlelhető volt, hogy az anya-, gyermek-, nővédelmi ténykedésünk minőségi változásával tudunk csak megfelelni a kor követelményeinek. Le kellett szögezni, hogy a szakterület egy-egy részének fejlesztése csak elodázhajtja a problémákat és ezért csak az egész nővédelem átszervezésével, új koncepcióval lehet eredményt elérni.

Ennek leglényegesebb elemei a következők:

A nővédelemnek a gyermekkorban kell kezdődnie és tartania kell az idős korig.

Az egységes nővédelemnek vannak kiemelt periódusai, melyeket egységes rendszerben kell működtetni. Ilyenek a gyermek- és ifjúsági nőgyógyászat, családtervezési tanácsadás, a prekoncepcionális gondozás, a terhesgondozás, a gyermekágyas gondozás, nővédelmi onkológia, változókori gondozás.

A nőgyógyászat gondozás-jellegű tevékenységgé kell váljon, meg kell valósítani már fiatal korban a szexuál-hygiéniás nevelést és ellenőrzést, a nőgyógyászati betegségek aktív kezelését, majd utána tünetmentes állapotban is az ellenőrzést.

A népesedéspolitikai határozat társadalmi, politikai intézkedésein túl előirányozta a szülészeti - nőgyógyászati tevékenység strukturális változását, elősegítve annak tartalmi fejlődését is (Zsolnai, 1985). A népesedéspolitikai határozat kihirdetése óta már 15 év eltelt. A legtöbb CSNT is az országban már több mint 10 éves múltat tekint vissza. Funkciójuk kialakult, sőt ez az idő már elegendő volt ahhoz is, hogy lássuk melyek azok a feladatok, amelyek módosításra szorulnak.

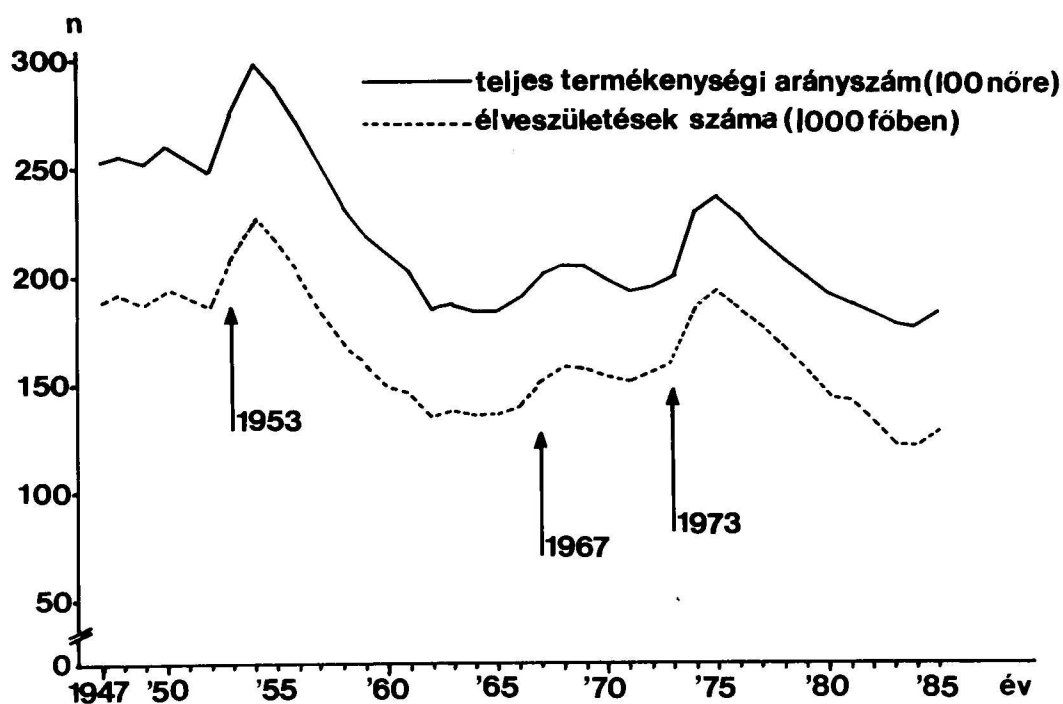
A magyar népesedési helyzet fontos sajátossága, hogy a családok átlagos gyerekszámát hosszú idő óta nem biztosítja a népesség egyszerű reprodukcióját. Ennek alakulását az **1. ábrán** mutatom be.

Az ábra egyrészt az élveszületések számának, másrészt pedig a termékenység egy mutatójának, a teljes termékenységi arányszámának alakulását mutatja. A teljes termékenység mutatója kiküszöböli a

kormegoszlásból adódó eltéréseket. Feltűnő, hogy mennyire hasonlít a kettőnek a mozgása. Ez azt jelenti, hogy a születések számában tapasztalható ingadozások döntő részben a termékenység változásának volnának az eredményei (Kamarás, 1987). Az ábra jól mutatja 1953, 1967, 1973 és 1984 hatását.

1. ábra

A születésszám és a teljes termékenységi arányszám alakulása 1947-85 között

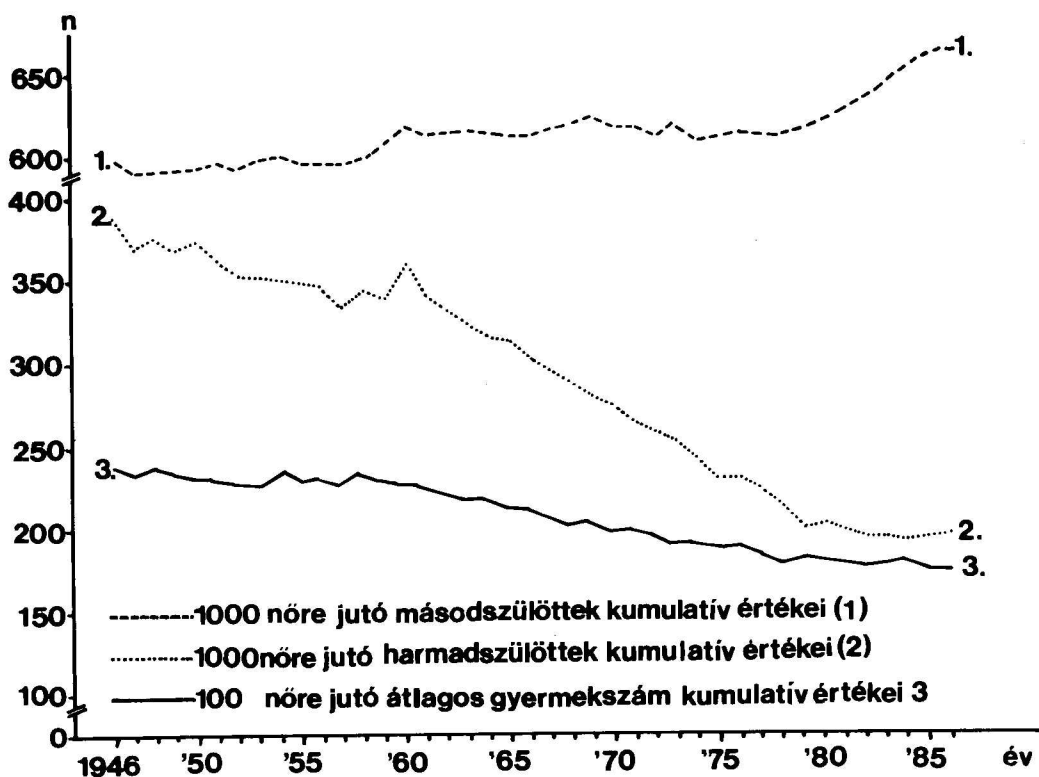


Forrás: Kamarás, 1987.

A valódi hatások azonban a befejezett termékenység szintjével mérhetők. Kohorsz adatok alapján 40 generáció termékenységi életútját mutatja a 2. ábra, a 40 éves kort gyakorlatilag befejezett termékenységi szintnek tekintve. Kiderül, hogy mennyiben különbözik az évenkénti nagy ingadozásokkal szemben a befejezett termékenység alakulása, ez ugyanis folyamatos csökkenést mutat egészen az 1970-es évek közepéig, majd ez a csökkenés mérséklődött (Kamarás, 1987).

2. ábra

A befejezett termékenység alakulása és a másod-, harmadszülöttek generációnkénti aránya



Nyers élveszületési arányszám:

1.000 lakosra jutó élveszületett gyermekek száma.

Átlagos élveszületési sorrend:

Az élveszületések sorrendjének, és az ehhez tartozó szülések számának súlyozott számtani átlaga.

Teljes termékenységi arányszám:

Az életkor szerinti termékenységi arányszámok 1 nőre jutó értéke. Azt fejezi ki, hogy egy nő átlagosan hány gyermekkel fejezné be termékenységét akkor, ha élete folyamán olyan gyakorisággal szülne, mint ahogy az adott évben szülő 15-49 éves nők tették.

Befejezett termékenység:

A szülőképes életkor végéig született gyermekek átlagos száma.

A **2. ábrán** mutatom be azt is, hogyan alakult kohorszonként vagy generációnként a másodszülöttek és a harmadszülöttek aránya. Míg a másodszülötteknél lényeges javulás figyelhető meg, a harmadszülötteknél már nem mondhatjuk ezt. Az egyes generációknál a harmadszülöttek aránya a befejezett termékenység szintjén folyamatosan csökkent, pontosabban az 1970-es évek közepéig észlelhető ez a csökkenő trend (**Kamarás**).

1977 és 1986 között jelentősen csökkent az egygyermekes családok aránya, s emellett némileg emelkedett a háromgyermekes családok részesedése. E jelenségek az átlagos gyermekszám emelkedését vonták maguk után. Azonban az 1986-ra már emelkedett családonkénti átlagos gyermekszám sem elegendő a család önreprodukálására.

A befejezett termékenység változása mellett az elmúlt időszak egyik reprodukciós jellegzetessége, hogy lerövidült a nők termékeny életperiódusa, és azon belül is a fiatalabb életkorokra tolódik át döntő mértékben a kívánt gyermek megszületése.

A fiatalabb életkorok magasabb termékenysége nem csak a végső családnagyság korai kialakulásához járulhat hozzá, hanem a fiatal korban elért magasabb gyermekszám mellett egy jó időpontban meghozott, átgondolt népesedési célú politikai beavatkozás hatással tud lenni a harmadik évtizedekben járó nők termékenységének emelkedésére is, és emelőleg hathat a befejezett termékenység alakulására is. Valószínű, hogy ebben az életkorban lehet csak jelen körülmények között számítani a harmadik gyermek legnagyobb arányú megszületésére, ami viszont feltétlenül szükséges a népesség reprodukcióját biztosító befejezett termékenységi szint eléréséhez (**Mészáros**).

A családtervezés, családnagyság kérdéséhez érdekes információkat ad kohorsz analízis útján az 1974-ben kötött házasságok longitudinális vizsgálata (**Mészáros**). Rajtuk lemérhető az 1973-as és az 1984-es intézkedések hatása, vizsgálható, hogy ezek hogyan hatottak a családtervezési elképzelésekre, a kívánt gyermekek számára.

Folyamatos a kívánt családnagyság csökkenése:

- a vezető beosztású nők családterveiben
- az egyetemi, főiskolai végzettségűeknél
- a 25 év fölött házasságot kötött nőknél.

Az eredeti családtervek folyamatos emelkedése tapasztalható:

- az eltartott nők körében
- a nyolc osztálynál kevesebb végzettségűeknél
- a betanított és segédmunkás nőknél.

3. CÉLKITŰZÉS

Az 1040/1973.X.18. MT. Népesedéspolitikai Határozatnak fontos előírásai voltak a család- és nővédelem terén. Egészségpolitikai, szociálpolitikai és szervezeti feladatokat jelölt meg. Ezek megvalósulását is vizsgálva választ kívántam kapni a következő kérdésekre:

1. A Család- és Nővédelmi Tanácsadó hálózat kialakítása és kialakulása óta működése hogyan alakult.
2. Mennyiben valósult meg a népesedéspolitikai határozatnak az az intézkedése, hogy álljanak rendelkezésre megfelelő minőségben és választékban fogamzást gátló gyógyszerek és eszközök.
3. Milyen a terhességmegszakítás hazai gyakorlata.
4. A népesedéspolitikai határozatnak fontos egészségpolitikai, szociálpolitikai intézkedései is voltak. Vizsgálni kívántam, milyen további intézkedésekre van lehetőség az anya- és nővédelem keretén belül.

4. ANYAG ÉS MÓDSZER

Az értekezés készítésekor a következő módszert alkalmaztam:

1. A Család- és Nővédelmi Tanácsadók működésének értékeléséhez az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet 1978-87. közötti adatait, jelentéseit, valamint az Egészségügyi Számítástechnikai és Információs Központ számítógépes adatait dolgoztam fel. Rendelkezésemre álltak a megyei szülész-nőgyógyász szakfelügyelő főorvosoktól kapott adatok is.
2. A hormonális fogamzásgátló tabletták és az intrauterin fogamzásgátló eszközök forgalmazásának értékelését az Országos Gyógyszertári Központ adatai elemzése során tettem meg.

A hatás, -mellékhatás-, a fertilitás visszatérte vizsgálatai a gondozás oldaláról indultak ki. Évek óta ellenőrizzük azokat, akik gyermek utáni vágyból hagynak fel a tablettaszedéssel. Ők szívesen vállalják a gondozáson történő gyakoribb részvételt, így követéses vizsgálatra is alkalmasak. Vizsgálataink 1983. I.1. és 1988. VI.30. között történtek. 1374 nő 29.996 ciklusát elemeztük.

Az alkalmazók száma és életkoruk a következőképpen alakult:

Bisecurin:	177 nő:	26,3	17-37 év
Ovidon:	238 nő:	25,9	16-38 év
Rigevidon:	391 nő:	27,2	15-38 év
Anteovin:	568 nő:	27,8	15-39 év

A hormonális fogamzásgátló tablettát szedő nőket 3 havonta ellenőriztük. Ennek során figyelemmel kísértük a ciklusra vonatkozó észrevételeket, valamint a mellékhatásokat. Testsúlymérést, vérnyomásmérést, időszakos rutin laboratóriumi, kolposzkópos és tumor citológiai vizsgálatokat, a hüvely bakteriológiai és emlő vizsgálatot végeztünk a szokásos bimanuális vizsgálaton kívül. Amikor bármely okból a nők abbahagyták a tabletták szedését, a következő ciklusokban alaphőmérsékletet mérettünk addig, amíg a bifázisos ciklust nem találtuk meg (legfeljebb 6 hónapig). Vizsgáltuk az Anteovin szedése alatti és abbahagyása utáni szérumból E_2 , progeszteron és prolaktin értékeket.

A vizsgálatban való részvételnél egy szelekciós szempont szerepelt csupán, nevezetesen, hogy a jelentkező tudja-e vállalni az ebből eredő nehézségeket. A megfelelő összehasonlítás miatt a következő ciklusokat vizsgáltuk. Az utolsó gyógyszermentes, az első és a harmadik gyógyszert szedő, az utolsó gyógyszert szedő és az azt követő első ciklust. A szérumból az E_2 , progeszteron és prolaktin értékeket a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika hormondiagnosztikai laboratóriumában határoztuk meg radioimmunoassay módszerrel.

A szérumból progeszteron radioimmun meghatározását aktív szén abszorpciós módszerrel végeztük. A módszer érzékenysége 5-15 pg/cső (0,25-0,75 ng/ml szérumból).

Az intraassay variációs koefficiens 6,7%, az interassay variációs koefficiens 12,9%, pontosság (accuracy) WHO külső standard felhasználásával 14%.

A 17- β ösztadiol radioimmun meghatározását is aktív szén

abszorpciós módszerrel végeztük. A módszer érzékenysége 2-4 pg/cső (10-20 pg/ml szérum). A módszer intraassay variációs koefficiense 6,2%, interassay variációs koefficiense 12,4%, pontossága WHO külső standard felhasználásával 11,7% (Siklósi).

A szérum prolaktin meghatározását homológ, double antibody radioimmun rendszerben végeztük.

A módszer érzékenysége 1 ng/ml szérum (0,2 ng/cső), intraassay variációs koefficiense 4,7%, interassay variációs koefficiense 11,8%, pontossága WHO standard felhasználásával 15,4% (Siklósi).

59 nő esetében történt a szérum E_2 , progeszteron és prolaktin szint meghatározás a ciklus 18. 21. és 24. napján.

A számításokat számítógép segítségével végeztük, 885 adathalmaz elemeit dolgoztuk fel, meghatározva az adathalmaz elemeinek átlagát, standard deviációját és "t" értékét.

A kétfázisú, kétkomponensű fogamzásgátló tablettá, az Anteovin, kismencedei gyulladásbeli additív gyulladáscsökkentő hatásának vizsgálatánál és a PID (Pelvic Inflammatory Disease) index kidolgozásánál 86 beteg adatait dolgoztuk fel. Betegeinket születési napjuk páros vagy páratlan száma szerinti random alapján - a komplex kezelési protokoll kereteit követve - vagy gyulladásgátlókkal (37 beteg), vagy ezek mellett additív Anteovin tablettával kezeltük. Az életkor 16-35 év között változott, átlagosan 26,5±1,3 év volt. Az alkalmazásra kerülő gyulladáscsökkentők Rheopyrin, Rheosolon, Naprosyn, Donalgin, Prolixan 300, Voltaren voltak. Ezeket a gyulladásgátlókra vonatkozó szabályok betartásával a szokványos dózisban adagoltuk.

Candidiasis egyidejű szanálása kapcsán Nizoralt alkalmaztunk. Az alapkezelést 1-4 hónapig folytattuk változatlan Anteovin alkalmazás mellett, de az antiflogisztikumok napi adagját 10 nap után fenntartó mértékűre csökkentettük. Elvégeztük a szokásos májfunkciós ellenőrzéseket és a betegeket 1-4 hetente kontrolláltuk.

3. A hazai terhességmegszakítási gyakorlat értékelésénél felhasználtam a Központi Statisztikai Hivatal Népesedésszatisztikai Főosztálya által rendelkezésünkre bocsájtott reprezentatív termékenységi, családtervezési és születésszabályozási vizsgálatok adatait is. A terhességmegszakítás motivációjának vizsgálata a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinikán, a terhességmegszakításra jelentkezőknél történt. A válaszadás önkéntes volt. 1988.IX.1. és 1988.XII.31. között kérdéseinkre 205-en válaszoltak. Életkoruk 17-39 (30,9) év között volt. A válaszadásban több motiváló okot is megjelölhettek.
4. Az anya- és nővédelem szociálpolitikai kérdései tárgyalásánál a Társadalombiztosítási Főigazgatóság bocsájtotta rendelkezésemre a társadalombiztosítási adatokat. A terhesek kórházi ápolására és a veszélyeztetett terhesekre vonatkozó adatokat a védőnői jelentések alapján állítottam össze.

Az értekezésemben nem kívántam a terhesgondozás egész rendszerével foglalkozni, mely a tágabb értelemben vett anyavédelem része, egyfelől az értekezés véges terjedelme miatt, másfelől, mert az értekezés keretét képező népesedéspolitikai határozat közvetlenül nem foglalkozott a terhesgondozás rendszerével.

5. EREDMÉNYEK ÉS ÉRTÉKELÉS

5.1. SZERVEZETI KÉRDÉSEK, A CSALÁD- ÉS NŐVÉDELMI TANÁCSADÓ HÁLÓZAT KIALAKULÁSA ÉS MŰKÖDÉSE

5.1.1. Kialakulásuk, kialakításuk, szervezeti felépítésük

A már említett népesedéspolitikai határozat megteremtette a lehetőséget, hogy az a fajta orvosi tevékenység, mely a gondozáson alapul, szervezetten, megfelelő körülmények között történjen.

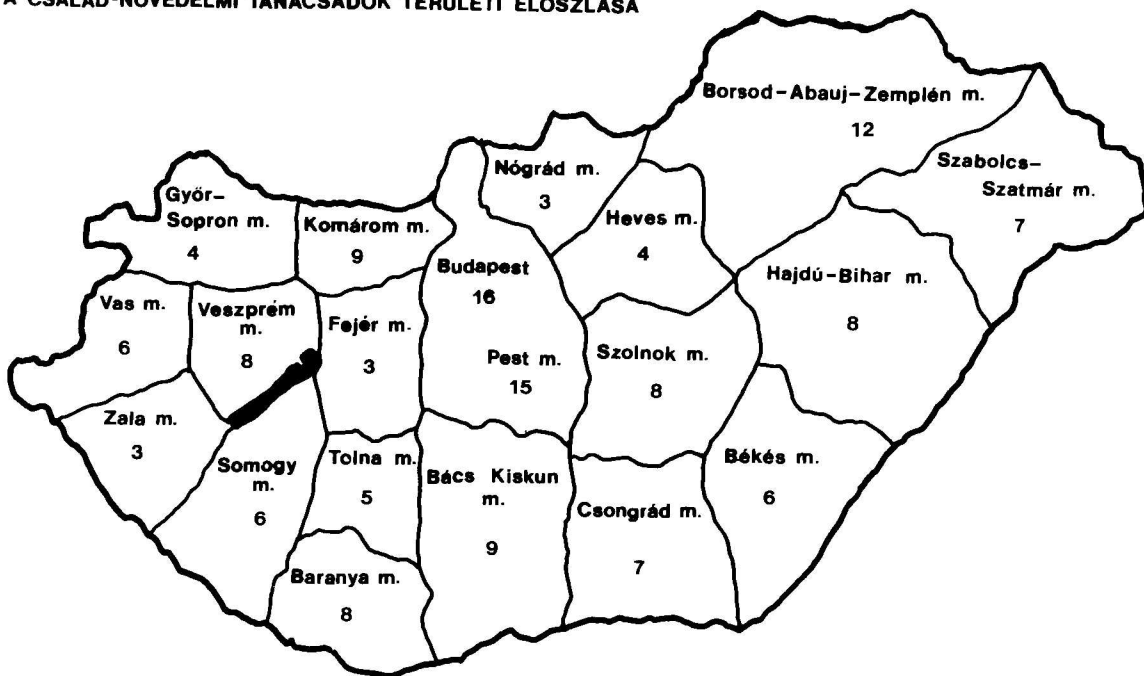
Ennek részeként és ilyen feladattal kezdték el szervezni a Család- és Nővédelmi Tanácsadókat. Működésükhöz, felépítésükhöz az Egészségügyi Minisztérium irányelveket dolgozott ki és adott közre (40.834/1976. Egészségügyi Közlöny 16, 698-702.).

1974-75-ben kezdődött el a Család- és Nővédelmi Tanácsadók szervezése. **Óry** 1982-ben kijelentette, hogy az országban formailag kiépült a Család- és Nővédelmi Tanácsadók hálózata. **Zsolnai** 1984-ben az Egészségügyi Tudományos Tanácsnak írt jelentésében az anya- és csecsemővédelem egyik legjelentősebb lépésének minősítette a hálózat kialakulását. 1988-ban felméréseim szerint az országban 147 CSNT működött, fő- és mellékállásban 569 alkalmazottal, köztük 204 orvossal. Területi elhelyezkedésüket a **3. ábrán** mutatom be.

Szervezeti felépítésükre az egészségügyben már általánossá vált elv alapján az integráció és a progresszív ellátás jellemző.

3. ábra

A CSALÁD-NOVÉDELMI TANÁCSADÓK TERÜLETI ELOSZLÁSA



A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Nővédelmi Tanácsadójában 1987. XI.1-től folyamatosan 400 gondozottnak tettünk fel az intézethez való kötődés természetére vonatkozó kérdéseket. (I. táblázat)

I. táblázat

A CSNT-ben gondozottak viszonya az intézethez, ill. az ott dolgozókhöz

n=400

kor	a meghatározó, kötődés		
	személyi	intézeti	közömbös
15 – 21	21	18	54
22–34	106	34	44
33–tól	71	24	28

A válaszokból kiderült, hogy a gondozás "személyi" oldala meghatározó. A személyi kötődés és integráció összekapcsolható abban a formában, ha több orvos is ténykedik a Tanácsadóban, így az osztály szerves, integrált része tud lenni és megfelel annak az igénynek is, melyet a gondozás személyi feltétele jelent.

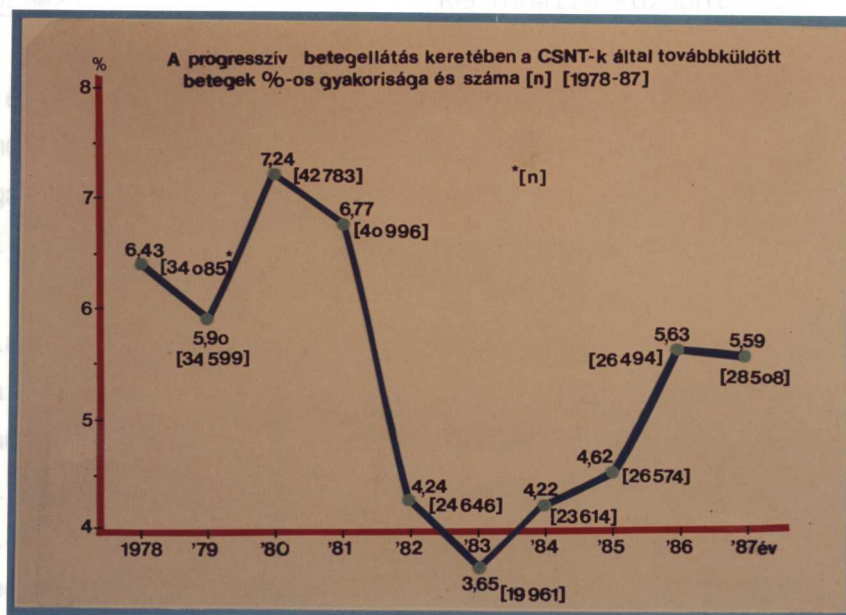
A Tanácsadók tevékenységének másik fő jellemzője, hogy az egységes progresszív ellátási rendszerben dolgoznak. Ez azt jelenti, hogy az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet szakmai felügyelete

mellett az ellátás több szintjét határozták meg. Ez a rendszer, ha jól működik, biztosítja mindenki számára a legmegfelelőbb ellátást az arra alkalmas intézetben.

Kidolgoztuk, hogy az egyes ellátási szintek a Család- és Nővédelmi Tanácsadók rendszerében mit is jelentenek (**II. táblázat**)

A **4. ábrán** mutatom be, hogy a progresszív betegellátás keretében országosan a CSNT-k által gondozott betegek száma (1978-1987) hogyan alakult.

4. ábra



A progresszív ellátás miatt továbbküldöttek száma 1981-ig folyamatos növekedést mutatott, majd azt követő csökkenés után egy alacsonyabb szinten állandósult.

II. táblázat

A Család- és Nővédelmi Tanácsadók feladatai a progresszív ellátás rendszerén belül

Alapellátás

házasság előtti tanácsadás
fogamzásgátlási tanácsadás
terhesgondozás

Megyei Kórház

házasság előtti tanácsadás
terhesgondozás
fogamzásgátlási tanácsadás
meddőségi gondozás

andrológia
onkológiai szűrés
gyermek-nőgyógyászat
genetikai tanácsadás
szexológiai tanácsadás
jogi, szociológiai tanácsadás

Városi Kórház

házasság előtti tanácsadás
fogamzásgátlási tanácsadás
terhesgondozás
meddőségi gondozás
onkológiai szűrés

Regionális Központ

házasság előtti tanácsadás
terhesgondozás
családtervezési tanácsadás
meddőségi gondozás
(endokrinológia)
andrológia
onkológiai szűrés
gyermek-nőgyógyászat
genetikai tanácsadás
szexológiai tanácsadás
jogi, szociológiai tanácsadás
oktatás
tudományos tevékenység

A III. táblázatban bemutatom, hogy a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Család- és Nővédelmi Tanácsadó-jában a progresszív betegellátás keretében fogadott betegek megoszlása hogyan alakult (1985-1987).

Az előző elveknek és a helyi lehetőségeknek megfelelően kidolgoztuk a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Család- és Nővédelmi Tanácsadó-ja munkaprogramját és feladatait.

- Gyermek- ifjúsági nőgyógyászat
- A tizenévesek terhességeinek nyomonkövetése
- Terhességre felkészítés (1985-től)
- Sikertelen terhesség utáni gondozás (1985-től)
- Szülésre felkészítés (1985-től)
- Meddőségi gondozás
- Fogamzásgátlási tanácsadás
- Genetikai tanácsadás
- Andrológia (1988-tól)
- Szülészeti aneszteziológiai tanácsadás (1988-tól)
- Szexuálpszichológiai tanácsadás-terápia
- Családterápia
- Változókori gondozás
- Terhességmegszakítás engedélyezése (1989-től)

III. táblázat

A II. Női Klinika CSNT-ben a progresszív betegellátás
keretében fogadott betegek száma (1985-87)

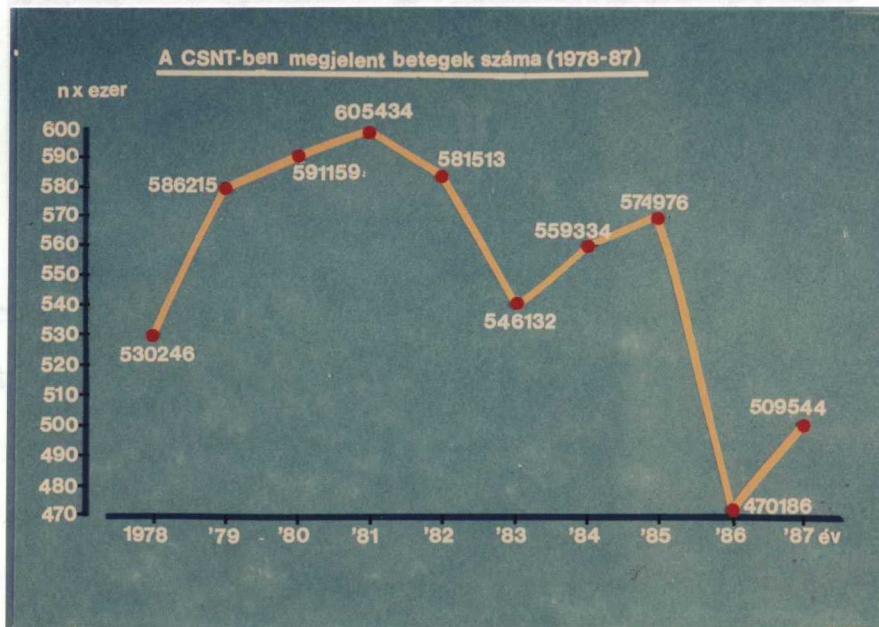
Gyermek-nőgyógyászat	1832	39,3%
fogamzásgátlás	23	0,5%
Meddőség	513	11,0%
Sikertelen terhesség	47	1,0%
Endokrinológia	1767	37,9%
Genetika	378	8,1%
Andrológia	33	0,7%
Pszichológia	51	1,1%
Onkológia	19	0,4%

5.1.2. A Család- és Nővédelmi Tanácsadók Tevékenysége

A Tanácsadók tevékenységének adatait az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet jelentései alapján a következőképpen lehet összegezni (1978-1987):

A tanácsadáson megjelentek számának alakulását az **5. ábra** mutatja be. Ebből megállapítható, hogy az 1979-1982-es évekhez képest kifejezett visszaesés történt.

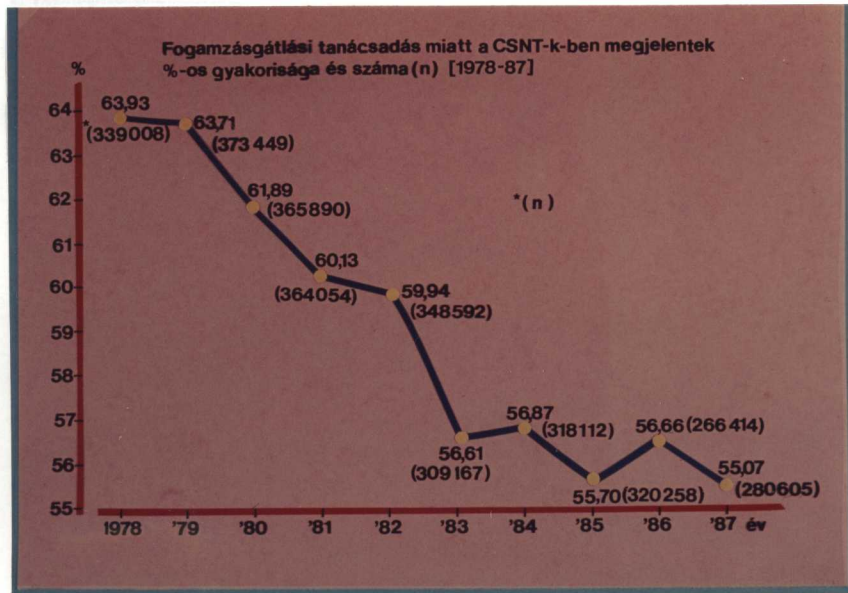
5. ábra



Azon belül viszont az egyes gondozási, ellátási formák között a fejlődés ellentétes irányban alakult. Így fogamzásgátlási kérdésekben egyre kevesebben keresik fel a Tanácsadókat, pedig ez az egyik fő profilja lenne. Nyilván közrejátszik ebben, hogy fogamzásgátló hormonális tablettát nemcsak a Tanácsadók orvosai írhatnak fel, és ez vonatkozik az intrauterin fogamzásgátló eszközök felhelyezésére is. Annak ellenére, hogy számszerűleg a CSNT-k betegforgalmának több mint a felét (1985 55,7%; 1986 56,7%; 1987 55,1%) a fogamzásgátlási

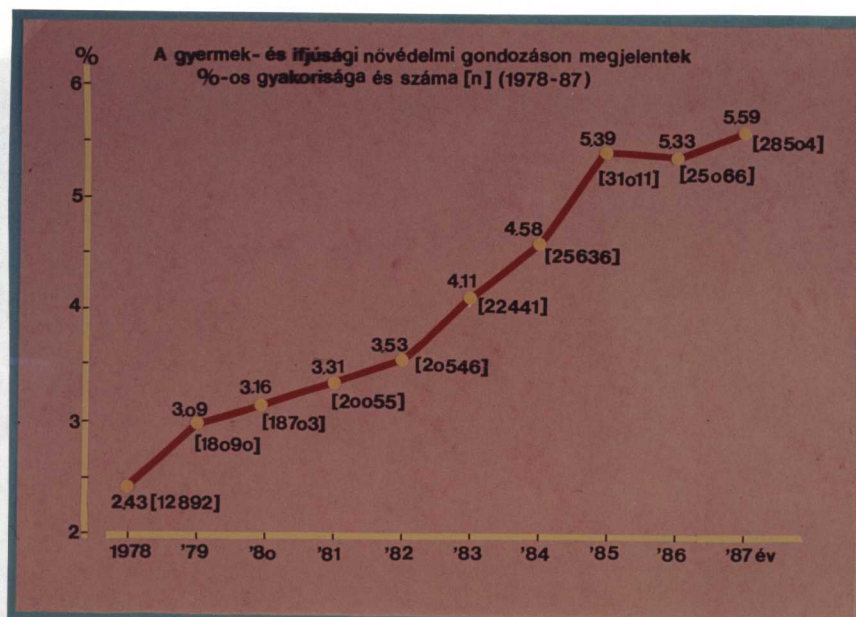
tanácsadáson megjelentek adják, a ténylegesen megjelentek csökkenő tendenciája arra int, hogy a CSNT-k fejlődésében és fejlesztésében erre különös hangsúllyal kell figyelni (6. ábra)

6. ábra



A gyermek- és ifjúsági nőgyógyászati rendelésen és tanácsadáson megjelentek száma és aránya folyamatosan emelkedik (7. ábra)

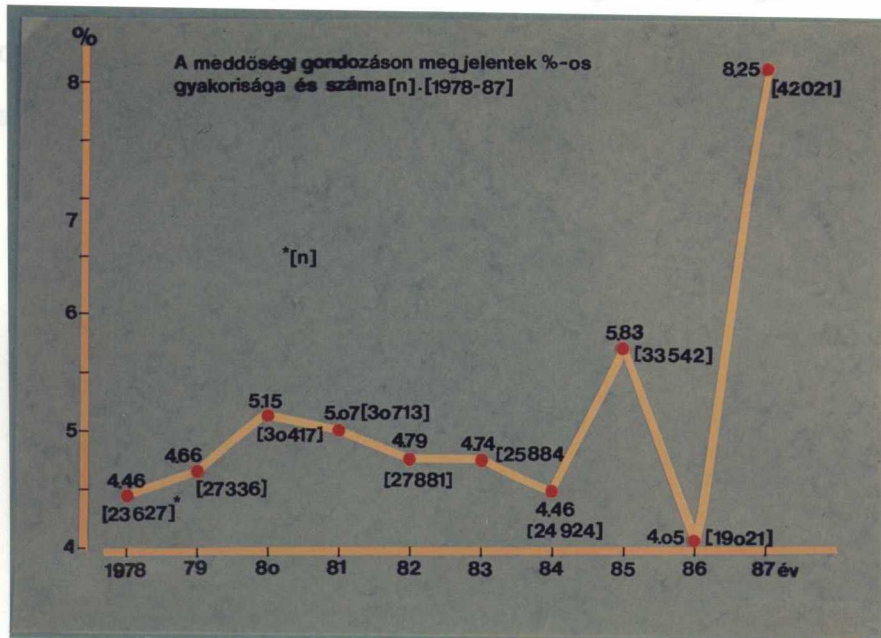
7. ábra



Valószínű, hogy ez a szám a kialakult tendenciának megfelelően, szervezéssel, felvilágosítással továbbra is emelkedni fog.

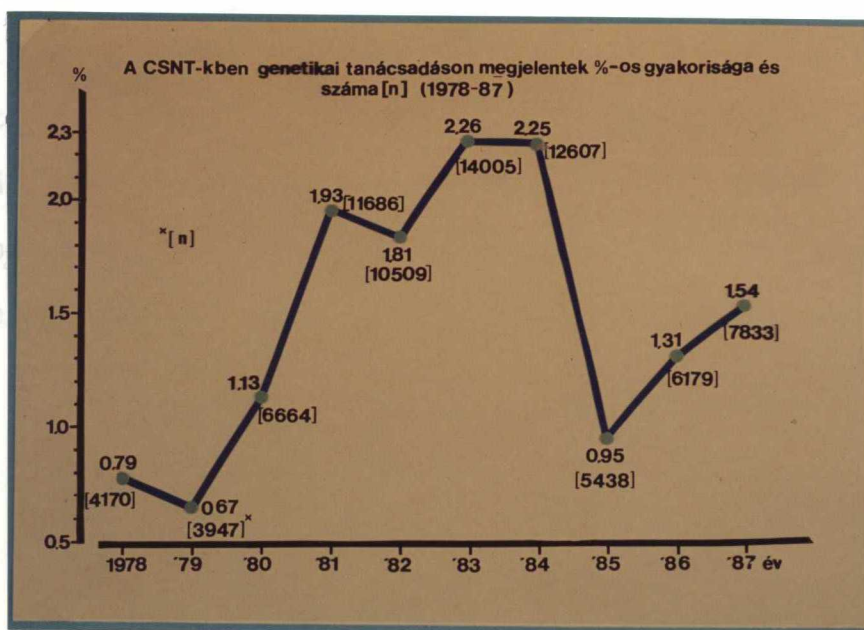
A meddőségi gondozáson és kivizsgáláson megjelentek száma lényeges változást nem mutat (az 1987-es év kivételével) (8. ábra)

8. ábra



A genetikai tanácsadás számszerű adataiból (9. ábra) nem lehet következtetést levonni a genetikai tanácsadók munkájáról, mivel ezek a számok kizárólag a CSNT-k-ben folyó genetikai tanácsadás adatait tartalmazzák.

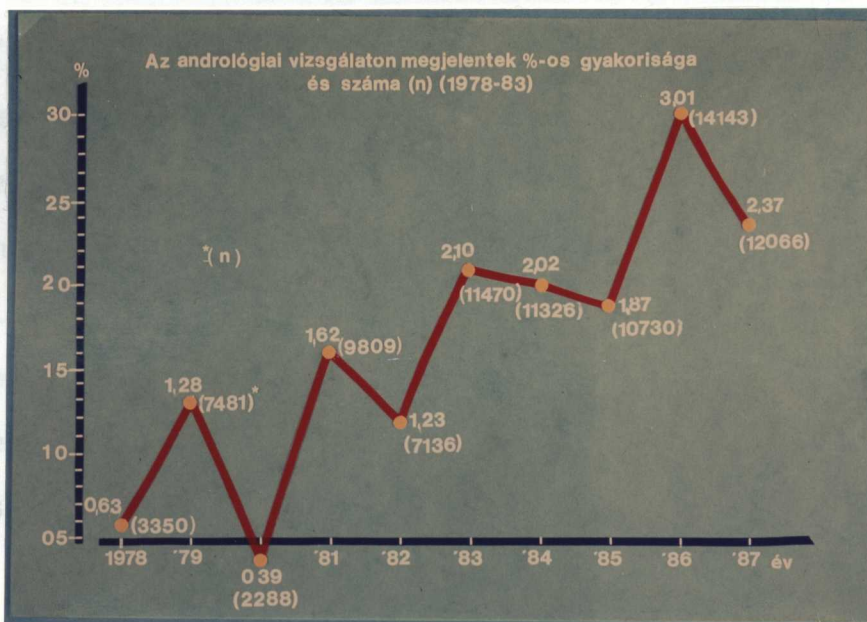
9. ábra



Az utóbbi időben azonban már önálló genetikai tanácsadók is működnek, így érthető, hogy a CSNT-k ilyen irányú tevékenysége kismértékben csökkent.

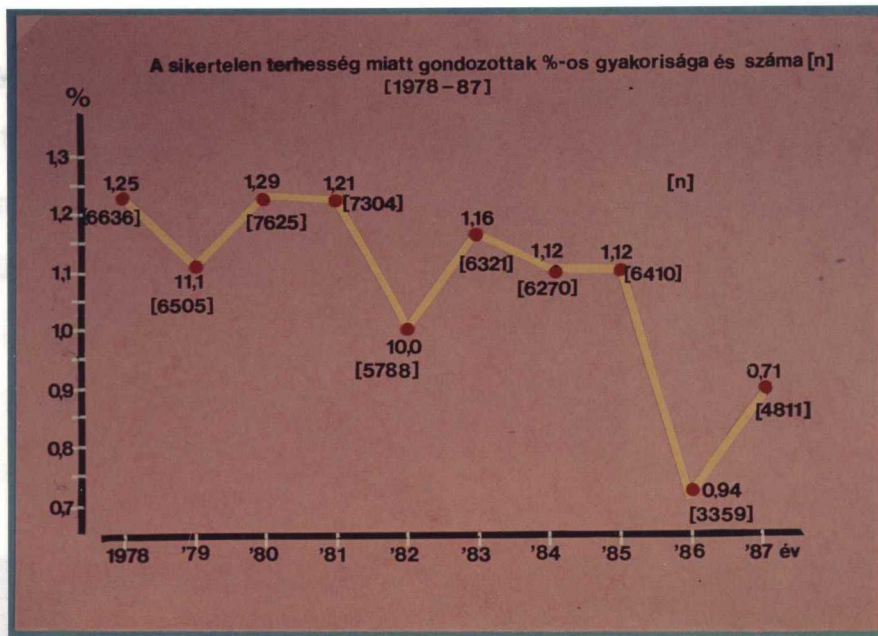
Az andrológiai vizsgálaton megjelentek száma lassan, de folyamatosan emelkedik és mind a meddőségi kivizsgálás, mind a családtervezési alkalmassági vizsgálat részeként a továbbiakban is emelkedés várható (10. ábra)

10. ábra



A sikertelen terhességek miatti megjelenések száma a tíz év során változatlan volt (11. ábra), pedig a koraszülés és a perinatalis halálozás csökkentése érdekében minőségileg kell fejleszteni a terhesgondozást, melynek része az is, hogy sikertelen terhességek után gondos elemzéssel kell felderíteni az okot, vagy okokat.

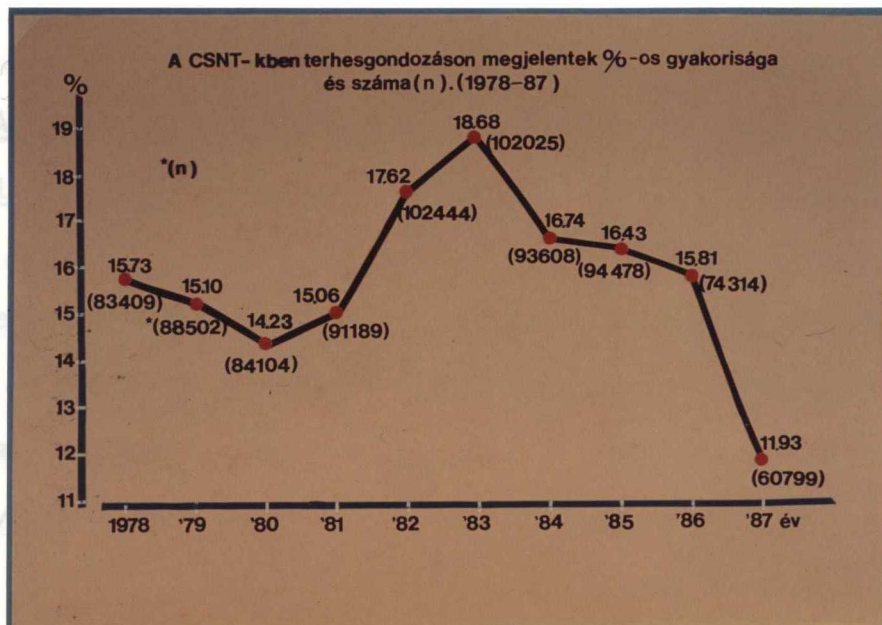
11. ábra



A betegforgalmi adatok elemzése viszont felveti azt a kérdést, vajon a sikertelen terhességek utáni gondozás valójában a Tanácsadók feladata-e. Működésében hatásosabb, szervezetenként célszerűbb lenne a klinikákon, kórházakban erre specializálódott szakrendeléseket működtetni.

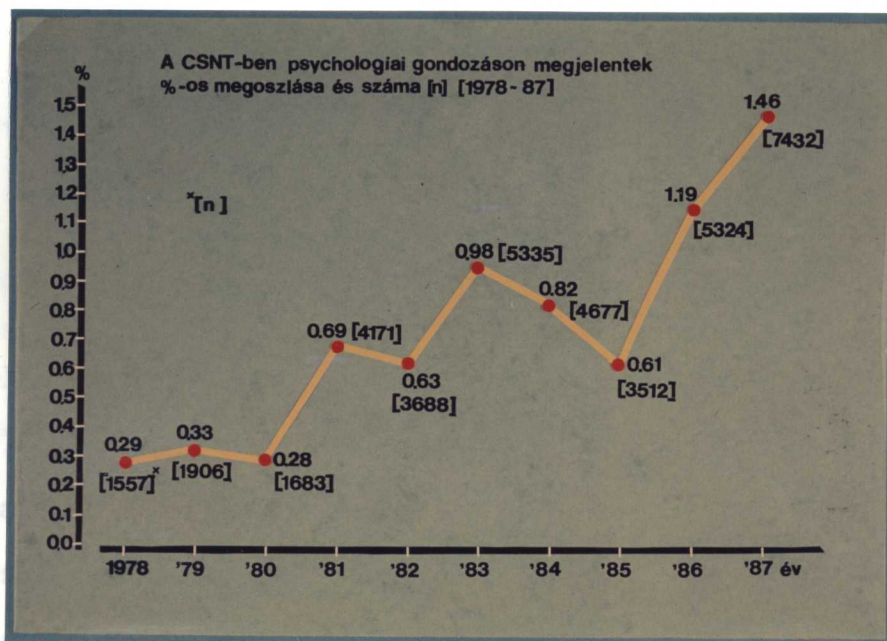
Csökkenett a terhesség miatti megjelenések száma (12. ábra), mely részben terhespatológiai okból, részben olyan terhesek gondozásából tevődik össze, kik korábban a Tanácsadóknál álltak gondozás alatt.

12. ábra



A gyermek-nőgyógyászathoz hasonlóan egyértelmű növekedés állapítható meg a pszichológusnál történt megjelenések számában is. Ezt a fokozott igényt a Család- és Nővédelmi Tanácsadók fejlesztésénél feltétlenül figyelembe kell venni. (13. ábra)

13. ábra



5.1.3. A CSNT-k tevékenységének továbbfejlődési lehetőségei

Az említett népesedéspolitikai határozat egyik legfontosabb eleme volt a Család- és Nővédelmi Tanácsadók megszervezése, melyeknek feladata a szülészeti-nőgyógyászati osztály, klinika preventív feladatainak végzése, lényegében a női lakosság gondozása.

Alapelvnek kimondhatjuk, hogy az alapellátás az egészségügy költségkímélő formája. Különösen vonatkozik ez azokra a területekre, ahol a prevenció az elsődleges cél. A nővédelmi tanácsadás a legszélesebb értelmű prevenció körébe tartozik, így egészségi, egészségügyi előnyén kívül, fejlesztése kétségtelenül előnyös gazdasági szempontból is.

Melyek azok a területek, ahol fejlődés várható?

5.1.3.1. Családtervezési tanácsadás, terhességre felkészítés

Az egészségnek, mint társadalmi értéknek a tudatosulása a sikertelen terhességek jelentőségét számottevően felnagyította (Pintér). Így mindinkább a terhesség szakszerű előkészítésének fontossága került előtérbe, keresve azokat a lehetséges okokat, melyek a terhesség sikertelen befejeződéséhez vezetnek. Ez magyarázza, hogy a praepreconceptionalis tanácsadás, vizsgálat, gondozás fogalomköre lassan beépült a családtervezésbe.

A házasság előtti orvosi tanácsadás korábbi rendszerének ez is feladata volt, de erre nem volt képes. Az ilyen jellegű családtervezési szolgáltatásoknak mind szakmai, mind a tanácsra várók részéről van létjogosultsága. A családtervezési intézményrendszer esedékes általános reformjában az ilyen típusú preventív funkció az, amely várhatóan fejlődni fog. Ennek része az a hosszútávú, egymáshoz szorosan illeszkedő, családtervezési ismeretszerzési lehetőséget biztosító program, mely kiegészíthető a gyermekvállalásra való biológiai alkalmasság vizsgálatával, és feltételez egy folyamatos

egészségnevelő, egészségmegőrző ténykedést is. A családtervezési tanácsadás, terhességre való felkészítés programját a 14. ábra mutatja be.

14. ábra

Családtervezési tanácsadás, terhességre felkészítés

CSNT

Családtervezési tanácsadás

Egészségi
alkalmasság

Genetikai
alkalmasság

Nemzőképesség
ellenőrzése

Terhességre
alkalmasság

Veszélyállapotok
kiszűrése

Pszichoszexuális
alkalmasság

Fogamzásgátlási tanácsadás

5.1.3.2. Gyermek- és ifjúsági nőgyógyászat

Mint korábban a betegforgalmi adatokból kimutatható volt, ezen a speciális szakrendelésen, tanácsadáson egyre többen jelennek meg, és az igény egyre növekszik. Jelenleg kiteljesedésének lehetünk tanúi. Az első fázis a 18 éves felső korhatár elfogadása volt. Így a gyógyító-megelőző munka ezen a téren teljesen folyamatos lett. Ugyanakkor ez a korhatár kitolódás azt is jelenti, hogy a szexualitás előtérbe kerülésével is szembe kell nézni. Ez pedig tartalmi bővítést is jelent. Ezért ma a gyermek-nőgyógyászatnak kötelező jellegű feladata a tizenéves korban nemkívánatos terhességek megelőzése, hatékony fogamzásgátló módszerek biztosítása.

Feladata:

- a gyermekkorban manifesztálódó megbetegedések felderítése és gyógykezelése,
- azoknak a veszélyállapotoknak a kiszűrése és kezelése, melyek a későbbi fertilitást befolyásolhatják (fluor),
- a nemkívánt terhességek megelőzésének biztosítása,
- speciális egészségvédelmi feladatok teljesítése.

Látható, hogy ez a nővédelmi munka igen fontos területe és jól beilleszthető az "Egészséget mindenkinek 2000-re" WHO programba (Borsos, 1984).

A 15. ábra a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Család- és Nővédelmi Tanácsadója keretében működő gyermek-, ifjúsági nőgyógyászati szakrendelésének kapcsolatait mutatja. (Elkészítésében hatással volt rám Borsos hasonló felosztása).

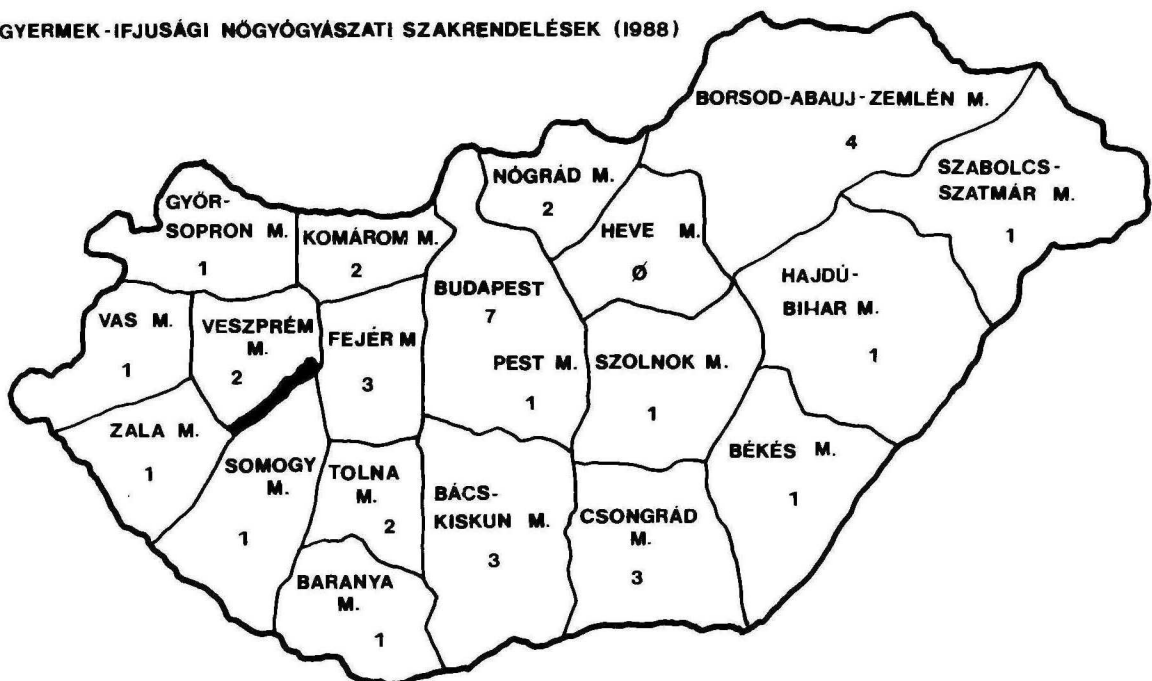
15. ábra



A Család- és Nővédelmi Tanácsadók keretében működő gyermek-ifjúsági nőgyógyászati szakrendelések országos helyzetét a 16. ábra mutatja (1988. júniusi állapot).

16. ábra

GYERMEK-IFJUSÁGI NŐGYÓGYÁSZATI SZAKRENDELÉSEK (1988)



Látható, hogy a legtöbb megyében a szakrendelések száma kevés. Ha mindenhol csak egy rendeléssel többet állítanak be, a mennyiségi mutatókon kívül az ellátás minőségében is javulás várható. Ez az a szám, ami átszervezéssel, jobb szervezéssel valószínűleg megoldható, így különösebb költségnövekedést sem jelent.

5.1.3.3. Pszichológusi feladatok a Nővédelmi Tanácsadó keretében

Az 5.1.2. fejezet tárgyalásában rámutattam arra, hogy a Család- és Nővédelmi Tanácsadáson a pszichológusnál levő megjelenések számában folyamatos emelkedés volt tapasztalható tíz év tevékenységének értékelésekor. A trendet értékelve egyre nagyobb feladat hárul rájuk. Ezeket a következőkben tudom összefoglalni:

- A praekonceptionális gondozással, ellátással kapcsolatos pszichológiai problémák exploratív megközelítése.
- A családtervezés, fogamzásgátlás pszichés háttérének, következményeinek vizsgálata.
- A fiatalok reprodukciós folyamatai kapcsán tanácsadás, életvezetési irányítás.
- Szexuálterápiás tanácsadás.
- Életvezetési konfliktusok rendezése, tanácsadás.
- Családterápiás feladatok.
- Pszichoszomatikus zavarok, vegetatív jellegű neurosis tünetek megközelítése.

A vázolt feladatok a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Család- és Nővédelmi Tanácsadójában dolgozó pszichológus

munkájának értékelésekor fogalmazódtak meg. Részletes elemzése az értekezésnek nem tárgya.

5.1.3.4. Szülésre felkészítés

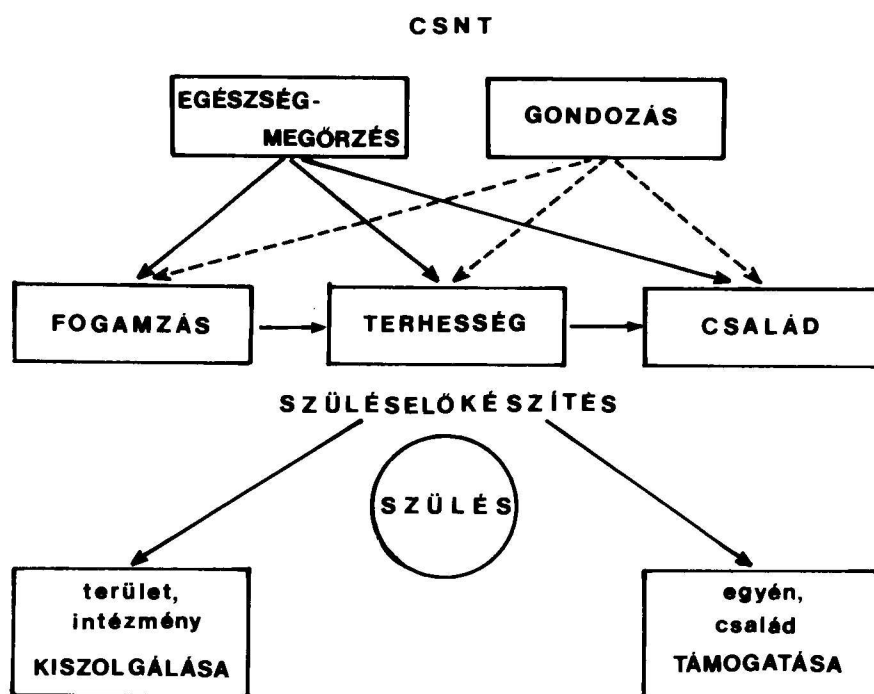
A Család- és Nővédelmi Tanácsadók másfél évtizedes tapasztalatai igazolják azt a törekvést, hogy a terhesség vállalásának lehetőségeinél, valamint a terhesség és szülés eseményeinek irányításában jelentős részt kell vállalniuk. A nővédelmi munka gondozói és egészségmegőrző funkciói a nők egyes életszakaszaiban középpontba hozzák a gyermekvállalás kérdéseit, majd a gyermekkel kibővült család gondjait is.

A praeconceptionalis gondozás, mint egyfajta keret a nővédelmi munkában, próbál törekedni arra, hogy a gyermek vállalásához mind a medicinális, mind az extramedicinális feltételeket befolyásolhassuk és szabályozhassuk. E munka a létrejött terhesség észlelésével nem érhet véget. A terhesek megkülönböztetett gondozása - mely nem azonos a terhesgondozással - korábban a veszélyeztető tényezők kiszűrését jelentette.

1985-től a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Család- és Nővédelmi Tanácsadója nővédelmi munkacsoportja is bekapcsolódott az egészségmegőrzés társadalmi programjának megvalósításába, mely egyebek mellett a szervezett keretek között történő szülésre felkészítő munkát is jelenti. Ez a nagyon széles skálán és különböző formában megvalósítható tevékenység a család- és nővédelmi munkában szervesen illeszkedik a folyamatos gondozás láncolatába, annak speciális láncszemének tekinthető. (17. ábra)

17. ábra

A Család- és Nővédelmi Tanácsadás gondozói tevékenysége



Hat egyrészt a terhes asszonyra és házastársára úgy, hogy a szülés élményét családi eseményként a család építőköveként próbálja kezelni. Ugyanakkor a háttérintézmények felé egyfajta kiszolgáló funkciót is ellát, a szülészeti osztály vagy intézmény részére szolgáltszerű segítséget nyújt.

Mással szóval emberközelségbe hozza az egyén és intézmény viszonyát. Teszi ezt azért, hogy a tanfolyam az intézetben van (nem a terhesgondozóban), így a helyszín, eszközök, műszerek látványára, orvosok, szülésznők egy részének bemutatására nyílik lehetőség.

A Család- és nővédelmi ellátás munkaprogramjában tehát a szülés élményének átértékelésére és ezen keresztül az épülő család szolgálatára is szerződünk. Megtanítunk egy saját testi történések szabályozásán alapuló technikát, mellyel nemcsak feladatot adunk a szülés idejére, hanem a fájdalom szerepének, funkciójának is helyt adva csökkenthető a félelem és szorongás.

A szülésre felkészülés történhet:

- a terhesgondozás szervezeti keretei között (Tiba, 1986), és a terhesek különböző intézetekben szülnek,
- a szülészeti intézet (ahol a terhes szülni kíván) Család- és Nővédelmi Tanácsadója szervezésében, így viszont a terhesek a legkülönbözőbb terhesgondozásról érkeznek (Bán, Garamvölgyi).

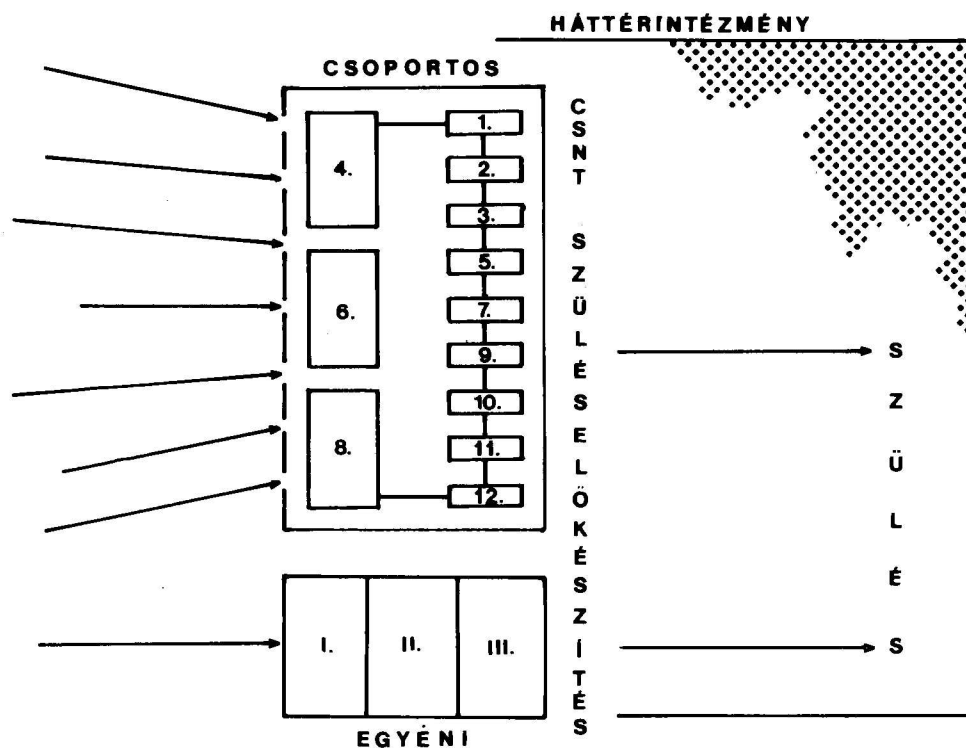
A szülészeti osztályon viszont azonos feltételek és lehetőségek várják a csoporttagokat. Az intézményhez kötött szüléselőkészítő tanfolyam összetartó ereje, speciálisan érvényesülő csoporthatások segíthetik munkánk hatékonyságát. A szülésre felkészítő program sikeres megvalósításának egyik feltétele a jó szervezés.

Tartalmi elemeinek tekintetében a CSNT-k számára nem mondhatunk ki egységesen követendő programot. A helyi lehetőségek és adottságok felhasználásával törekednünk kell olyan felkínálható anyag és technika összeállítására, hogy az egybecsengjen a résztvevők elvárásaival is.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika Család- és Nővédelmi Tanácsadója által szervezett szülésre felkészítő program megvalósulási formáit mutatja be a 18. és 19. ábra.

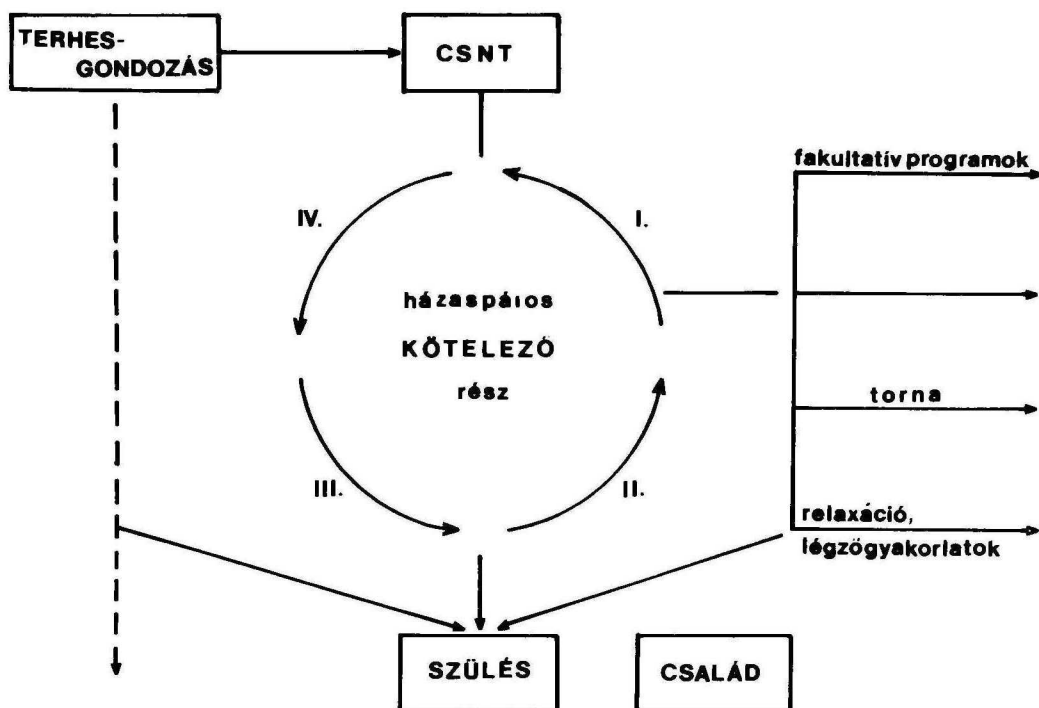
18. ábra

A szülésre felkészítő program megvalósulási formái



19. ábra

A szülésre felkészítő program megvalósulási formái



Cirkuláris program esetében, mivel a programba bármikor be lehet kapcsolódni, a várakozásnál sem veszítünk el jelentkezőket, de ebben az esetben le kell mondanunk bizonyos csoportosításokról.

5.1.3.4.1. Szülészeti aneszteziológiai tanácsadás

Ha a szülés során császármetszés, illetve más szülésbefejező műtét válik szükségessé, úgy azt haladéktalanul el kell végezni. Az asszony aneszteziológiai szempontból való vizsgálata ekkor már szinte lehetetlen. A műtét nem halasztható, még akkor sem, ha az aneszteziológiai feltételek nem megfelelőek.

A szülészeti aneszteziológiai tanácsadás feladata, hogy a terhesség során elvégezze az asszonyok aneszteziológiai vizsgálatát, s szükség esetén az arra rászorulóknak gondozásában aktívan részt vegyen.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinikáján a CSNT szervezésében szülészeti aneszteziológiai tanácsadást alakítottunk ki (**Hamar, Garamvölgyi**).

A terhes asszonyok a szülésre előkészítő tanfolyamon, illetve a terhespatológiai osztályon végzett aneszteziológiai szűrés eredményeként kerülhetnek kapcsolatba az aneszteziológiai szolgálattal.

1986-ban, illetve 1987-ben 510, illetve 578 terhes vizsgálatára került sor. A vizsgálatok túlnyomó részét a második- harmadik trimeszter határán végeztük.

A terhespatológiai osztályon, illetve a szülésre felkészítő tanfolyamon végzett aneszteziológiai szűrésen a szülő nők 22, illetve 28%-a esett át. A két év adatait és a korábbi 10 év császármetszéses anyagát tekintve az mondható, hogy a II. Női Klinika, illetve az ehhez hasonló szülészeti centrumokban, ahol a szülészeti patológia aránya az átlagosnál magasabb, fokozott aneszteziológiai kockázatú terhesek aránya 0,5-1% között várható.

Elmondhatjuk, ha a Tanácsadók működése a szülésre felkészítéssel bővül, úgy akkor az logikusan kapcsolható össze a szülészeti aneszteziológiai tanácsadással.

5.2. ADATOK A SZÜLETÉSSZABÁLYOZÁS KÉRDÉSÉHEZ

A születésszabályozással kapcsolatos egészségpolitikai intézkedések kimondják, hogy álljanak rendelkezésre megfelelő minőségben és választékban fogamzást gátló gyógyszerek és eszközök.

5.2.1. A hormonális fogamzásgátlás hazai helyzete

A hormonális fogamzásgátlás, illetve a fogamzásgátló tabletták használata (az injekciós készítmények hazai popularitása kicsi, a néhány elvégzett klinikai vizsgálat tanulsága szerint a módszer iránt kis igény mutatkozik, feltehető, hogy nem lenne népszerű hazai forgalmazás esetén a következő évtizedekben sem) várhatóan 2000-ig a legelterjedtebb fogamzásgátló módszer marad hazánkban. Az 1973-as népesedéspolitikai határozat idejére elsősorban a Rigevidon és az Anteovin kutatása, alkalmazhatóságának vizsgálata és széleskörű alkalmazása volt a jellemző. A jelenlegi hazai gyógyszerellátás viszonylag korszerűnek tekinthető, bár a választék kisebb, mint a hasonló fejlettségű országok többségében. Az alacsony dózisú kombinált készítmények csoportjában egy gyógyszerünk van, a Rigevidon (0,03 mg etinilösztadiol és 0,15 mg levonorgestrel). A nagyobb, de elfogadható

hormontartalmú Bisecurin és Ovidon szükséges készítmény a különböző endokrin habitusú nők számára. A hazai kétfázisú kétkomponensű hormonális fogamzásgátló tabletta (Anteovin, 11 tabl. 0,05 mg etinilösztadiol és 0,05 mg levonorgestrel; 10 tabl. 0,05 mg etinilösztadiol és 0,125 mg levonorgestrel) törzskönyvezését megelőző, un. III. fázisú klinikai vizsgálata 1982-ben kezdődött és 1983-ban zárult, 1985-ben került forgalomba. Kezdetből részt véve e készítmény klinikai vizsgálatában nyomon tudtuk követni alkalmazhatóságát. Ennek során vizsgáltuk helyét a fogamzásgátló tabletták sorában, a fertilitás visszatértét és egyéb terápiás alkalmazásának lehetőségeit.

Vizsgálataink a gondozás oldaláról indultak ki. A részletes elemzés az értekezésnek nem lehet tárgya, közülük csak néhány összefüggést emelek ki.

A tanulmány tárgyát képező esetek klinikai jellemzőit a **IV.**, **V.**, **VI.** és **VII. táblázat** mutatja be.

A táblázatban nem szerepel, hogy a mellékhatások gyakorisága vonatkozásában nem találtunk különbséget a 35 évnél idősebb és fiatalabb korosztály között.

A fertilitás reverzibilitásának vizsgálatánál csak azok szerepelnek az anyagban, akik vállalták az ovuláció visszatérésének vizsgálatát (**VIII. táblázat**), illetve akik teherbe kívántak esni, és ezért hagyták abba a fogamzásgátló tabletta szedését (**IX. táblázat**).

IV. táblázat

A tablettaszedés időtartama

Időtartam év	Bisecurin		Ovidon	
	szedők	ciklusok	szedők	ciklusok
	s z á m a			
1	32	268	40	344
1 - 2	54	860	61	907
2 - 3	79	2006	114	3006
3 -	12	492	23	924
ÖSSZESEN	177	3626	238	5181
	Rigevidon		Anteovin	
1	41	341	156	1336
1 - 2	166	3318	258	5162
2 - 3	173	5192	106	3184
3 -	11	495	48	2161
ÖSSZESEN	391	9346	568	11843

V. táblázat

A tablettát szedők életkora

Életkor év	Bisecurin			Ovidon		
	szedők száma	%	ciklusok száma	szedők száma	%	ciklusok száma
15-19	29	16,4	594	43	18,1	873
20-24	62	35,0	1315	82	34,5	1820
25-29	55	31,1	996	56	23,5	1080
30-40	25	14,1	442	33	13,9	794
35-	6	3,4	279	24	10,0	614
ÖSSZESEN	177	100,0	3626	238	100,0	5181
	Rigevidon			Anteovin		
15-19	124	31,7	2507	111	19,5	2476
20-24	132	33,8	3362	172	30,3	3846
25-29	82	21,0	2145	122	21,5	2147
30-34	45	11,5	1143	105	18,5	1863
35-	8	2,0	189	58	10,2	1511
ÖSSZESEN	391	100,0	9346	568	100,0	11843

VI. táblázat

A tablettát szedők életkora és a szedés
időtartama közötti összefüggés

Kor (év)	Szedési idő (év)				Összesen
	1	1-2	2-3	3-	
BISECURIN					
15-19	1	12	15	1	29
20-24	16	11	35	0	62
25-29	10	25	18	2	55
30-34	5	6	9	5	25
35-	0	0	2	4	6
Összesen	32	54	79	12	177
OVIDON					
15-19	3	18	22	0	43
20-24	14	24	40	4	82
25-29	11	12	26	7	56
30-34	12	5	8	8	33
35-	0	2	18	4	24
Összesen	40	61	114	23	238
RIGEVIDON					
15-19	10	101	12	1	124
20-24	14	31	86	1	132
25-29	11	15	51	5	82
30-34	4	18	19	4	45
35-	2	1	5	0	8
Összesen	41	166	173	11	391
ANTEOVIN					
15-19	26	42	35	8	111
20-24	20	114	21	17	172
25-29	61	34	18	9	122
30-34	46	41	11	7	105
35-	3	27	21	7	58
Összesen	156	258	106	48	568

VII. táblázat

Mellékhatások

Tünet (panasz)	Bisecurin n(177)		Ovidon n(238)		Rigevidon n(391)		Anteovon n(68)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Áttöréses vérzés	3	1,7	2	0,8	19	4,9	9	1,5
Vérzés	6	3,4	5	2,1	20	5,1	14	2,5
Vérzéshiány	1	0,6	3	1,3	4	1,0	1	0,2
Hízás (+1 kg)	16	9,0	20	8,4	3	0,8	3	0,5
Émelygés	4	2,3	6	2,5	7	1,8	1	0,2
Csökkenő libidó	1	0,6	6	2,5	4	1,0	4	0,7
Libidó fokozódás	3	1,7	3	1,3	1	0,2	4	0,7
Depresszív hangulat	-	-	3	1,3	1	0,2	1	0,2
Fejfájás	2	1,1	4	1,7	14	3,6	4	0,7
Acne	2	1,1	3	1,3	3	0,8	-	-
Fluor	10	5,6	17	7,1	22	5,6	10	1,8
Emlőfeszülés	8	4,5	2	0,8	18	4,6	24	4,2
Szőrnövekedés	1	0,6	2	0,8	4	1,0	2	0,3
Hypertonia	4	2,3	4	1,7	3	0,8	1	0,2
Terhesség	-	-	-	-	1	0,2	-	-
Összes ellékhatás	61	34,5	80	33,6	124	31,7	78	13,7
Panaszmentes	116	65,5	158	66,4	267	68,3	490	86,3

n() betegszám

VIII. táblázat

Az ovuláció visszatérése a tabletták abbahagyása után

Időtartam (év)	Védekezők száma	Az első ovuláció jelentkezése és abbahagyás utáni						Post pill amenorrhoea
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
		c i k l u s b a n						
Bisecurin	106							
- 1	17	1	2	3	6	5	-	-
1 - 2	30	1	3	6	8	6	3	3
2 - 3	49	-	2	10	19	16	-	2
3 -	10	-	-	3	3	3	1	-
Ovidon	147							
- 1	23	2	2	6	7	3	2	1
1 - 2	44	1	2	11	14	12	2	2
2 - 3	68	-	4	1	28	15	3	2
3 -	12	-	1	2	4	4	1	-
Rigevidon	216							
- 1	30	2	8	10	10	-	-	-
1 - 2	81	4	18	24	26	3	3	3
2 - 3	94	3	24	47	18	2	-	-
3 -	11	-	1	4	3	3	-	-
Anteovin	308							
- 1	47	10	18	18	1	-	-	-
1 - 2	183	38	62	69	13	1	-	-
2 - 3	52	11	18	14	5	2	1	1
3 -	26	3	7	9	5	2	-	-

IX. táblázat

A fertilitás visszatérése a tabletták elhagyása után

Időtartam (év)	Védekezők száma	Terhesség a tablettaszedés abbahagyását követő							Terhesség nem követ- kezett be
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	
		c i k l u s b a n							
Bisecurin	88								
- 1	17	-	-	1	5	5	3	3	-
1 - 2	24	-	1	2	5	8	6	-	2
2 - 3	39	-	1	4	11	13	6	2	2
3 -	8	-	-	1	2	3	2	-	-
Ovidon	114								
- 1	22	-	-	3	3	9	4	3	-
1 - 2	31	-	1	1	10	8	6	2	2
2 - 3	52	-	-	1	11	17	20	2	1
3 -	9	-	-	-	4	3	2	-	-
Rigevidon	153								
- 1	20	1	1	3	6	6	3	-	-
1 - 2	61	2	1	3	20	18	11	3	3
2 - 3	65	1	3	3	24	16	11	2	5
3 -	7	-	-	1	1	2	2	-	1
Anteovin	256								
- 1	38	2	6	9	8	4	4	3	2
1 - 2	157	8	39	56	27	11	5	3	8
2 - 3	40	1	8	12	7	4	3	1	4
3 -	21	-	1	5	5	4	1	2	3

A fertilitás reverzibilitásának kérdéséhez tartozik, hogy a tabletták hormontartalma és a szedés időtartama szerint tapasztalható-e eltérés. Ha az ovulációt mint paramétert nézzük úgy tűnik, a Bisecurinnál és Ovidonnál folytatott tartós fogamzásgátlástól eltérően az alacsony hormontartalmú Rigevidonnál mutatkozik tendencia az ovuláció korábbi visszatérésére. Ilyen összefüggés az Anteovinnal kapcsolatban egyértelműen kimutatható volt.

A tapasztalt eltérések magyarázata feltehetően az Anteovin viszonylag alacsony hatóanyag tartalmában (bár véleményünk szerint az ösztrogén szint viszonylag magas, elegendő lett volna 0,03; vagy 0,04 mg etinilösztadiol is) és a lépcsőzetes adagolásban keresendő. Ez az endometrium szempontjából kedvezőbb hatású. Ez utóbbi megfigyelés egyezik **Cseh, Gáti** és **Farkas** észrevételeivel, kik az Anteovin előnyös endometriumra, cervixre és hüvelyhámra kifejtett hatásáról számoltak be.

E kérdés részeként vizsgáltuk az Anteovin szedése alatti és abbahagyása utáni szérum E_2 , progeszteron és prolaktin értékeket. A kétfázisú hormonális fogamzásgátló tabletta hatását vizsgáltuk szérum E_2 , progeszteron és prolaktin szintre, vizsgálva, hogy a fogamzásgátló hatás, az ovuláció gátlása melyik gyógyszer szedő ciklusra alakul ki. Vizsgáltuk azt is, hogy a gyógyszer abbahagyását követően a hormonok szérum értékei hogyan változnak, mikorra tér vissza a fogamzóképeség, az ovuláció és milyen sárgatest funkcióval találkozunk.

A következő kérdésekre kívántunk választ kapni:

- Mikorra alakul ki a fogamzásgátló hatás?
- A fogamzásgátló tabletta abbahagyása után a fertilitás visszatérte, az első ovuláció mikorra várható?
- A hormonális fogamzásgátló tabletta szedése alatt, valamint abbahagyása után változik-e a szérum prolaktin szint?

A vizsgálatban való részvételnél egy szelekciós szempont szerepelt csupán, nevezetesen, hogy a jelentkező tudja-e vállalni az ebből eredő nehézségeket.

A megfelelő összehasonlítás miatt a következő ciklusokat vizsgáltuk: Az utolsó gyógyszermentes (0), az első (1) és harmadik gyógyszert szedő (2), az utolsó gyógyszert szedő (o) és az azt követő első ciklust (I).

A szérumból az E_2 , progeszteron és prolaktin értékek a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika hormondiagnosztikai laboratóriumában lettek meghatározva radioimmunoassay (RIA) módszerrel, 59 nő esetében.

885 adathalmaz elemeit dolgoztuk fel számítógép segítségével, meghatározva az adathalmaz elemeinek átlagát, standard deviációját és "t" értékét.

Ennek alapján az eredményeket táblázatban foglaltuk össze (X. táblázat).

X. táblázat

A kétfázisú hormonális fogamzásgátló tabletta hatása
a szérumban E_2 , progeszteron és prolaktin értékekre

A vizsgált ciklus	E_2 pg/ml	progeszteron ng/ml	prolaktin mIU/l
0	79,46	19,85	285,06
	p<0,001	p<0,0001	p>0,05
1	10,27	1,18	281,36
2	5,72	1,38	349,09

0 = az utolsó gyógyszermentes ciklus

1 = az első gyógyszert szedő

2 = a harmadik gyógyszert szedő ciklus

A szérumban E_2 és a progeszteron értékek ilyen mértékű csökkenéséből arra következtethetünk, hogy már az első gyógyszert szedő hónapban megtörténik az ovuláció gátlás, a fogamzásgátló hatás kialakult. A szérumban prolaktin szintjében viszont nem történt változás.

A fertilitás visszatérte az első ovuláció és megfelelő sárgatest funkció meglétét értettük. A szérumban E_2 és progeszteron értékeit az

utolsó gyógyszerzszedő hónap értékeihez hasonlítottuk, mint ahogyan a prolaktin értékeket is (XI. táblázat).

XI. táblázat

A szérumban E_2 , progeszteron és prolaktin értékek a hormonális fogamzásgátló tabletta (Anteovin) abbahagyását követően

A vizsgált ciklus	E_2 pg/ml	progeszteron ng/ml	prolaktin mIU/l
o	3,95	1,24	375,5
I	84,3	18,3	279,87

$p < 0,001$ $p < 0,0001$ $p > 0,05$

o az utolsó gyógyszerzszedő ciklus

I az első ciklus

Ezekből az értékekből megállapíthatjuk, hogy a gyógyszeresedés abbahagyása (az átlagos szedési idő 21,5 hónap, 16-23) után már az első ciklusban számolnunk kell ovulációval.

A szérumból a prolaktin értékekben ezekben az esetekben sem találtunk változást.

Az utolsó gyógyszermentes (0) és az első gyógyszermentes (I) ciklus értékeit a **XII. táblázat** mutatja be.

XII. táblázat

Az Anteovin szedése előtti, és abbahagyása utáni
ciklus összehasonlítása

A vizsgált ciklus	E ₂ pg/ml	progeszteron ng/ml	prolaktin mIU/l
0	79,45	19,85	286,06
	p>0,05	p>0,05	p>0,05
I	84,3	18,3	279,87

0 = az utolsó gyógyszermentes ciklus

I = az első gyógyszermentes ciklus

Az utolsó gyógyszermentes és az első gyógyszermentes ciklus E_2 , progeszteron értékei között nem találtunk különbséget.

A szérum prolaktin értékek elemzéséből megállapíthattuk, hogy vizsgált eseteinkben a kétfázisú hormonális fogamzásgátló tabletta (Anteovin) nem befolyásolta azt.

Már az első fogamzásgátló tabletta, az un. **Pincus** - pill. térhódításakor valószínűtlennek tűnt, hogy a tartós és nagy dózisú hormonkezelés ne idézzen elő bizonyos endokrin célszervek sorvadását. E tabletták hatására a ciklus első felében a mirigyek és a stróma fejlődésében gátolt, a második ciklusfélben un. pseudodeciduális átalakulás jön csak létre, majd tartósabb szedés után ez a transzformáció sem következik be, és az endometriumon atrófiás tendencia tapasztalható. Az endometrium inaktivitásának kiküszöbölésére ajánlotta **Goldzieher** a szekvenciális módszert, ami a ciklus első kétharmadában csak ösztrogént, az utolsó harmadában ösztrogént és progesztogént tartalmazó tabletták alkalmazását jelentette.

A fiatal nőknél észlelt thromboembóliák, cerebrovascularis történések, ischaemiás szívbetegségek, hypertoniák és egyéb szövődmények a tabletták hormontartalma és a szövődmények lehetősége közötti lineáris összefüggésre hívta fel a figyelmet.

Általános dózisredukciónak lehettünk tanúi, és ezek a második generációs un. mikropillek már csak 0,05 mg alatti ösztrogént tartalmaztak, az ugyancsak redukált progesztogén tartalom mellett.

A hazai kínálatban ez a Rigevidon megjelenését jelentette. A "minimális hormon - minimális kockázat" elvének ezek a készítmények megfeleltek, azonban az endometrium atrófia veszélye nem múlt el, mert azt a monofázisos adagolás okozza elsősorban. Ezt próbálták meg kiküszöbölni a többfázisú készítmények (Lachnit).

Hogy ezek a tabletták a ciklusonkénti hormonbevitel terén milyen nagyfokú mennyiségi csökkenést jelentenek a kezdethez képest, a XIII. táblázatban mutatom be.

XIII. táblázat

A ciklusonkénti hormonbevitel

A készítmény neve	Az egy ciklusban bevitt szteroid mennyiség (mg)
Infecundin	54,60
Bisecurin	22,05
Continuin	14,0
Ovidon	6,30
Rigevidon	3,78
Anteovin	2,85
Tri-Regol	2,605

Az adatcsökkenés még akkor is jelentős, ha tekintetbe vesszük a ma használatos levonorgestrel nagyobb biológiai aktivitását a korábbi progesztogénekkal (noretinodrel, etinodiol-diacetát, stb.) szemben.

A 10-11 napos fázisban 0,05 mg etinilösztadiolt és 0,05/0,125 mg levonorgestrelt tartalmazó bifázisos tabletták fiziológiásabb kezelést biztosítanak, és bár minimális hormont tartalmaznak, biztos védelmet nyújtanak. Jól regulálják a ciklust, nem, vagy alig rontják a glükóz-toleranciát, nem befolyásolják, vagy emelik a HDL koleszterin szintet (Huber, Pilishegyi).

Az Anteovin III. fázisú klinikai vizsgálata 1983-ban zárult, és 1984/1987 között számos IV.fázisú vizsgálatot végeztek a készítménnyel. Ezeknek a tapasztalatoknak köszönhetően vagyunk jelenleg abban a helyzetben, hogy megalapozottabb képet alkothatunk a kétfázisú hormonális fogamzásgátló tabletták hazai használatáról és az eredmények már bizonyos következtetések levonását is megengedik. Az említett III. fázisú vizsgálatok (Balogh, Lampé, Csaba, Csömör, Gáti, Sas) lényegében azonos módszerek és elvek betartásával folytak, azaz minden esetben kizárták az ellenjavallattal rendelkezőket, folyamatos nőgyógyászati és laboratóriumi kontrollt végeztek, ideértve a bimanuális és koloszkópos vizsgálatot, a hüvelyváladék ellenőrzését, a mellék fizikális vizsgálatát, a citológiai kontrollt, a vérzés és a ciklus paramétereinek ellenőrzését, a testsúly- és vérnyomásmérést, valamint a vizelet, a vérékép és a májfunkció rutinvizsgálatát. Regisztrálták az Anteovin okozta mellékhatásokat és esetleges szövődményeket, továbbá interkurrens betegség esetén az alkalmazott gyógyszerek esetleges interaktív hatását. Ezekhez csatlakozunk saját IV. fázisú vizsgálatainkkal.

A kontraceptív hatás biztonságát a 4308 nőre és 34434 ciklusra vonatkozó Pearl-index: 0,21/100 nőév mutatja (**Seregély**, 1988).

A klinikai farmakológiai vizsgálatok (**Farkas, Szigethy, Sas**) azt igazolták, hogy a szérumban a progeszteron, 17- β -ösztradiol, LH, FSH és szérumban a prolaktin szintjének az alakulása a ciklus során az anovulációs ciklus görbéinek lefutásával egyező, tehát a hatásmechanizmus lényege az Anteovin esetében is az ovulációgátlás. Ehhez kapcsolódtak saját vizsgálatunk is, mikor megállapítottuk a szérumban a 17- β -ösztradiol és progeszteron értékek meghatározásával, hogy már az első gyógyszereszedő hónapra kialakul az ovulációgátlás.

Cseh és **Gáti** vizsgálataiból ismert, hogy a bifázisos kezelés a cervix és a hüvelyhám szempontjából is kedvező. A hám mindkét ciklusfélben a szuperficiális rétegig felépül, ami mechanikailag és kémiaiilag nagyobb védelmet nyújt a hüvelyi kórokozókkal szemben.

A szövettani vizsgálatok (**Farkas**, 1988) azt mutatták, hogy a készítmény hatására nem jön létre endometrium atrófia, nem észlelhető sem mirigyes hyperplasia, sem gócos vagy diffúz strómahyperplasia. Nem jelentkezik nagy kiterjedésű vérzések vagy elhalások. Spirális artéria proliferáció nem látható. **Balogh** receptorvizsgálatai szerint az Anteovin a progeszteron receptorszint emelkedését eredményezi az endometriumban, az ösztrogén receptorok változása nélkül, szemben a kis dózisú kombinált tablettákkal, amelyek mindkét receptor szintjét szimultán deprimálják. Feltehető, hogy ezen részhatásokban megmutatózó differenciák magyarázzák az endometriális előnyöket és a jó ciklusszabályozó hatást.

A mellékhatásokat tekintve saját tapasztalataink megegyeznek mások, így **Pilishegyi**, **Rákóczi** vizsgálataival. Elmondható, hogy ezek előfordulása és az általános tolerancia jó. Eddigi alkalmazása során egyetlen olyan súlyosabb, vagy letális szövődmény nem jutott tudomásunkra, mely az Anteovin szedésével ok-okozati összefüggésben állt volna.

A gyógyszerkölcsonhatások kérdésénél magunk a ketakonazol esetében észleltük, míg a metronidazol esetében nem tudtuk bizonyítani azt a hatáscsökkenést, amely a máj mikroszomális enzimrendszerének aktivitásával gyorsítja az ösztrogének és progesztogének metabolizmusát.

Tapasztalataink szerint a kétfázisú hormonális fogamzásgátló tabletta a jelenleg hozzáférhető készítmények között viszonylag jól alkalmazható fiatalok számára, ez egyben mások véleményével is egyezik (**Rákóczi**).

Összehasonlító vizsgálataink szerint az Anteovin szedésének felfüggesztése után gyorsabban tér vissza a fertilitás, mint a monofázisos készítményeket követően. A szérumban 17-β-ösztadiol és a progeszteron vizsgálataink azt mutatják, hogy a gyógyszer szedésének abbahagyását követő első ciklusban e hormonok értékei alapján ovulációt igazolnak, és az utolsó gyógyszermentes és az első gyógyszermentes ciklus 17-β-ösztadiol és progeszteron értékei között nincs szignifikáns különbség.

A vérnyomásemelkedés, a lipidszintek változása és az arteriális megbetegedések a progeszteron komponenssel, míg a véralvadási változások az ösztrogén összetevővel függnnek össze. **Balogh** és **Pilishegyi** vizsgálatai szerint a kétfázisú Anteovin kedvezőbb mind az antitrombin III. aktivitás, mind a HDL/LDL koleszterin hányados csökkenése szempontjából, mint a monofázisos készítmények. Saját vizsgálataink is alátámasztják azokat a megfigyeléseket, hogy a GOT, GPT és AP, valamint az összkoleszterin és triglicerid szintek átmenetileg emelkedhetnek, ezek azonban nem érik el a klinikailag kritikus határokat.

Az 1973-as népesedéspolitikai határozat utasítást adott arra nézve, hogy korszerű fogamzásgátló módszerek álljanak rendelkezésre. Ennek szellemében készült az Anteovin. El kell azonban mondani, bár jól felhasználható készítményről van szó, szerencsésebb lett volna tervezésekor már trifázisos készítményt választani. Örömmel fogadható, hogy megkésve bár, de megkezdődött a hazai trifázisos bikomponensű hormonális fogamzásgátló tabletta klinikai vizsgálata is (Tri-Regol, Kőbányai Gyógyszerárugyár).

5.2.1.1. Az orális fogamzásgátlást alkalmazók aránya Magyarországon

Az alkalmazott készítmények szerinti bontást a **XIV. táblázat** mutatja be.

A fogamzásgátló tabletták évi forgalmi adatait a **XV. táblázatban** mutatom be.

XIV. táblázat

Az orális fogamzásgátlást alkalmazók aránya az alkalmazott készítmények szerint

Év	Infecundin	Bisecurin	Continuin	Ovidon	Rigevidon	Postinor	Anteovin	Összesen
1967	0,4	-	-	-	-	-	-	0,4
1968	1,5	-	-	-	-	-	-	1,5
1969	3,6	-	-	-	-	-	-	3,6
1970	6,0	-	-	-	-	-	-	6,0
1971	5,0	2,7	-	-	-	-	-	7,7
1972	3,5	5,6	-	-	-	-	-	9,1
1973	3,4	7,7	-	-	-	-	-	11,1
1974	3,9	10,7	0,3	-	-	-	-	14,9
1975	3,5	10,8	3,3	-	-	-	-	17,6
1976	3,8	13,5	2,6	-	-	-	-	19,9
1977	3,8	15,9	2,1	0,7	-	-	-	22,5
1978	3,1	13,9	1,9	6,7	-	-	-	25,6
1979	1,2	10,6	1,5	12,9	-	-	-	26,2
1980	0,4	8,2	1,3	17,1	1,0	-	-	28,0
1981	0,2	5,7	1,2	16,7	4,7	0,7	-	29,2
1982	0,1	4,5	1,1	16,9	7,2	2,3	-	32,1
1983	0,1	3,6	1,1	17,2	8,6	2,5	-	33,1
1984	-	3,1	1,0	16,2	10,5	2,6	-	33,4
1985	-	2,2	0,9	14,4	11,4	2,9	0,5	32,2
1986	-	1,4	0,9	11,8	11,1	2,8	3,7	31,8
1987	-	1,0	0,8	10,1	11,9	2,7	6,1	32,6

tablettával védekezők

XV. táblázat

A fogamzásgátló tabletták évi forgalma Magyarországon (1000 doboz)

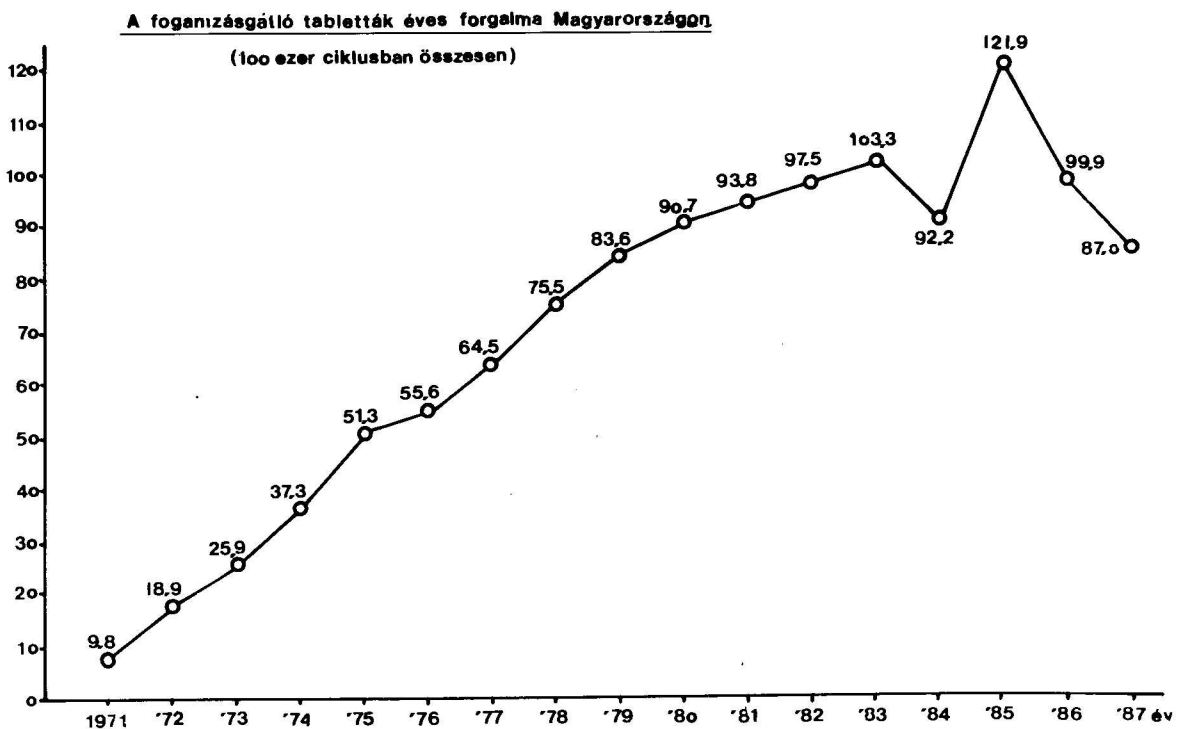
Év	Bisecurin 21x	Continuin 42x	Ovidon 21x	Rigevidon 3x21	Postinor 10	Anteovín 3x21
1971	981,4	-	-	-	-	-
1972	1886,6	-	-	-	-	-
1973	2588,0	-	-	-	-	-
1974	3457,9	179,1	-	-	-	-
1975	3420,5	1136,5	-	-	-	-
1976	4373,9	791,5	-	-	-	-
1977	5177,1	633,3	325,8	-	-	-
1978	4412,3	568,1	2283,7	-	-	-
1979	3235,1	449,1	4451,1	-	-	-
1980	2371,6	392,1	5430,2	227,1	-	-
1981	1606,0	353,1	5233,0	470,6	298,9	-
1982	1274,9	349,8	5240,0	716,0	280,7	-
1983	1025,0	313,9	5328,9	965,5	303,3	-
1984	88,6	306,1	5022,3	1015,0	254,8	-
1985	548,9	277,6	5129,0	1417,1	512,4	274,5
1986	333,3	302,2	3686,1	1211,8	395,0	363,1
1987	222,5	216,5	2230,0	1148,9	240,7	665,6

Az évi forgalom 100.000 ciklusra számított értékeit mutatja be a 20. ábra.

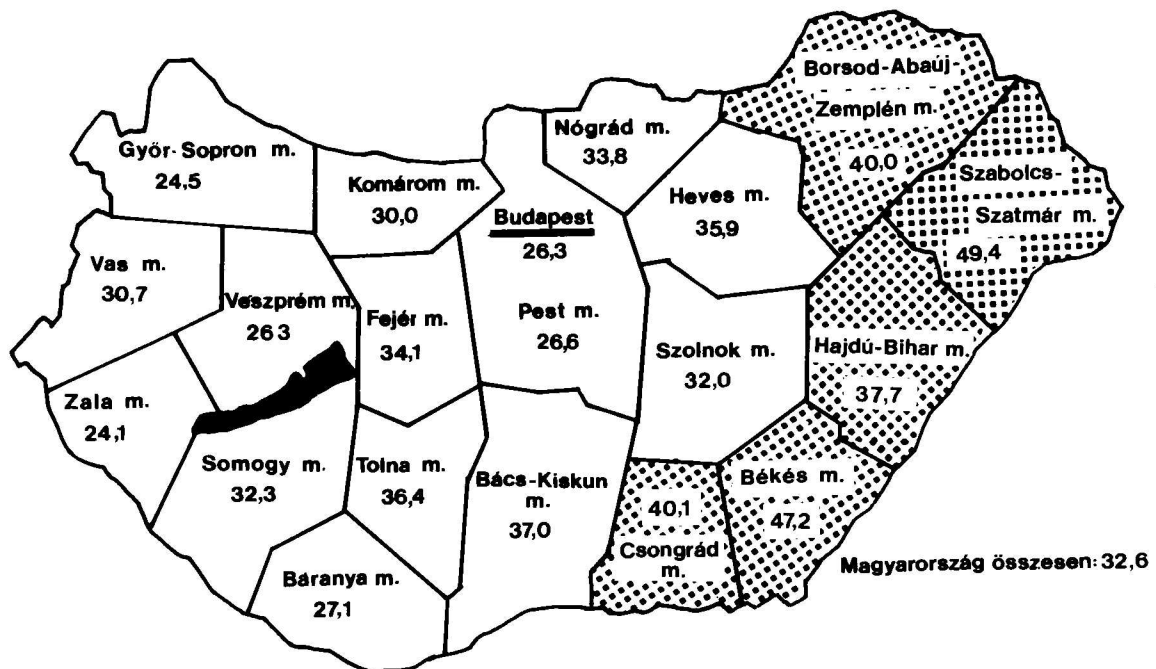
A 21. ábrán mutatom be a fogamzásgátló tabletták elterjedését megyei bontásban.

Megállapítható, hogy az éves forgalom adatait 100.000 ciklusra vizsgálva 1983-ig folyamatos az emelkedés, utána már évenként nagyobb a szóródás. Ennek magyarázata feltehetően a területi felhasználás egyenetlenségeiben kereshető, hiszen ha megyénként vizsgáljuk, látható, hogy a keleti határmenti megyéinkben nagyobb a felhasználás. Az utóbbi évek forgalmi ingadozásai mögött nem a hazai fogyasztás, hanem a határmenti "egyéni export" mozgása feltételezhető.

20. ábra



21. ábra



Száz 17-49 éves nőre jutó fogamzásgátló tablettát szedő nők aránya megyénként, 1987-ben.

A gyógyszeres forgalmi adatokat vizsgálva megállapítható, hogy a Bisecurinból, a Continuinból és a Postinorból közel azonos mennyiséget forgalmaznak évente (kb. 250.000 doboz). Folyamatos az emelkedés, de még csak közel a fele az Anteovin forgalma a Rigevidonénak (Rigevidon: 1.148.900; Anteovin: 665.600 doboz).

100 fogamzóképes korban lévő nő közül 1987-ben 32,6 választotta a hormonális fogamzásgátlást. Ez a szám az utóbbi években gyakorlatilag nem változott (XIV. táblázat).

Ezen belül megállapítható volt, hogy 1984-1986 között az Infecundint alkalmazók aránya nullára csökkent, így a készítményt 1987-ben kivonták a forgalomból.

Folyamatosnak látszik a Bisecurint alkalmazók csökkenése is, az 1%-os részesedés 1987-ben 222.500 doboz értékesítését jelentette. Évente közel azonos a Continuint és a Postinort használók aránya, mutatva, hogy kialakult e két készítmény indikációs területe. Valószínűsíthető, hogy az Anteovin részesedése változni fog, hiszen a készítmény alkalmazhatósága ennél többet ígér.

5.2.2. Fogamzásgátlás méhen belüli eszközökkel

Magyarországon a Szontágh professzor munkacsoportja által kifejlesztett intrauterin eszközzel (IUE) a Szegedi Női Klinikán kezdődtek az első kísérletek. A kedvező tapasztalatok ellenére rutin felhasználásra, s ezzel együtt a méhen belüli fogamzásgátlási mód hivatalos elismerésére csak 1972-ben került sor. Az IUE forgalombahozatalától -1972 áprilisától- kezdődően a módszer országszerte népszerűvé vált, ennek eredményeképpen a felhelyezések száma rohamosan nőtt. Hosszú ideig csupán a RICO Kötszerművek által gyártott un. Szontágh IUE volt hozzáférhető a hazai forgalomban. Ez is mindössze egy méretben. Az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezésére 1977-től igen korlátozott számban behozatalra került a finn Leiras cég által gyártott TCu 200 néven ismert eszköz (egy alkalommal, 1985-ben Nova-T is). A hazai forgalomban lévő IUE választéka az értekezés készítésekor rendkívül szegényes.

Az IUE-k elterjedése a már említett népesedéspolitikai határozat idejére esett. **Batár** munkássága nyomán ismereteink bővültek a hatásmechanizmus, a szövődmények és ami talán a legfontosabb, a

későbbi fertilitás alakulásának kérdésében. Egészségvédelmi, egészségmegőrző programunk, szemléletünk számára rendkívül fontos kérdés egy fogamzásgátló módszer, eszköz esetében a lehetséges szövődmények korai felismerése, megfelelő kezelése és az az elv, hogy a korábban meglévő fertilitás a későbbiekben is fennmaradjon.

A gondozói munkában az egyik legfontosabb kérdés a kismencedei gyulladások (PID) és az IUE-k viselésének kapcsolata. A megbetegedés kihatásai jelentősek, szerteágazók. Egészségi kihatásain kívül nem csekély a kórkép gazdasági vonatkozása sem (**Curran**). Előfordulásának gyakoriságára több tényező is hat. A gondozás minősége, az eszközt viselők magatartása, az eszköz jellege. A kialakult gyulladás felismerése, tüneteinek értékelése és a kezelés eredményességének megítélése rendkívül fontos. Ennek megkönnyítésére dolgozott ki **Batár** egy PID-beosztást (a klinikai kép alapján enyhe, közepesen súlyos, súlyos, és igen súlyos kategóriákban). A hatás mérése, a vizsgálat objektívebbé tétele érdekében egy speciális score-rendszert dolgoztunk ki (**XVI. táblázat**), amit **PID-index**nek neveztünk el. Ez bizonyos matematikai támpontot nyújt az összehasonlításra és a gondozói munkában is segítségre lehet. A mutató figyelembe veszi a tapintási lelet, a láz vagy subfertilitás, a vérsejtsüllyedés, a fehérvérsejt-szám, a dyspareunia, a fluor, a vérzési rendellenesség és nervositás mértékét, tehát a legjelentősebb tüneteket.

Az index a legsúlyosabb esetben 17, tökéletesen gyógyult esetben 0 értéket mutat, skálája tehát 18 fokozatú.

A PID-index kidolgozásával segítséget kívántunk adni a gondozói munkának, a gyógyulási folyamat objektívebb megítélésének lehetőségével.

XVI. táblázat

PID-index

Tünetek	Score		nincs
	súlyos	enyhe v. fennáll	
	pontszám		
Fluor	2	1	0
Poz. tapintási lelet	2	1	0
Subfertiliás, láz	-	1	0
We (12/h felett)	-	1	0
Fvs (8000 felett)	-	1	0
Fájdalom	2	1	0
Alhasi dyscomfort	2	1	0
Dyspareunia	2	1	0
Metrorrhagia, hypermenorrhoea	2	1	0
Nervositas	2	1	0

Magunk az IUE mellett jelenlevő kismedencei gyulladások kezelési lehetőségének bővítése során (additív Anteovin terápia) tudtuk sikerrel alkalmazni a PID-indexet.

Győri és László voltak az elsők, akik nálunk a kismedencei gyulladások kezelésére gesztagént és ösztrogénes kombinációkat javasoltak. Az orális hormonális fogamzásgátlók kifejezett védőhatást jelentenek a kismedencei gyulladásokkal szemben. Profilaktikus hatásukat a PID-del szemben annak tulajdonítják, hogy a sűrűbb konzisztenciájúvá vált cervikális nyák mintegy barriert képez az ascendáló baktériumok és egyéb kórokozók útjában. Terápiás hatásukat azzal magyarázzuk, hogy a kismedencei gyulladások alatt és a reconvalescentia idején az ovulációt, a premenstrumot, a petefészekműködés ciklusváltozását és az erősebb menstruációs vérzéseket gátló, illetve csökkentő hatásuk révén kivédik vagy mérséklik az e változásokat kísérő gyulladással fellángolásokat. Ezzel a "nyugalomba helyezéssel" támogatólag hatnak a lobos reakciók mérséklődésére és a helyi mesenchymáliás szöveti proliferáció kedvező alakulására.

Kísérletet tettünk arra, hogy intrauterin fogamzásgátló eszközt viselő, kismedencei gyulladásban szenvedőkön meghatározzuk, hogy a kétfázisú antikoncipiens kezelés mennyiben képes segíteni a gyulladáscsökkentő terápiát.

Betegeinket születési napjuk páros vagy páratlan száma szerinti random alapján -a komplex kezelési protokoll kereteit követve- (a szükség szerinti antibiotikus terápiát kiegészítve) vagy gyulladásgátlókkal, vagy ezek mellett additív Anteovin tablettával kezeltük. Az Anteovinra azért esett a választásunk, mert vizsgálataink időpontjában (1986-1987) hormontartalma miatt kedvező orális

antikoncepciensnek tartottuk, amelyről **Cseh** és **Gáti** kimutatták, hogy a hüvelyhámra és a cervixre gyakorolt kedvező hatása révén véd az ascendáló fertőzésekkel szemben. Betegeink állapotát és annak változásait az általunk kidolgozott PID-index-szel értékeltük. Súlyosabb gyulladás esetén (PID-index 10 felett) az IUE-t eltávolítottuk. Azért, hogy tapasztalatainkat ne csak az index értékeinek változásával fejezzük ki, bemutatjuk, hogy a kezelések előtt és után milyen súlyossági kategóriákba lehetett sorolni betegeinket (**XVII. táblázat**).

XVII. táblázat

A gyulladásos folyamat alakulása

PID-index	Az alkalmazott kezelés			
	Gyulladáscsökkentő előtt után		Gyulladáscsökkentő és Anteovin előtt után	
17-15	11	0	18	0
14-12	9	2	13	0
11- 9	7	5	10	2
8- 6	9	6	7	3
5- 3	1	12	1	11
2- 0	0	12	0	33
	64,8%		89,7%	

A betegek száma

37

37

49

49

Ha a 0-5-ig terjedő indexet a teljes vagy relatív gyógyulás mértékének fogjuk fel, akkor a gyulladáscsökkentőkkel elérhető terápiás eredmény 64,8%-os volt, amit Anteovinnal 89,7%-ra lehetett javítani. Ugyancsak a táblázaton látható, hogy a betegek többsége a kiinduláskor a súlyos vagy középsúlyos gyulladás képét mutatta.

A PID-index alapján számított átlagértékek, szórás és biometria eredmények a **XVIII. táblázat**ban szerepelnek.

XVIII. táblázat

A PID-index változása

	Az alkalmazott kezelés			
	Gyulladáscsökkentő		Gyulladáscsökkentő és Anteovin	
	"A"		"B"	
	előtt	után	előtt	után
Index átlag	12,4	5,1	13,1	2,9
SE	1,3	0,6	1,4	0,8
	p<0,001		p<0,001	
	Differencia "B" kontra "A" csoport: p<0,02			

Hasonló átlagos alapértékekről indulva (12,4 és 13,1) a változás mértéke mindkét csoportban szignifikáns volt (5,1 és 2,9), ugyanakkor a két csoport közötti differencia is szignifikánsnak bizonyult, az additív Anteovin terápiában részesülők javára. Az eredmények azt igazolják, hogy elgondolásunk alapján véve helyes volt, mert eseteinkben Anteovinnal szignifikánsan javítható volt a kismedencei gyulladások antiflogisztikus terápiájának sikere, és a javasolt PID-index segítségével jól követhető volt a betegek állapota és a gyógyulás folyamata. Az akut kismedencei gyulladás kialakulását elősegítő tényezők közül a legfontosabbak: megelőző terhességmegszakítás, korábban már lezajlott kismedencei gyulladás, IUE viselése, dohányzás (**Annus**). Az utóbbi időben egyre több vizsgálat mutatott összefüggést az IUE viselése és az akut kismedencei gyulladás között (**Burkman, Kaufman, Osser, Senanayake, Weström**).

Annus és **Resch** vizsgálatai szerint is, eseteikben az orális fogamzásgátlás valamilyen módon védelmet nyújtott a heveny kismedencei gyulladás kialakulásával szemben. Felhívják a figyelmet azonban arra, hogy az Egészségügyi Világszervezet egy felmérése alapján ez az összefüggés nem bizonyított.

Rákóczi véleménye szerint a védőhatás kimutatható, kiemelve ha a PID mégis kialakul, akkor a hormonális fogamzásgátló tabletták csökkentik annak súlyosságát.

Senanayake és **Kramer**, közleményükben 11 ezzel a témával foglalkozó tanulmányt vizsgáltak és hasonlítottak össze. Ezek közül 10 számolt be arról, hogy az orális fogamzásgátlók protektív hatással rendelkeznek.

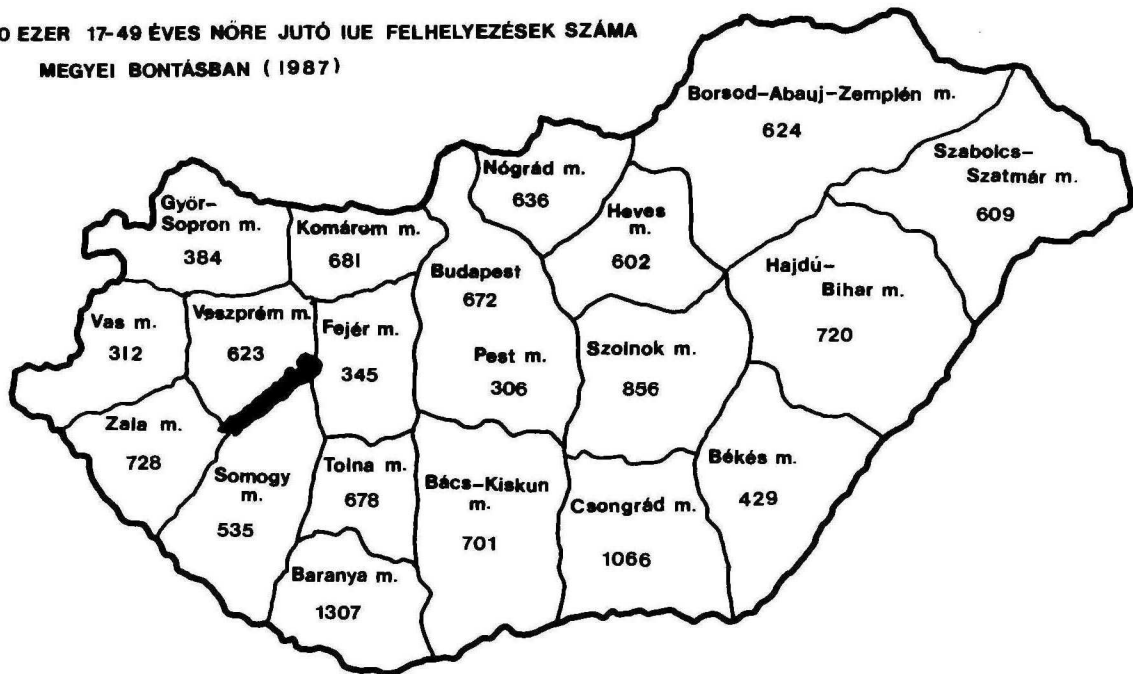
Az eredményeink és a javasolt PID-index alkalmazása szervesen beiktatható a nővédelmi tevékenység keretébe, amennyiben a gyulladások nagyrésze terhességmegszakítások, IUE viseléséből vagy különféle fluorokból ered, mely problémák szoros velejárái tanácsadói és gondozó munkánknak. Az IUE eltávolítása utáni fertilitás kérdését **Batár** kandidátusi értekezésében megtárgyalta. Bemutatta, hogy a hazánkban elterjedt Szontágh típusú un. inert intrauterin fogamzásgátló eszköz eltávolítását követő első év végén a 100 nőre számolt kumulatív teherbeesési arány 90,5. Ez megfelel az irodalomból is ismert értékeknek, teljesítve a fogamzásgátlókkal szemben támasztott követelményt, a reverzibilitást.

5.2.2.1. Az intrauterin eszközzel történő fogamzásgátlás elterjedése hazánkban

Az évenkénti IUE felhelyezésekről pontos számszerű adat nem áll rendelkezésre. Az un. "gyorsjelentéseken" beérkezett adatok információs értéke vitatható. Az IUE-t viselők száma az ország különböző területein is eltérő. Felmérést végeztem az országos elterjedésről, melynek eredményét megyei bontásban a **22. ábra** mutatja be.

22. ábra

100 EZER 17-49 ÉVES NŐRE JUTÓ IUE FELHELYEZÉSEK SZÁMA
MEGYEI BONTÁSBAN (1987)



A reprezentatív termékenységi vizsgálatok adatai szerint az IUE-vel védekezők arányát a XIX. táblázat mutatja be.

XIX. táblázat

100 15-39 éves házas nő közül IUE-vel védekezik

év	1966	1977	1986
	-	13	26

A Fővárosi Gyógyszertári Központ forgalmi adatait a **XX.** táblázatban mutatom be.

A jelzett forgalmi adatok és a tényleges felhelyezések között a hormonális fogamzásgátlókhöz hasonlóan valószínűleg itt is különbség van, de itt az "egyéni kivitel" helyett, a szűkös választék helyett "egyéni behozatal"-ról beszélhetünk. A reális egészségügyi tervezésnél a fenti adatokat véleményem szerint figyelembe kell venni.

XX. táblázat

A fővárosban forgalomba hozott IUE-k adatai

Év	Szontágh IUE	Import IUE	Összesen
1977	5055	1500	6555
1978	8125	1909	10034
1979	7620	1634	9254
1980	10180	3967	14147
1981	9420	3080	12500
1982	16700	1170	17870
1983	12300	2361	14661
1984	14350	2360	15710
1985	12850	3210	16060
1986	10400	3403	13803
1987	14500	3097	17597

5.3. A TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS HAZAI GYAKORLATÁNAK ÉRTÉKELÉSE

5.3.1. A terhességmegszakítással kapcsolatos intézkedések, tapasztalatok

Magyarországon az 1950-es évek első feléig a terhességek megszakítását, mint a születésszabályozás egyik eszközét, nem lehetett legálisan alkalmazni. A fekvőbeteg intézetekben csak a legszűkebben értelmezett egészségi indokok alapján hajtottak végre terhességmegszakításokat, s ezek évi száma nem érte el a kétezret sem. Ez azt eredményezte, hogy becslések szerint évente 100-150 ezer illegális terhességmegszakításra került sor az országban.

1953-tól kezdve nemcsak a szűken értelmezett egészségi indokok alaján lehetett a műtétet végrehajtani, hanem kivételesen megszakították a terhességet akkor is, ha a nő életkora vagy egyéb, rendkívüli méltánylást érdemlő személyi vagy családi körülmény ezt indokolta. Az engedélyről egy e célra felállított bizottság döntött.

1956 júniusában lényegében a terhességmegszakítások feltétel nélküli engedélyezésére került sor (a terhesség 12. hetéig bezárólag). A terhességmegszakítást elbíráló bizottságok továbbra is fennmaradtak, azonban a korábbi helyzettől eltérően már a bizottságoknak nem volt joguk a terhesség megszakítását megtagadni. Az 1040/1973./X.18./MT. számú népesedéspolitikai határozat rendelte el ismételten a terhességmegszakítást engedélyező bizottságok felállítását. A bizottságok az engedélyt bizonyos feltételek megléte esetén adták meg

(figyelembe véve a családi állapotot, a szülések számát, a szociális helyzetet, a nő életkorát). A terhességek megszakításáért díjat kellett fizetni, melynek nagyságát a bizottság állapította meg.

A bizottságok közbeiktatásával a terhesség megállapítása és a műtét elvégzése közti idő a következőképpen alakult. (XXI. táblázat)

XXI. táblázat

A terhesség megállapítása és a terhesség megszakítása
közötti idő alakulása

	A terhesség megállapításától eltelt idő (nap)	
	I. fokú bizottság engedélyéig	a műtét elvégzéséig
1978 (n=219)	4 (1-10)	9 (3-14)
1988 (n=205)	3 (0-10)	7 (2-15)

A bizottságok munkája gyakorlatilag formálissá vált. (XXII. táblázat).

XXII. táblázat

Jellemző adatok az abortusz bizottságok munkájáról

	A terhességmegszakítási kérelmet az I.fokú bizottság elutasította	
	Nem fellebezett	Fellebezett, de II. fokon, ill. a gyógyintézetekben elutasították
1974	1666	1773
1980	461	491
1986	312	362

A bizottságok feleslegessége kiáltó, évi 80-90 ezer kérelemmel foglalkozn(t)ak és 600-800 esetben hozn(t)ak elutasító döntést. Ez a gyakorlat bizonyítottan semmiféle demográfiai jelentőséggel nem bír, késleltette az abortuszok végrehajtását, mint a **XXI. táblázat**ban már bemutattam. A jelenidő és a múltidő egyidejű használatát azért teszem, mert értekezésem elkészítésekor kezdetben még a jelenidő volt érvényben, de magam is résztvettem az előkészítő munkában, hogy értekezésem elkészültére a múltidő legyen érvényes. A bizottság súlyosan méltatlan volt az érintett nők szempontjából, személyiségi jogukat alaptalanul csorbította, sértette.

5.3.2. A terhességmegszakítás társadalmi, gazdasági differenciáltsága

5.3.2.1. A lakóhely szerinti különbözőség

Magyarországon is igaz a már korábban sok más országban tapasztalt tény, hogy a terhességmegszakítások gyakorisága nagyobb a városias területeken, mint vidéken (XXIII. táblázat).

XXIII. táblázat

A terhességmegszakítások területi megoszlása

A terhességmegszakítások száma 1000 15-44 éves nők között			
	Főváros	Város	Község, falu
1986	42	37	35

5.3.2.2. Az iskolai végzettség szerinti különbség

Az iskolai végzettség is erősen befolyásolja a születés-szabályozási magatartást, azonban ez a differenciáló hatás a különböző életkorokban eltérően alakul. A 20 éven aluli iskolázottabb nők körében 100 születésre több mint 100 terhességmegszakítás jut, ami sokkal magasabb, mint hasonlókorú, kevésbé iskolázottak között, ahol alig haladja meg a 30-at. A következő korcsoportban már a legalacsonyabb iskolai végzettségűek körében fordul elő leggyakrabban,

5.3.2.3. A gazdasági aktivitás szerinti különbség

A szellemi foglalkozású nők, illetve a szellemi foglalkozású férfiak nem dolgozó feleségeik körében gyakorlatilag azonos a 100 élveszületésre jutó terhességmegszakítások száma, míg a fizikai foglalkozású nők, illetve a fizikai foglalkozású férfiak nem dolgozó feleségei körében lényegesen magasabb a 100 élveszületésre jutó terhességmegszakítások száma. Ez a szám a mezőgazdaságban dolgozóknál a legalacsonyabb. Foglalkozások szerint a művi vetélések arányát az élveszületésekhez viszonyítva a **XXIV. táblázat**on mutatom be.

XXIV. táblázat

Házass nők esetében a terhességmegszakítások aránya az élveszületésekhez viszonyítva, foglalkozás szerint

Foglalkozás	40 éven aluli házas nők esetében 100 élveszületésre jutó művi vetélés az átlag %-ában		
	1966	1977	1986
fizikai	109	106	100
mezőgazdasági	52	63	95
szellemi	145	106	100

5.3.2.4. A családnagyság, mint differenciáló tényező

Az élveszületett gyermekek száma szerint a terhességmegszakítások arányát a **XXV. táblázat** mutatja.

XXV. táblázat

A terhességmegszakítások aránya a házas nők körében az élveszületett gyermekek száma szerint

Év	Élveszületett gyermekek száma				
	0	1	2	3	4-x
	1000 megfelelő gyermekszámú házas nőre jutó terhességmegszakítás				
1971	28	96	108	107	131
1973	25	83	95	98	116
1980	6	25	42	63	70
1981	6	24	41	61	68
1982	6	25	40	61	70
1983	6	25	40	61	69
1984	7	26	42	62	73
1985	7	26	42	62	72
1986	7	27	43	62	75

Forrás: KSH

Látható, hogy azokban a csoportokban csökkent a terhességmegszakítások száma jelentősebben, ahol számítani lehet még szülésre.

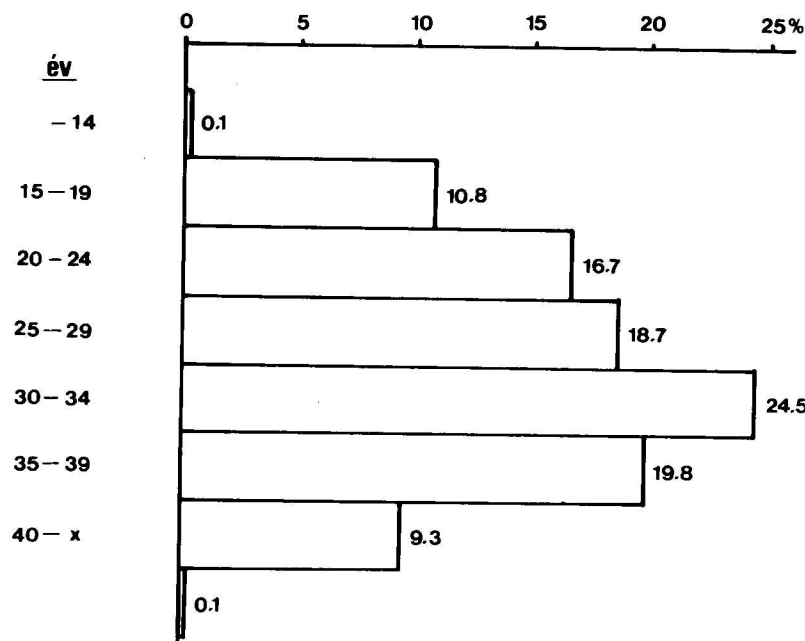
5.3.3. A terhességmegszakítás indoka

A terhességmegszakítás indoka több szempontból is vizsgálható. Más választ fogunk kapni a kor, a családi állapot, a gyerekszám, a foglalkozás, stb. szempontjából.

A 24. ábrán mutatom be, hogyan alakult a terhességmegszakítások gyakorisága 1987-ben a nők kora szerint.

24. ábra

A terhességmegszakítások gyakoriságának alakulása nők korosztályai szerint 1987-ben.



Rendkívül tanulságos összehasonlítani, hogy az évek során hogyan változott a különböző korok aránya a terhességmegszakítási gyakorlatban.

Ezt mutatja be a XXVI. táblázat.

XXVI. táblázat

A terhességmegszakítások gyakoriságának alakulása a nők korcsoportjai szerint (%)

■ a legnagyobb arány ▨ a második legnagyobb arány

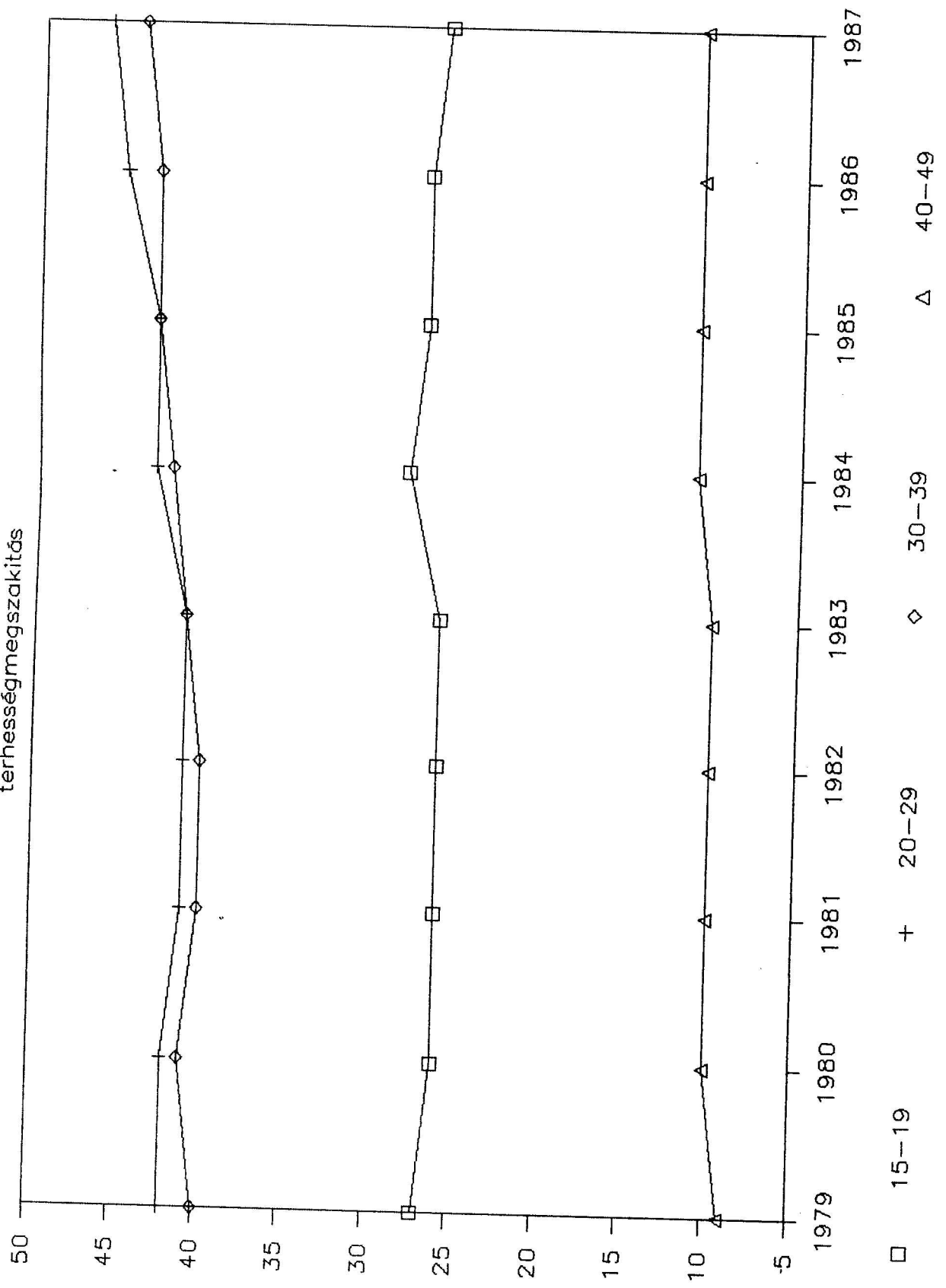
év	-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-x	összesen
1957	0.0	4.4	22.0	29.1	24.6	15.6	4.3	123 383
1960	0.0	5.1	22.2	28.5	24.1	15.5	4.6	162 160
1970	0.1	9.4	24.7	27.0	20.7	13.4	4.7	192 283
1979	0.2	10.3	20.4	23.5	20.3	16.6	8.7	80 767
1980	0.1	10.0	18.4	24.2	21.2	16.6	9.5	80 882
1981	0.2	10.1	18.0	24.5	22.1	16.5	8.6	78 421
1982	0.2	10.2	17.3	24.3	22.3	17.1	8.6	78 682
1983	0.2	10.4	16.9	23.1	22.9	17.7	8.8	78 599
1984	0.2	11.1	16.9	21.6	23.7	17.5	8.9	82 191
1985	0.2	11.2	16.4	20.3	23.9	18.8	9.1	81 970
1986	0.2	11.2	16.3	19.4	24.2	19.7	8.9	83 586
1987	0.1	10.8	16.7	18.7	24.5	19.8	9.3	84 547

Ez a táblázat csak egy szempontból nyújt információt. Nevezetesen, hogy a 30-39 évesek részesedése az évek során emelkedik, de nemcsak arányában, hanem számában is (1984-ben 33862; 1987-ben 37454). Ráirányítja ez a figyelmet arra, hogy megfelelő egészségpolitikai, szociálpolitikai intézkedéssel lehetőség van a 30 év feletti nők körében arra, hogy terhességüket ne szakítsák meg, hanem inkább a szülést válasszák.

Pontosabb képet mutat, ha saját korcsoportjukhoz viszonyítjuk a terhességmegszakításra jelentkezők számának változását (25. ábra). Ezekből látható, hogy az utóbbi években terhességmegszakításra

Ezer, azonos korú nőre jutó

terhességmegszakítás

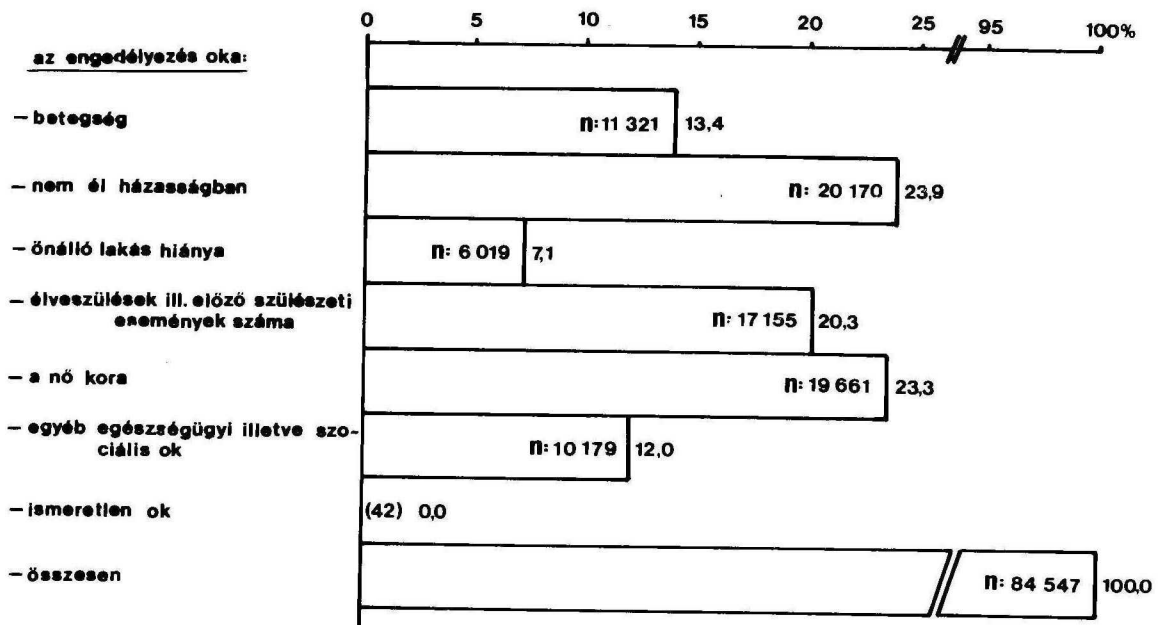


jelentkezők számának emelkedésében elsősorban a 20-29, és a 30-39 évesek nagyobb számban történt részvétele mutatható ki. Kimutatható az is, hogy hosszú évek során a tizenévesek száma és aránya saját kortársaihoz képest gyakorlatilag változatlan.

A 26. ábrán bemutatom, hogy a terhességmegszakítások hogyan alakultak az engedélyezési indokok szerint 1987-ben.

26. ábra

A terhességmegszakítások alakulása az engedélyezési indokok szerint 1987-ben.



A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinikán a terhességmegszakításra jelentkezőknél érdeklődtünk a műtét motívációja iránt. 205-en válaszoltak kérdéseinkre (XXVII. táblázat)

Természetesen néhányan több okot is megjelöltek, és látható, hogy a motívációkban gyakorlatilag az egész szociál - népesedéspolitika problémaköre megjelenik.

XXVII. táblázat

A terhességmegszakítás motívációi

MOTIVÁCIÓK	FOGLALKOZÁS					Összesen:
	tanuló	szellemi	fizikai	mezőgazd.	htb.	
Nem él házasságban	14	26	26	1	1	69
Tanul	16	1	2			19
Nem kíván több gyermeket		24	31	1	4	60
Egészségi ok		14	13	3	3	33
Életkor		14	11		1	26
Munkakörülmények		4	1			5
Később kíván szülni		4	4			8
Családi problémák		4	2			6
Szociális okok	2	25	36	1	3	67
Bizonytalan párkapcsolat		3	3			6

n = 205

A kör ezen a ponton bezárul. Csak úgy tudunk előbbrelépni, ha ezek az okok mérséklődnek. Nem szigorú hatósági intézkedésekre van szükség, hanem a lakosság élet- és munkakörülményeit kell javítani, megfelelő pedagógiai módszerekkel elősegíteni, hogy a családi kapcsolatok tartósabbak legyenek, és megfelelő egészségügyi felvilágosítással (intézményrendszerrel) megfelelő fogamzásgátló módszerek és eszközök biztosításával hozzásegíteni, hogy a terhességmegszakítás valójában csak a végső lehetőség legyen.

Ezekből is látható, a terhességmegszakítás kérdése túlmutat az

egészségügy területén.

Az Amerikai Egyesült Államokban a fenti kérdésre a legtöbb válaszoló azt mondta, hogy több tényező is hozzájárult a terhességük megszakítására vonatkozó döntésükhöz.

Háromnegyed részük állította, hogy ha gyermekük lenne, az akadályozná a munkát, iskolát, vagy egyéb kötelezettségüket. Kétharmad részük közölte, nem engedhetnék meg maguknak gyermeket.

A megkérdezettek felének problémja van a partnerkapcsolatban, s nem akar hajadon szülő lenni. (David, 1989).

Belgiumban a megkérdezettek 40%-a szociális és gazdasági okokat említett. 18%-ban hivatkoztak problémákra a partnerrel fennálló kapcsolatukban. A nőknek csupán 5%- nem akart egyáltalában gyermeket, 91% azt állította, hogy későbbi időpontban viszont szeretne szülni (Vekemans).

5.3.4. Adatok a terhességmegszakítás kérdéséhez

Felismerve a jelenlegi fogamzásgátlási módszerek korlátait és azt, hogy az illegális abortusz milyen áldozatot követel, **Tietze** korai és hatékony szószólója volt a legális abortusznak az USA-ban és más országokban. Mielőtt az USA-ban legalizálták az abortuszt, kutatásai segítettek dokumentálni a tiltott abortuszok számát, és hogy milyen károkat okoz a nők életében, főképpen a legsebezhetőbbek, a szegények, a nagyon fiatalok és a faji, etnikai kisebbségek életében. Nagy gonddal végzett kutatásai tudományos alpmunkát szolgáltattak az eljárás legalizálásához országról-országra.

A terhességmegszakítással kapcsolatos véleményekről több ezer éves írásos emlékek maradtak fenn. Ezeknek összefoglalása lényegesen meghaladja ennek az értekezésnek a kereteit. Hazánkban, szemléletében jelentett fordulópontot az 1984-es minisztertanácsi hosszútávú népesedéspolitikai koncepció abban az értelemben, hogy kimondta: "Az állampolgárok önálló családtervezési jogát alapvető emberi jognak kell elismerni."

Ez a határozat ENSZ dokumentumokon és ajánlásokon nyugszik. A világ országainak kb. kétharmadában ez a gyakorlat. Természetesen csaknem mindenütt állami eszközökkel, hatósági intézkedésekkel, ösztönzéssel, tudatformálással is befolyásolják a születésszám alakulását. A szigorítások vagy könnyítések mindig az állami politika függvényeként jelentkeznek. A különböző európai országok érvényben lévő, a terhességmegszakítást szabályozó rendeletére általánosan jellemző, hogy a terhesség megszakítását engedélyezik, ha a terhesség az anya életét veszélyezteti. Másik általánosan elfogadott gyakorlat, hogy ahol a terhességmegszakítást mint a születésszabályozás egyik lehetséges módját alkalmazzák, ott a kiskorúak terhességének megszakításához a törvényes képviselő hozzájárulása is szükséges.

Az abortusztörvények liberalizálásának hosszútávú világtrendje, amely Észak-Európában az 1930-as években kezdődött, az utóbbi években folytatódott (David, 1981).

1983 óta a törvényt nagymértékben liberalizálták három országban (Spanyolország, Portugália, Törökország). Csak egyetlen ország csökkentette jelentősen a legális abortuszhoz való hozzájárulást (Románia 1984-ben) és Írország módosította alkotmányát

úgy, hogy megakadályozza a jelenlegi korlátozó törvényeinek későbbi liberalizálását.

A különböző országokban a terhességmegszakítások engedélyezésének feltételeit a **XXVIII. táblázat**ban foglaltam össze.

A **XXIX. táblázat**ban a terhességmegszakítások gyakoriságát mutatom be Európa különböző országaiban.

A legtöbb országban emelkedtek a legális abortuszok arányszámai a liberalizálást követő évben, azonban az utóbbi években stabilizálódtak. A legális abortuszra vonatkozó orvosi javallatok mérsékelt növekedése a terhességek viszonylag kis arányát érinti, ezért kis hatást gyakorol az illegális abortuszok számára, ugyanakkor a terhes nők kérésére, vagy tágran értelmezett szociális indikációk alapján végzett törvényes abortusz csökkenti az illegális abortuszok gyakoriságát (Tietze, Henshaw, 1986).

Azokban az országokban, ahol az abortusz legális, az abortuszok száma az élveszületések számának egytizede (Hollandia) és kétszerese (Szovjetunió) között váltakozik (Donnay, 1989a).

A különbözőségekre néhány ország adatát kívánom idézni.

Magyarországon a 100 élveszületésre jutó terhességmegszakítások arányát a **27. ábrán** mutatom be.

1985-ben és 1986-ban az USA-ban az abortuszok száma közel 1,6 millió volt, ez a terhességek közel 30%-át jelentette. 1982-ben és 1983-ban,

XXVIII. táblázat

A terhességmegszakítás engedélyezésének feltételei (1987)

A	B	C
Ausztria	Bulgária	Albánia
Csehszlovákia	Finnország	Belgium
Dánia	NSZK	Irország
Franciaország	Magyarország	Svájc
NDK	Luxemburg	Románia
Olaszország	Lengyelország	
Hollandia	Portugália	
Norvégia	Spanyolország	
Svédország	Egyesült Királyság	
Szovjetunió		
Jugoszlávia		
Kuba		
Egyesült Államok		
Kína		
Törökország		
Vietnám		

- A Az engedély nincs feltételhez kötve.
(a nő kérésére, általában a terhesség első 12. hetében)
- B Az engedélyezés meghatározott egészségi-, szociális- és demográfiai feltételekhez van kötve.
- C Az engedélyezés csak egészségi - genetikai feltétellel.

XXIX. táblázat

A terhességmegszakítás gyakorisága Európában
(1960-1984)

Ország	Ezer 15-44 éves nőre jutó terhességmegszakítások száma				
	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984
Bulgária	39,7	53,0	65,5	66,6	
Csehszlovákia	29,2	30,6	29,0	27,8	33,3
Lengyelország		21,9	18,4	17,9 ^x	
Magyarország	78,3	85,1	72,0	39,1	36,2
NDK	0,4	6,2	27,9	23,7 ^x	27,0
Románia	222,1	124,5	74,4	83,1	
Dánia	4,3	6,2	14,8	24,2	18,5
Anglia és Wales		4,4 ^x	10,6	11,2	12,8
Finnország	5,6 ^x	6,1 ^x	19,5	17,2	12,6
Izland			4,2	9,7	
Norvégia		8,1 ^x	15,9	18,9	16,4
Svédország	2,1 ^x	5,9	14,6	20,0	19,1
Olaszország				15,9 ^x	18,5
Jugoszlávia		51,5 ^x	53,8 ^x	58,5 ^x	
Franciaország				13,5 ^x	15,3
Hollandia			6,8 ^x	5,2	8,0
NSZK		0,2	0,8	3,9	6,6

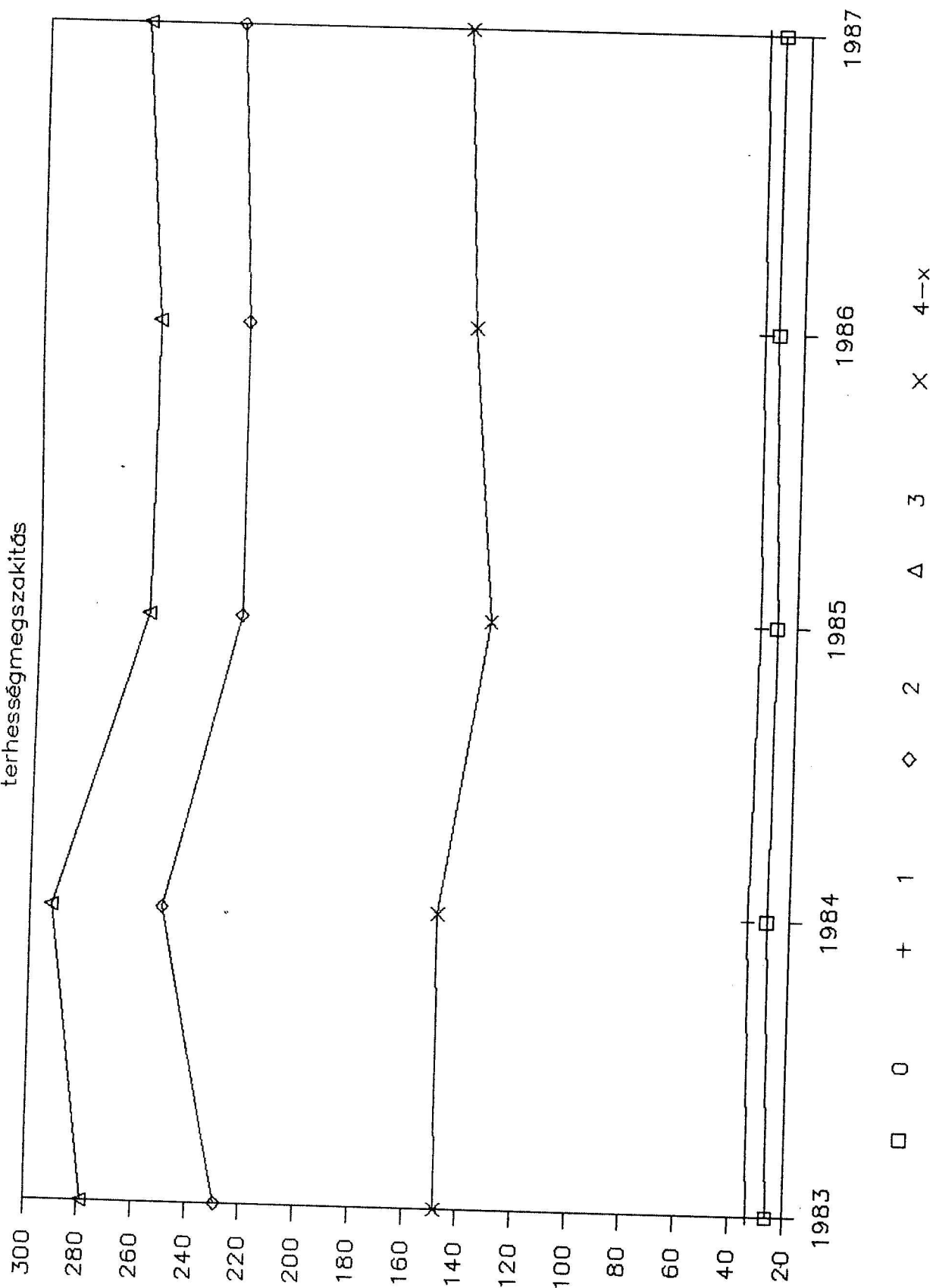
x Az adatok nem öt év átlaga alapján vannak számítva

Forrás: Mészáros, 1989

27. ábra

Száz elveszületésre jutó

terhességmegszakítás



a korábbi évekhez hasonlóan az abortuszok többségét fiatal nőkön hajtották végre, 27%-át 20 éven alul, 62%-át 25 éven alul (akik többnyire hajadonok /81%/, illetve olyanok voltak, akik még nem szültek /57%/). Az abortusz arányszám 31 volt 1000 15-17 évesre számítva és 63 a 18-19 éveseknél (**David, 1989.**)

A Szovjetunióban végzett terhességmegszakításokról csak az utóbbi években vannak adataink. Évente kb. 7.500.000 legális abortuszt hajtanak végre (1987-ben 7.950.000), ami a világon végzett műtétek 25-30%-ának felel meg. Egyes kutatók úgy vélik, hogy az illegális abortuszok a legális művi vetélések 50-100%-át képezik (**Khomassuridze**).

Belgium egyike azon kevés európai országoknak, ahol még mindig szigorú abortusztörvény van életben. A jelenlegi törvény a napoleoni büntetőjogon (1810) alapul, amely tiltja az abortuszt. 1966-ban tervezték e törvény hatályon kívül helyezését, de ez nem sikerült (**Temmerman**).

Tekintettel arra, hogy Belgiumban a terhességmegszakítás illegális, lehetetlen pontos információt kapni a számszerű adatokról. Becslések szerint a tiltó törvények ellenére évente 15-20 ezer belga nő végeztet abortuszt az országon belül vagy kívül (**Donnay, 1989b**).

Csehszlovákiában 1987 óta az abortuszok engedélyezése egyszerűvé vált. Egyetlen, ma is érvényes korlátozás van: két abortusz között hat hónapnak kell eltelnie. Az új rendelet bevezetését követően az előző évekhez képest az abortuszok száma 28%-ot emelkedett. 1987-ben 1000 propagatív korú nőre 48 abortusz jutott (**Dytrych**).

Rendkívül érdekes és további vizsgálatokat igénylő kérdés a nem kívánt terhességekből született gyermekek sorsa.

Ismert olyan vélemény, miszerint ezek a gyermekek határozott pszichoszociális hátrányban vannak (David, 1973), ami az élet számos területén megnyilvánul, és ez a hátrány áttérjedhet a következő nemzedékre. A nem kívánt gyermekek házassága kevésbé boldog, magatartásuk az ezekből a házasságokból született gyermekekkel szemben igen vegyes (Dytrych).

A terápiás abortuszról szóló Oslói Nyilatkozat (1970) a következőket emeli ki: "Nem az orvosi rend feladata, hogy e kérdésben bármely állam vagy közösség szemléletét vagy törvényeit meghatározza, de feladata a betegek és az orvosok jogait érvényesíteni a társadalomban."

Hazánkban a korszerű családtervezéshez szükség van a nevelés, a tanácsadás, a szolgáltatások, a megfelelő egészségügyi-gazdasági feltételek megteremtésére.

E kérdés továbbfejlesztésénél feltétlenül figyelembe kell venni:

- a személyiségi jogokat,
- hogy a terhesség minél korábbi időszakában kerüljön megszakításra
 - korszerű terhességi tesztek
 - felvilágosítás
 - a lakosság körében
 - az orvosok körében
- a terhességet a kor színvonalán, a lehető legkíméletesebb módszerrel kell megszakítani,
- elengedhetetlen a humánus ügyintézés.

5.4. AZ ANYA- ÉS NŐVÉDELEM EGÉSZSÉGPOLITIKAI, SZOCIÁLPOLITIKAI KÉRDÉSEI

Az 1973-as népesedéspolitikai határozat szociálpolitikai intézkedéseket is tartalmazott. Ennek volt már sikeres előzménye, az 1967-es rendelkezés a gyermekgondozási segély bevezetéséről. Az intézkedés alapgondolata az volt, könnyíteni kell a gyermekes családok helyzetét, csökkenteni kell a gyermekneveléssel járó költségeknek a családot terhelő részét. Növelni kell a társadalom hozzájárulását a gyermeknevelés költségeihez, különösen a sokgyermekes családok esetében. Az értekezésnek nem célja a szociálpolitikai juttatások rendszerének teljes tárgyalása, csak azokat a részeit érintem, melyek a terhességgel, a szüléssel, és a gyermeknevelés kezdeti korszakával kapcsolatosak.

Ezeknek a juttatásoknak a mértéke és az azokban résztvevők köre folyamatosan változik.

Ennek összegkihatásait néhány számmal kívánom érzékeltetni.

	1950	1960	1970	1980	1987
Terhességi-gyermekágyi segély (millió Ft)	25	119	673	1535	2259

GYED-GYES: 1988: 9 milliárd Ft.

Ezek az intézkedések, ezek a szociálpolitikai juttatások igen nagy jelentőségűek. A gyermekvállalás anyagi terhein csökkentenek, és

lehetővé teszik, hogy a gyermek három éves koráig szülői környezetben nevelkedjen.

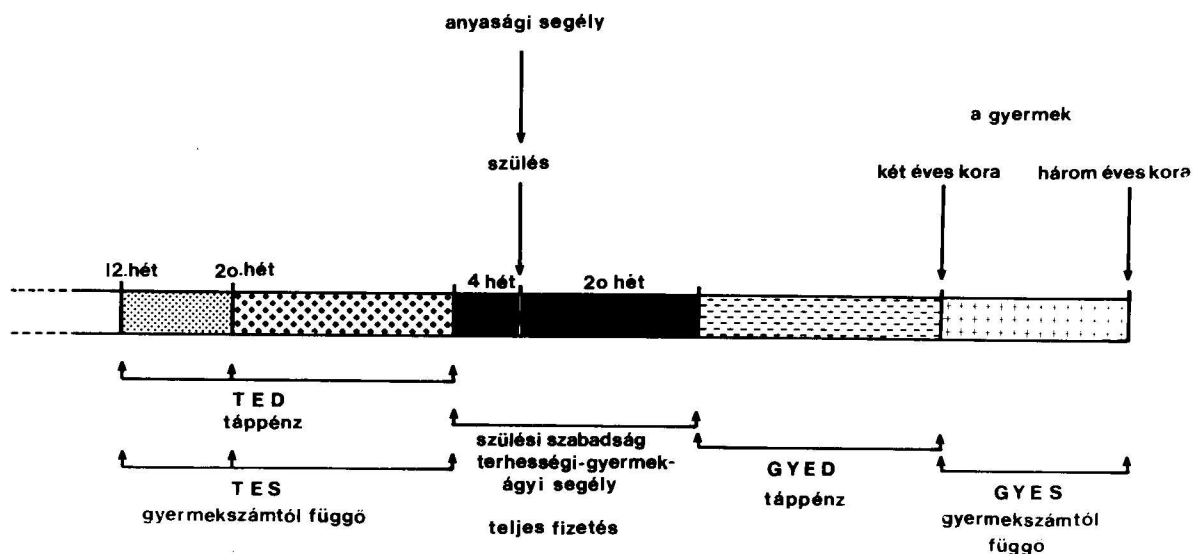
A szociálpolitika eszköztára a szülés, szüléskörüli és a gyermekvállalási kedvet segítő (GYES, GYED, TGYS) kérdésekben sokat fejlődött.

A kialakult forma működőképes és a későbbiekben csak valószínűleg a reálérték megtartása lehet a cél.

Egy ennél nem kevésbé fontos területen azonban lényegi előrelépés nem történt. 1985. szeptember 1. óta ugyan négy héttel meghosszabbodott a szülési szabadság ideje (20 helyett 24 hét) és ebből 4 hetet a szülés várt időpontja előtt kell kivenni (28. ábra), lényeges kérdésekben azonban nem történt változás.

28. ábra

javasolt és meglévő juttatások a terhesség alatt és a szülés után

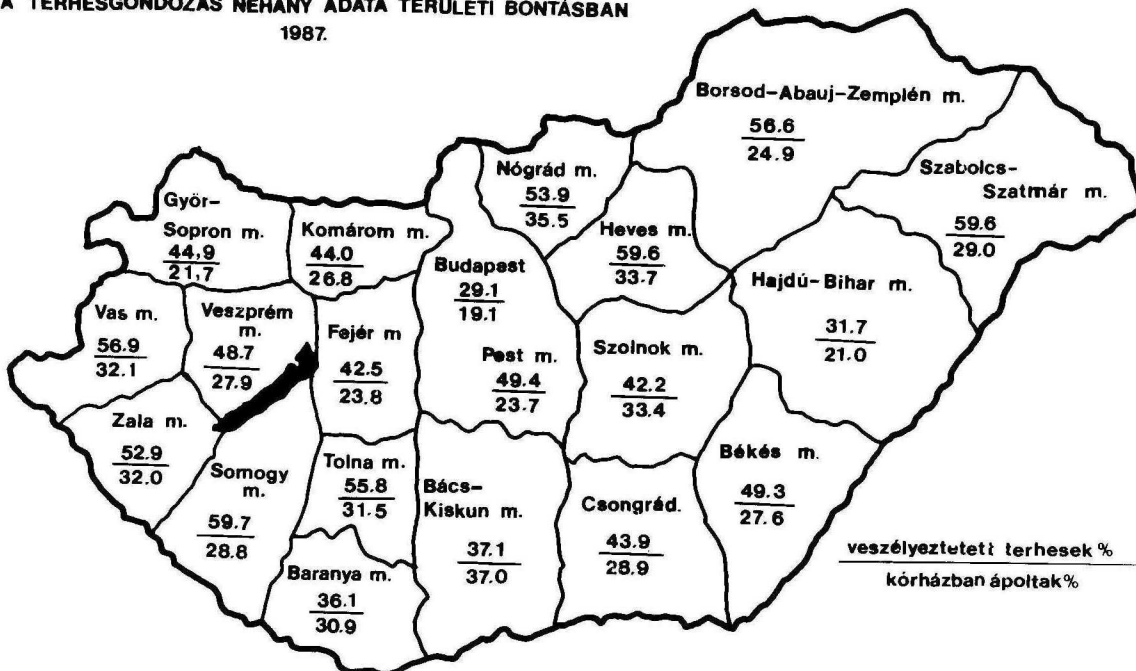


1987-ben a fővárosban 29,1%, míg vidéken a terheseknek 48,4%-a volt veszélyeztetett terhesként gondozva (29. ábra).

Az ábra bemutatja megyei bontásban a szülésekhez viszonyítva a veszélyeztetett terhesek és a terhesség alatt kórházban ápoltak százalékos arányát.

29. ábra

A TERHESGONDOZÁS NÉHANY ADATA TERÜLETI BONTÁSBAN
1987.



A társadalombiztosítás jelenlegi rendszerében nincs pontos adat arra nézve, hogy a terhesek milyen aránya van táppénzes állományban. Az előzőekben vázolt számokból következtetni lehet, hogy terheseink közel 50%-a van terhessége alatt rövidebb-hosszabb ideig munkahelyétől távol.

5.4.1. Terhességi segély, terhességi díj

Vizsgálataim és következtetéseim szerint a terhes nőt terhessége alatt **terhességi segély** (TES), illetve **terhességi díj** (TED) illesse meg. Feltételei megegyeznének a gyermekgondozási díj (GYED) és segély (GYES) feltételeivel.

A terhességi segély esetében a terhesnek jogában áll a TES-t indokolás nélkül igénybe venni.

A terhesgondozás szempontjából szemléletváltozást jelentene az, hogy nem azt kell megindokolni, ha egy terhes otthon kíván maradni, hanem azt, ha dolgozni akar, és ehhez kell az orvosi engedély (TED).

A javaslatban szereplő terhességi segély és terhességi díj nem egymás mellett, hanem egymástól függetlenül, a társadalom teherbíró képessége függvényében kerülhetne bevezetésre.

Részleteiben:

"A" változat

a terhest terhessége betöltött 12. hetétől kezdve a szülési szabadság kezdetéig terhességi segély (TES) illeti meg. Igénybevételéről a terhes dönt. A juttatás a GYES-hez hasonló.

1. gyermeknél 800 Ft + az érvényes jövedelem pótlék
2. gyermeknél 900 Ft + az érvényes jövedelem pótlék
3. gyermeknél 1000 Ft + az érvényes jövedelem pótlék

Az értekezés készítésekor az érvényes jövedelem pótlék összege 1290 Ft.

A tervezett kiadás: 1.320 millió Ft.

"B" változat

a terhest terhessége betöltött 20. hetétől a szülési szabadság kezdetéig TES illeti meg. Részleteiben azonos az "A" változattal

A tervezett kiadás összege: 880 millió Ft.

"C" változat

a terhest terhessége betöltött 12. hetétől a szülési szabadság kezdetéig terhességi díj (TED) illeti meg. Igénybevételeiről a terhes dönt, dolgoznia azonban csak orvosi engedéllyel lehet.

A juttatás a GYED-hez hasonló.

Országos átlagban az egy napra jutó GYED kiadás (1987) 99 Ft.

A tervezett kiadás: 2.210 millió Ft.

"D" változat

a terhest terhessége betöltött 20. hetétől a szülési szabadság kezdetéig TED illeti meg.

Részleteiben azonos a "C" változattal

A tervezett kiadás 1.456 millió Ft.

Ezek a kiadások nem ilyen mértékkel emelnék meg a társadalombiztosítás kiadásait, hiszen a terhesség alatt kifizetett táppénz egy részének felszabadulása és egyéb kiadások (pl. kórházi ápolások csökkenése) módosulása ezt mérsékelné. A javasolt és a meglévő juttatásokat összefoglalva a **28. ábrán** mutatom be.

A javasolt terhességi segély, illetve díj előnyei a következők:

- fokozhatja a gyermekvállalási kedvet,
- a terhes maga dönthet arról, hogy dolgozik-e, vagy sem,
- humánus,
- illeszkedik a korábbi terhességgel, gyermekvállalással kapcsolatos szociálpolitikai intézkedésekkel,
- a változatok folyamatában is megoldhatók,
- valószínű, hogy csökkenthető a kórházi ápolások száma (költségekímélés),
- hosszabb távon gazdaságilag sem lenne előnytelen,
- a terhesgondozás, vizsgálatok, szülésre felkészítő tanfolyam időben jobban szervezhető (nincs szükség munkaidő kedvezményre, hogy ezeken résztvehessenek).

5.4.2. Oktatási, nevelési feladatok

a család- és nővédelem területén

A Minisztertanács már többször idézett 1040/1973. sz. határozata előkészítésekor a társadalomban felszinen levő problémák közül is kiemelkedett, hogy

- a terhességmegszakítások száma magas volt,
- a válások száma emelkedő tendenciát mutatott,
- a társadalomban az erkölcsi normák átértékelődtek, a "család", a "hűség", a "gyerek" fogalmak tartalmi megváltoztak, magukban hordozva a veszélyét, hogy "a társadalom alapegysége a család" már csak szavakban lesz tartható, a lakosság, különösen a fiatalok egészségi,

- szexuális ismeretei hiányosak,
- a szexuális szabadságot a szexuális szabadosság váltotta fel, különösen a fiatalok körében.

Pongrácz (1985) munkáiból tudjuk, hogy Magyarországon a 15-16 éves nők teherbeesési és termékenységi magatartása jelentősen eltér a nyugat-európai országok azonos korú női népességének teherbeesési és termékenységi magatartásától. Ezen eltérés elsősorban arra vezethető vissza, hogy a 18-19 évesek hazánkban nem serdülőkorú demográfiai jellemzőket mutatnak, hanem inkább a felnőtt női népességre érvényes szexuális és termékenységi magatartásformát. A serdülőkori termékenységi magatartás azonos az európai országok többségének 15-19 éves női népességével.

Ilyen társadalmi, egészségügyi, szociológiai háttérrel az egészségügyi felvilágosítás, a családi életre nevelés, családtervezési tanácsadás egyik legfontosabb láncszemének a házasságkötés előtti kötelező tanácsadást tekintette az idézett rendelet. Kiegészítve azzal, hogy az iskolákban kötelezővé tették a családi életre nevelés oktatását.

Az alap elképzelés az volt, hogy az iskolai nevelés színvonalának emelésével az ifjúság ismeretanyaga bővül, és addig, amíg ez a generáció felnőtté nem válik, az oktatásban még nem részesültek számára az egyszeri meghatározott időben levő tanácsadást tették kötelezővé.

Az iskolai családi életre nevelés a kezdeti biztató eredmények után kudarcba fulladt. Így a házasságkötés előtti kötelező tanácsadás maradt az egyetlen tanácsadó, oktató lehetőség.

Ezek funkciói a következők voltak:

- tudatformálás,
- egészséges életmódra nevelés,
- felvilágosítás,
- genetikai tanácsadás,
- családtervezési tanácsadás,
- esetleg nőgyógyászati vizsgálat,
- szükség esetén konzilium kérése,
- a megfelelő kapcsolat kiépítése a CSNT-vel.

Mindezt néhány perc alatt az eldöntött házasságkötés előtt egy hónappal. Így kezdettől magában hordozta a sikertelenség lehetőségét.

Ezt felismerve a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság két alkalommal is tudományos konferenciát szervezett a házasságkötés előtti tanácsadásról.

Mindkét konferencia főreferátuma, illetve vitaindító előadása (**Garamvölgyi**) összefoglalta a tapasztalatokat és ajánlásokat is tett a Tudományos Társaságon keresztül az Egészségügyi Minisztériumnak.

1982-ben a konferencia megállapítása az volt, hogy lát lehetőséget a tanácsadás jobbítására, esetleg tanfolyamos formában, még jóval a házasságkötés előtt (**Batár**), ezzel részben átvállalta a családi életre nevelés oktatását az iskolában.

1986-ban következtetéseim és javaslataim a következők voltak:

- a házasságkötés előtti tanácsadásra szükség van, de jelenlegi formája alkalmatlan,

- színvonala nem választható külön az iskolai családi életre nevelés színvonalától,
- a kísérleti tanfolyam rendszerű (Debrecen, Szombathely) tanácsadás tapasztalatait felhasználva célszerű a hasonló rendszerű tanácsadók körének bővítése,
- a Család- és Nővédelmi Tanácsadók törekedjenek arra, hogy a tanácsadáson megjelentek részére személyre szóló tanácsot adjanak. Ez feltételezi kapcsolatuk elmélyítését, amely jó lehetőséget teremt a további együttműködésre is,
- szorgalmazni kell, hogy a házasságkötés előtti tanácsadás valamennyi formájában megfelelő segédanyagok álljanak rendelkezésre.

Amikor a terhességmegszakítások új rendjét a Minisztertanács szabályozta (76/1988/XI.3./MT.), kimondta az 1040/1973.X.18-i népesedéspolitikai határozat hatálytalanítását is, ezzel hatályát veszítette az 5/1973./XII.5./EÜM.sz. rendelet és a végrehajtására kiadott 34/1973.EÜ.K.dec.rk/EÜM utasítás.

1989. január 1-től, így a házasságkötés előtti kötelező tanácsadás megszűnt.

Azok az okok azonban, amelyek akkor életre hívták, változatlanul érvényesek. Ezek megoldására és enyhítésére az iskolai nevelés a legcélravezetőbb. Az iskolai családtervezési ismeretek oktatására eddig is több javaslat volt (Batár, Illei) és véleményem szerint az általános és középiskolákban a tanterv része kell, hogy legyen a fenti ismeretek oktatása.

Programvázlat a családtervezési ismeretek oktatására:

A Általános iskola VII. osztálya

- A család fogalma, történelmi fejlődése
- A család funkciói
- A család a mai magyar társadalomban
- Válás
- A szexuális működések anatómiája, élettana
- Szexuális alapismeretek
- Fogamzás - terhesség - szülés
- Fogamzásgátlás - terhességmegszakítás
- Magyarország demográfiai helyzete

B Középiskolák III. évfolyam

- A család fogalma, történelmi fejlődése
- A család funkciói
- A család a mai magyar társadalomban
- Válás
- A szexuális működések anatómiája, élettana
- Szexualitás, párkapcsolat
- Fogamzás, terhesség
- Szülés (film)
- Fogamzásgátlás, terhességmegszakítás
- Meddőség
- Magyarország demográfiai helyzete

A fentiek a korábbi családi életre oktatás helyett (egészségügyiek bevonásával) és szükség esetén további osztályfőnöki órákon a tanterv részeként megvalósíthatók.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

1. A család- és Nővédelmi Tanácsadó (CSNT) hálózat szervezetenként 1982-re kialakult. A progresszív betegellátás különböző szintjeinek megfelelően feladatát a II. táblázatban foglaltam össze.

A betegforgalmi adatokat elemezve a következő megállapítások tehetők:

- a) A megjelentek száma csökkenő tendenciát mutat.
- b) A fogamzásgátlási tanácsadáson megjelentek száma is csökken.
- c) Növekvő számban jelennek meg a gyermek-ifjúsági nőgyógyászati rendelésen, a pszichológusi gondozáson és az andrológiai vizsgálaton.

Ezeknek, valamint a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika család- és nővédelmi munkája tapasztalatainak figyelembe vételével megállapításaim szerint a CSNT-k tevékenységének továbbfejlődési lehetőségei a következők:

- a) A meglévő hálózat megfelelő profil esetén fontos helyet foglalhat el az alapellátás, a speciális ambulanciák területén.
- b) Mivel az alapellátás az egészségügy költségkímélő formája, ennek fejlesztése gazdasági szempontból is előnyös.
- c) Eredeti célját, feladatát jobban hangsúlyozva fejlesztendő a családtervezési tanácsadás.
- d) A gyermek- és ifjúsági nőgyógyászati rendelések fejlesztésének igénye a betegforgalmi adatokból is következik. A szakrendelések

számának növelésére különösebb anyagi ráfordítás nélkül is reális lehetőség van (16. ábra).

- e) Az egyre növekvő igény miatt a CSNT-kben hosszabb távon számolni kell a pszichológus feladatának növekedésével.
- f) Egyes korábbi speciális funkciójú tanácsadásokon (pl. sikertelen terhesség után, genetikai) a betegforgalmi adatok tanúsága szerint egyre kevesebben jelennek meg, holott ezek fontossága nyilvánvaló. Ezek a rendelések önálló speciális ambulanciákként jobban megfelelnek feladatuknak.
- g) A szülésre felkészítés szervesen illeszthető a család- és nővédelmi gondozás folyamatos láncolatába. Azokban az intézetekben, ahol a szülésre felkészítést a CSNT-k szervezik, (pl. a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika) ezzel kibővíthető a tanácsadó speciális, szolgáltató funkciója.

A jövőre nézve felvázolható egy olyan Tanácsadó működése, melyre az jellemző, hogy individuális fogamzásgátlási, családtervezési tanácsadást nyújt, kiegészítve azzal a szolgáltatással, hogy a fogamzásgátlók egy része helyben beszerezhető. Működésében nagyobb szerepet kapna a gyermek- és ifjúsági nőgyógyászat, és új funkcióval, a szülésre felkészítéssel bővülne működése. A többi, korábbi feladata szakambulanciák szintjén folytatódna.

2. Az 1980-as évek első felében végzett nemzeti reprezentatív termékenységi vizsgálatok eredményei alapján képet kaptunk az egyes országokban a fogamzásgátlás különböző formáinak elterjedéséről.

Magyarország (Ausztria és Belgium mellett) abba a csoportba sorolható, amelyre a modern fogamzásgátlók széleskörű elterjedése jellemző, a természetes módszerek jelentősebb, és a condom ritkább alkalmazása mellett.

A születésszabályozással kapcsolatos egészségpolitikai intézkedések kimondják, hogy álljanak rendelkezésre megfelelő minőségben és választékban fogamzást gátló gyógyszerek és eszközök.

A hormonális fogamzásgátló tablettákból a jelenlegi hazai gyógyszerellátás viszonylag korszerűnek tekinthető. Az 1973-as népesedéspolitikai határozat idejére elsősorban a Rigevidon és az Anteovin kutatása, alkalmazhatóságának vizsgálata és széleskörű alkalmazása volt a jellemző. Ez utóbbi un. III. fázisú klinikai vizsgálata 1982-ben kezdődött és 1983-ban zárult, majd a gyógyszer 1985-ben forgalomba került. 1984-1987 között számos IV. fázisú vizsgálatot végeztek a készítménnyel. Kezdetből résztvéve az Anteovin klinikai vizsgálatában nyomon tudtuk követni alkalmazhatóságát.

Farkas, Szigethy, Sas klinikai farmakológiai vizsgálataihoz kapcsolódtak saját vizsgálataink is, melyekben megállapítottuk a szérum 17-béta ösztradiol és progeszteron értékek meghatározásával, hogy már az első gyógyszereszedő hónapra kialakul az ovuláció gátlás. A fertilitás visszatérte vizsgálatakor a szérum 17-béta ösztradiol és progeszteron szintek azt mutatták, hogy már a gyógyszer szedésének abbahagyását követő első ciklusban számolnunk kell ovulációval. Vizsgált eseteinkben az utolsó gyógyszermentes, és az első gyógyszermentes ciklus szérum 17-béta ösztradiol és progeszteron értékei között nincs szignifikáns különbség.

A mellékhatásokat tekintve saját tapasztalataim megegyeznek mások, így Pilishegyi, Rákóczi vizsgálataival. Elmondható, hogy ezek előfordulása minimális, és az általános tolerancia jó.

Az orális hormonális fogamzásgátló tabletták forgalmi adataiból a következő következtetések tehetők:

- a) A fogamzásgátló tabletták éves forgalma az 1980-as évek elejéig folyamatos emelkedést mutat, ezt követően kisebb ingadozásokkal ezen a szinten maradt. (20. ábra)
- b) Területi megoszlásban megyénként a száz fogamzóképes korban lévő nőre jutó antikoncipienst szedő nők aránya különböző (24,1-49,4; átl: 32,6)

Feltűnő, hogy a keleti megyékben ez a szám az országos átlagnál lényegesen nagyobb. Így feltételezhető, hogy ezek az értékek nem kizárólag hazai felhasználást jelentenek (21. ábra). Ez utóbbit a forgalmazás tervezésénél javasolt figyelembe venni.

Az intrauterin eszközzel (IUE) történő fogamzásgátlás elterjedése hazánkban a már említett népesedéspolitikai intézkedés érvényességi idejére esett. Batár és mások munkássága nyomán ismereteink bővültek a hatásmechanizmus, a szövődmények, és a későbbi fertilitás alakulásának kérdésében. Egészségvédelmi, egészségmegőrző programunk, szemléletünk számára rendkívül fontos egy fogamzásgátló módszer, eszköz esetében a lehetséges szövődmények korai felismerése. A gondozói munkában az egyik legfontosabb kérdés a kismencedei gyulladások (PID) és az IUE-k viselésének kapcsolata. Előfordulásának gyakoriságára több tényező is hat. A kialakult gyulladás felismerése, tüneteinek értékelése és a

kezelés eredményességének megítélése rendkívül fontos. Ennek objektívebbé tétele érdekében egy speciális score-rendszert dolgoztunk ki, amit **PID-index**nek neveztünk el (XVI. táblázat). A 18 fokozatú index matematikai támpontot nyújt az összehasonlítására, a gyulladáshoz vezető folyamat megítélésére. Figyelembe veszi a legjelentősebb tüneteket (fluor, tapintási lelet, láz, vérsejtsüllyedés, fehérvérsejt-szám, dyspareunia, vérzési rendellenesség, nervositas) és azok változását. Mindezek alapján megállapítom, hogy

a kidolgozott PID-index segítségével a kismencedei gyulladáshoz vezető folyamat alakulása objektívebben megítélhető, és a gondozói munkában jól alkalmazható.

Az intrauterin eszközzel történő fogamzásgátlás hazai elterjedéséről pontos számszerű adat nem áll rendelkezésre. A jelzett eladási, forgalmi adatok, és a statisztikákban jelzett felhelyezések között különbség van. Valószínűleg a jelzett forgalmi és statisztikai adatok, valamint a tényleges felhelyezések között is (a hormonális fogamzásgátlók használatához hasonlóan) eltérés van.

3. A terhességmegszakítás hazai gyakorlatának értékelésekor abból az ismert tényből kell kiindulni, hogy számuk változatlanul magas.

Az engedélyt korábban kiadó bizottságok munkája formális volt (XXII. táblázat), elutasító döntéseiknek demográfiai jelentősége nem volt, viszont késleltették az abortuszok végrehajtását (XXI. táblázat).

Ahhoz, hogy ebben a kérdésben előbbre tudjunk lépni, szükséges feltárni, kik és miért kérik terhességük megszakítását.

A terhességmegszakítások gyakoribbak a városias területeken, mint vidéken. Az iskolai végzettséget figyelembe véve ez a differenciáló hatás a különböző életkorokban eltérően alakul. A 20 éven aluli nők

körében az iskolázottabbak között a gyakoribb, míg a következő korcsoportban (24 éves korig) a legalacsonyabb iskolai végzettségűek között.

A 25-29 évesek korosztályától kezdve egyre jellemzőbb, hogy az alacsonyabb iskolázottságúak inkább szülnek, mint az általános iskolát végzettek, akik gyakrabban szakítják meg terhességüket. A középiskolánál is magasabb végzettségűeknél már ismét alacsonyabb a száz születésre jutó terhességmegszakítások száma. Fontos megállapítás, hogy az általános iskola nyolc osztályát végzettek között a legmagasabb a terhességmegszakítások száma és aránya. Foglalkozás szerint vizsgálva megállapítható, hogy a fizikai dolgozók között gyakoribb, míg a legalacsonyabb a mezőgazdaságban dolgozóknál. Az élveszületett gyermekek száma szerint megállapítható, hogy a terhességmegszakításokon átesettek között 1973 óta csökkent ugyan a gyermektelen és az egy, illetve kétgyermekes házas nők aránya, azonban ez a szám hosszú évek óta változatlan (XXV. táblázat).

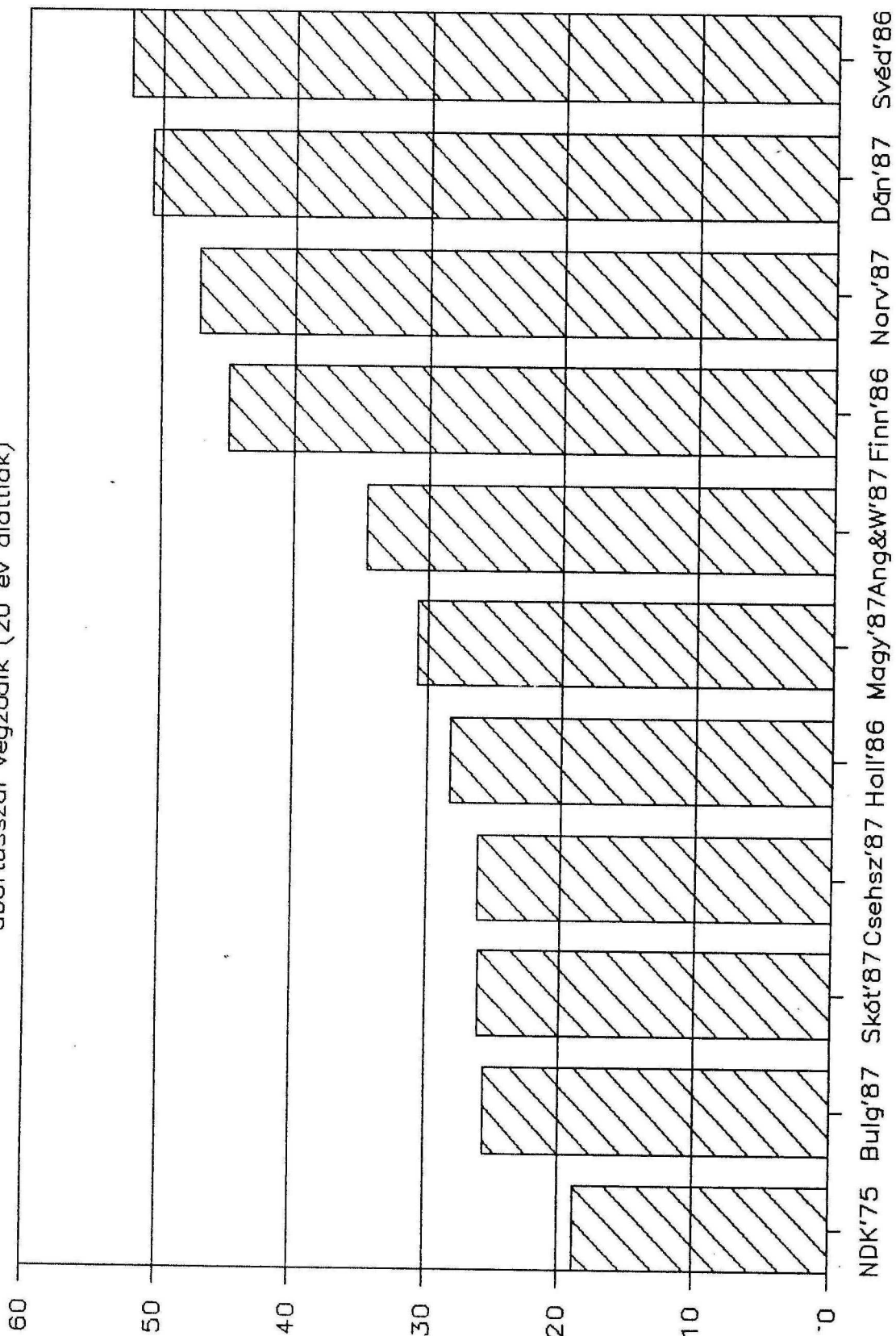
Rendkívül tanulságos, hogy száz ismertté vált terhességből hány végződik abortusszal. Ez az egyes korosztályoknál eltérően alakul (1987-es adatok)

- 20 év	31
20 - 24 év	23
25 - 29 év	34
30 - 34 év	55
35 - 39 év	78
40 - év	91

Ezeket az értékeket összehasonlítottam Európa más tíz országának hasonló értékeivel, és a **30-35.** ábrákon mutatom be.

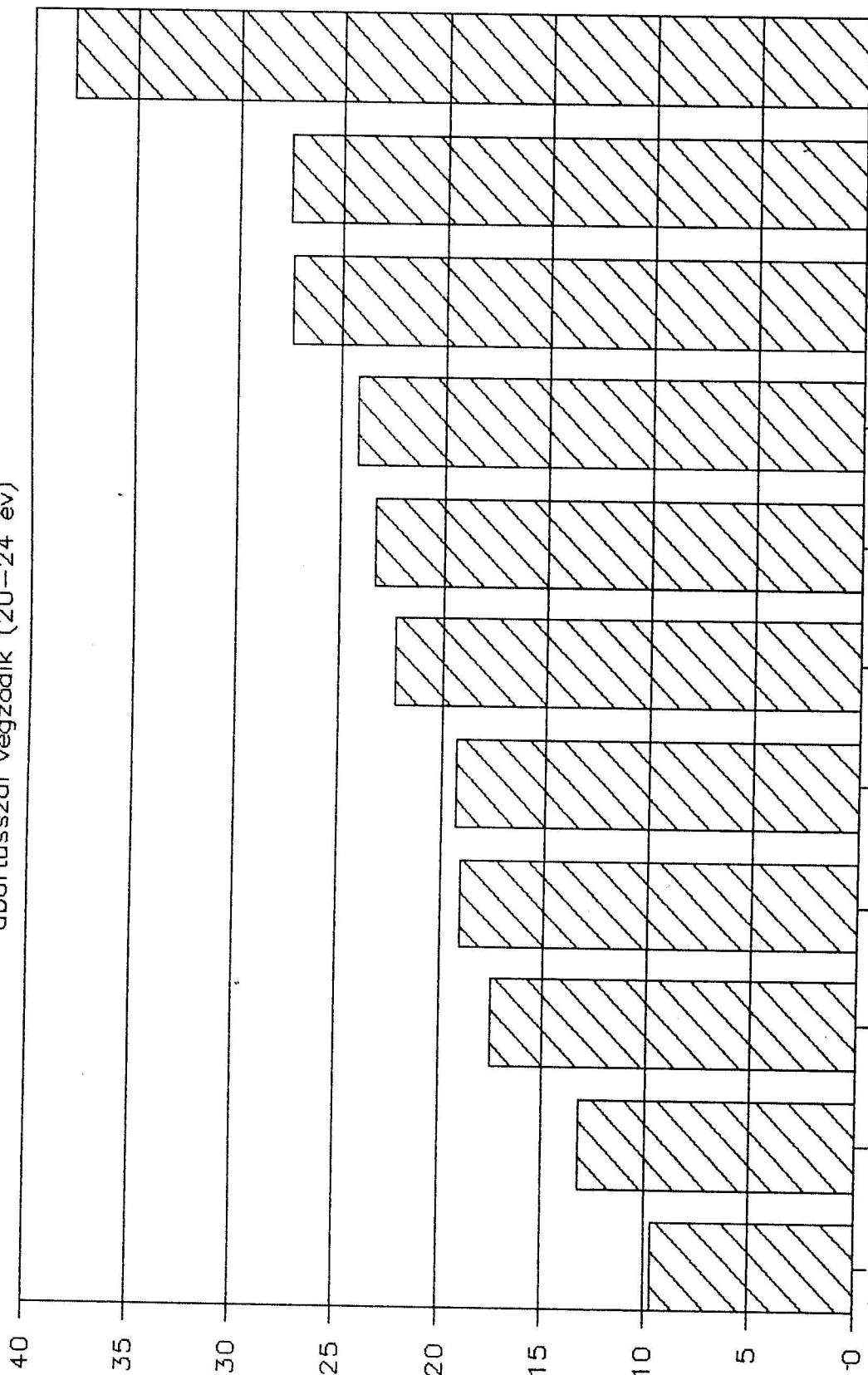
Száz ismertté vált terhességből

abortusszal végződik (20 év alattiak)



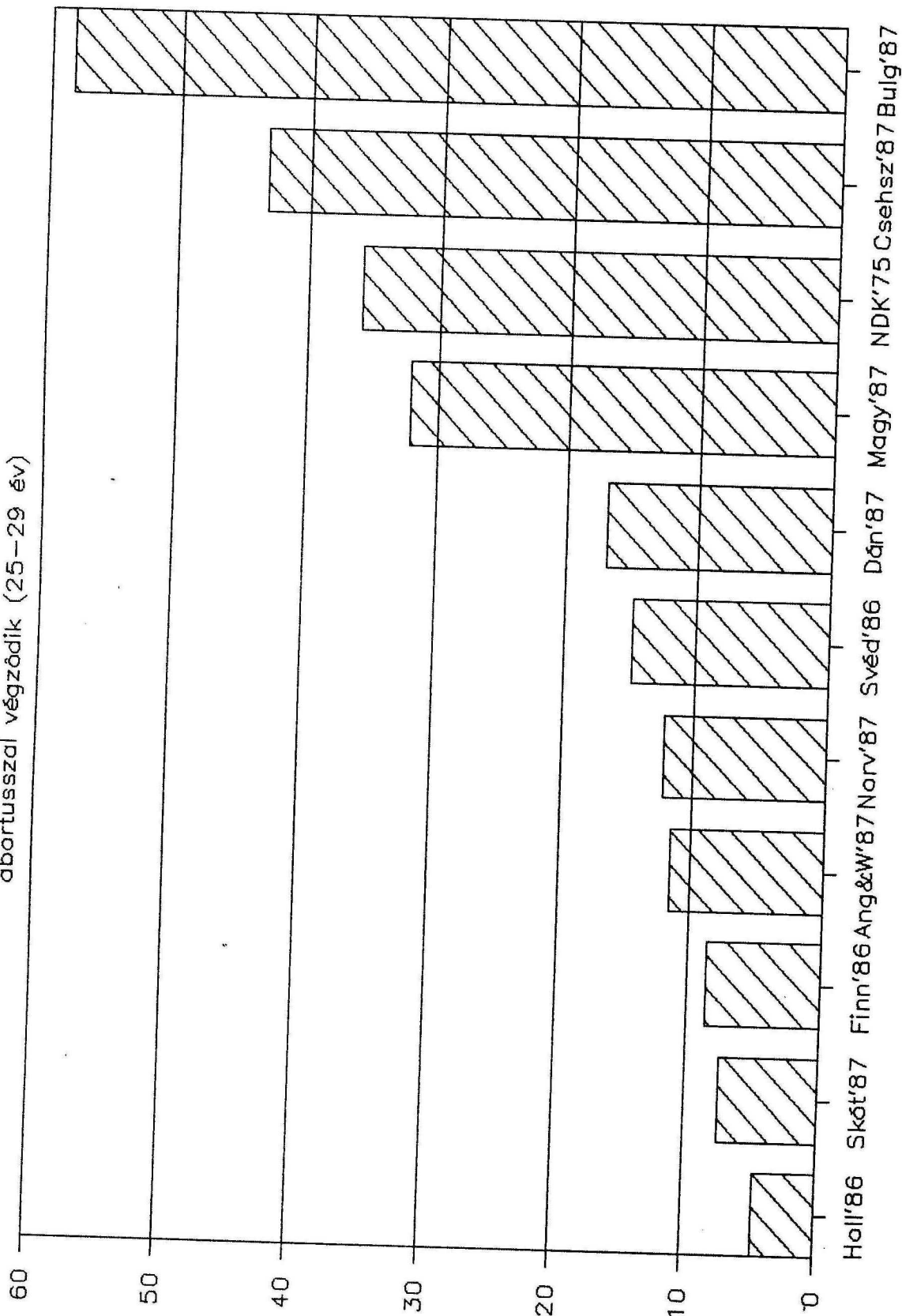
Száz ismertté vált terhességből

abortusszal végződik (20-24 év)



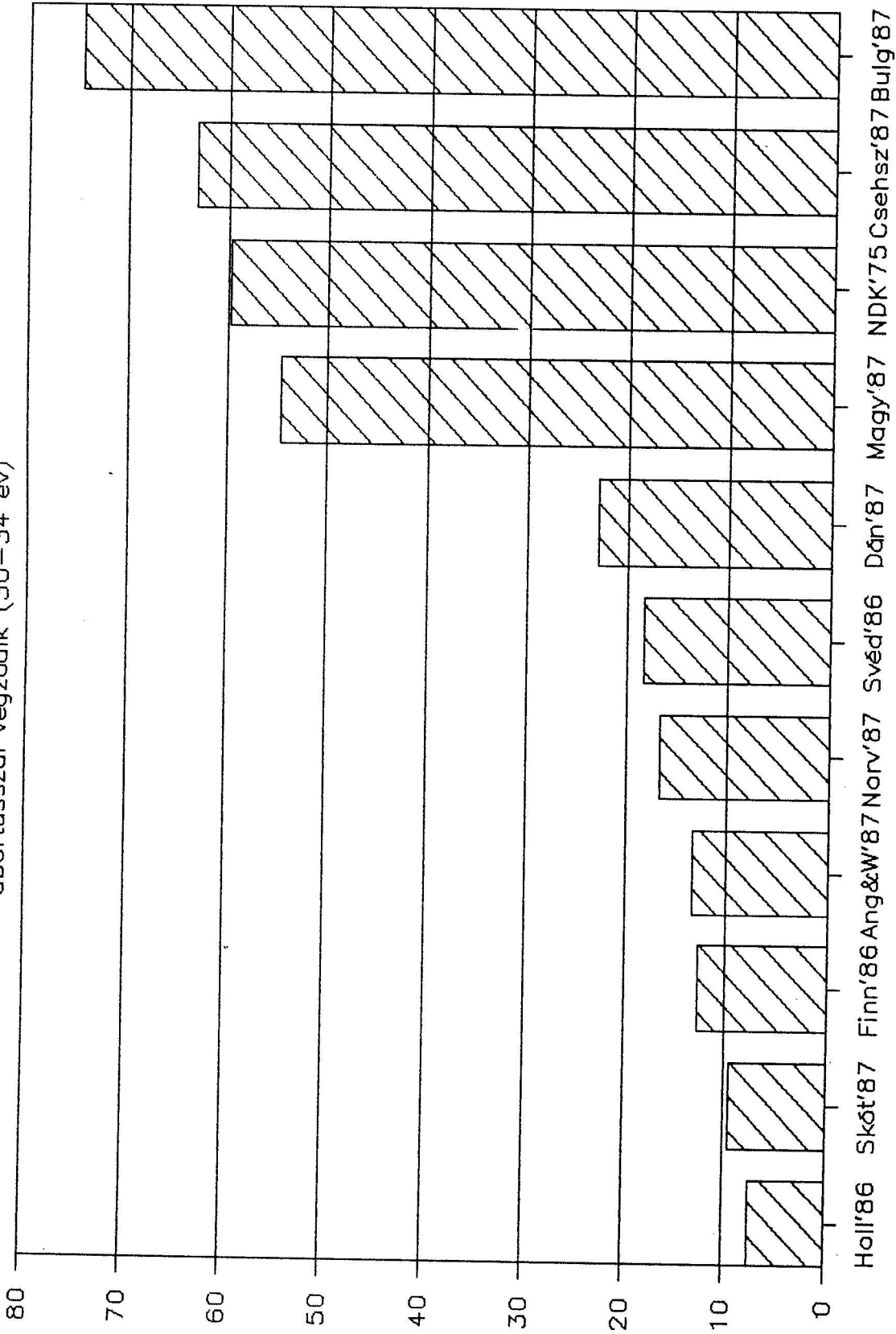
Holl'86 Skót'87 NDK'75 Ang&W'87 Finn'86 Norv'87 Magy'87 Svéd'86 Dán'87 Csehsz'87 Bulg'87

Száz ismertté vált terhességből
 abortusszal végződik (25-29 év)



Száz ismertté vált terhességből

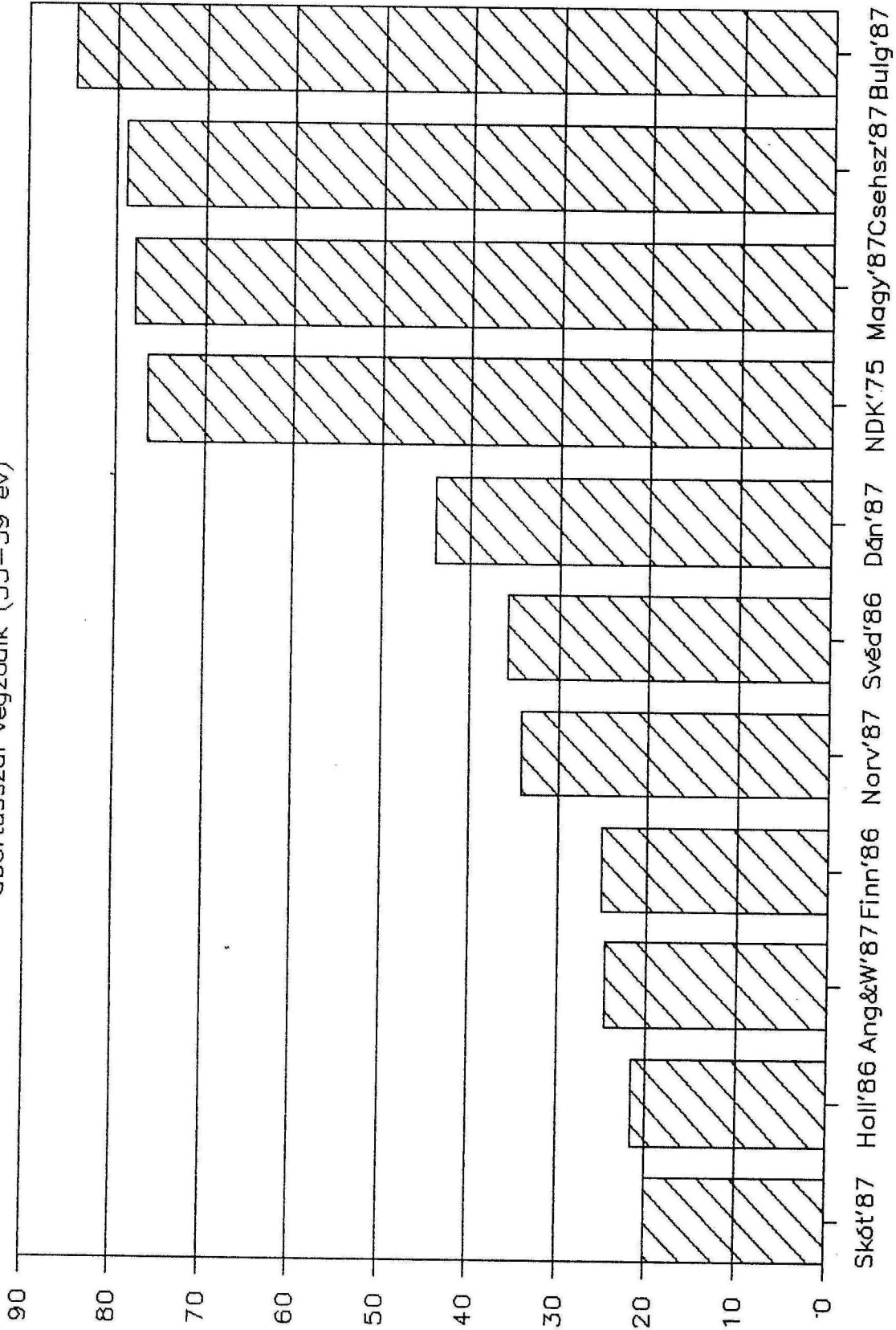
abortusszal végződik (30-34 év)



34. ábra

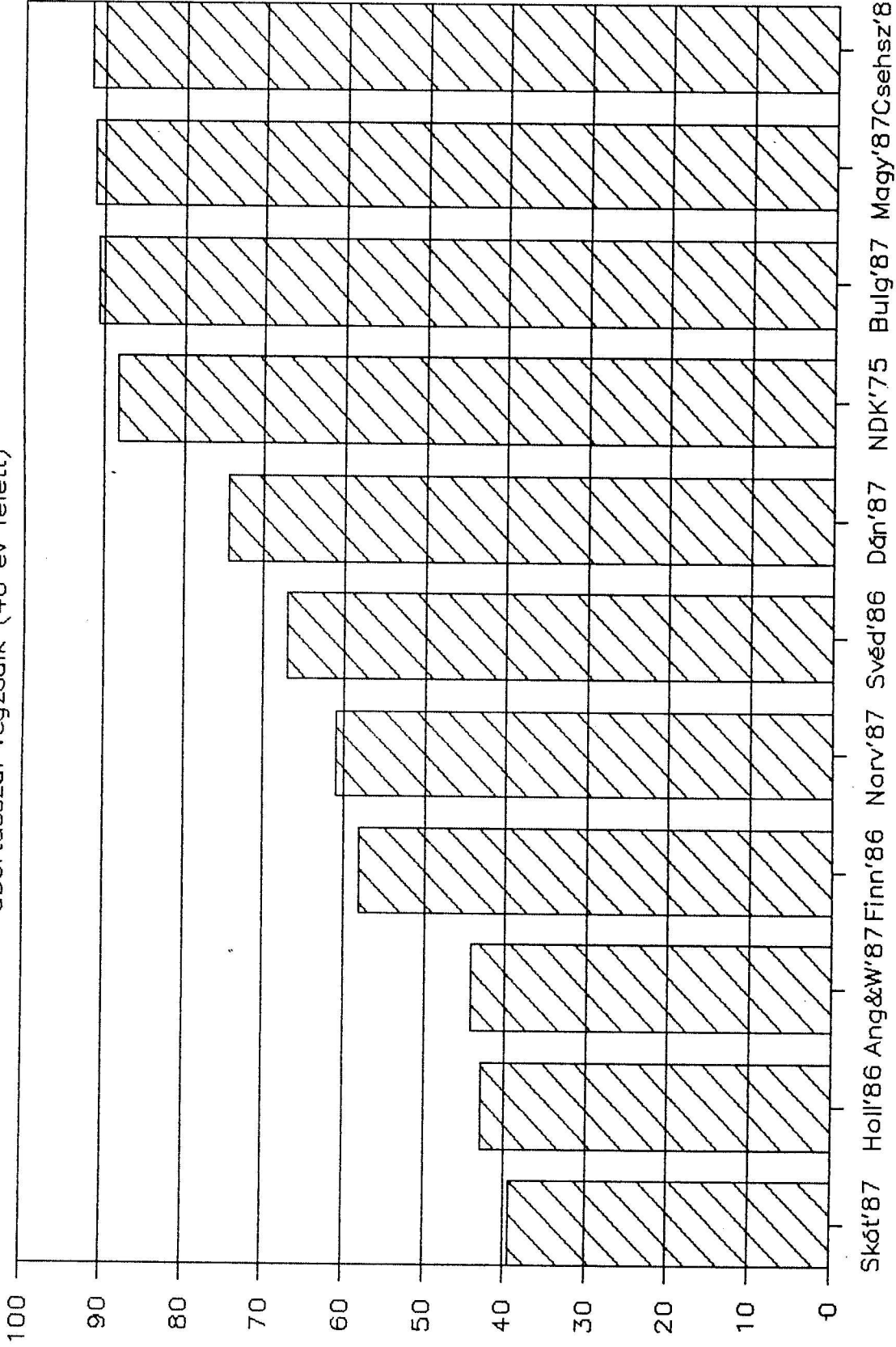
Száz ismertté vált terhességből

abortusszal végződik (35-39 év)



35. ábra

Száz ismertté vált terhességből
abortusszal végződik (40 év felett)



Látható, hogy az életkor előrehaladtával egyre előbbre kerülünk az összehasonlító ábrán.

Megállapítható tehát, hogy:

- a terhességmegszakítások indokainak feltárásával és törekvéssel azok kiküszöbölésére,
- intenzívebb foglalkozással a 30 év feletti szünetésszabályozási és fogamzásgátlási gyakorlatával,
- megfelelő egészségpolitikai, szociálpolitikai intézkedéssel

a megfogant terhességekből több lenne megtartható.

A terhességmegszakítás indoka, motívációja vizsgálatokor gyakorlatilag az egész szociálnépesedéspolitika problémaköre megjelenik. Vizsgálatainkból is kimutatható, hogy első helyen a megromlott házasság, a szociális körülmény, valamint az az indok szerepel, hogy nem kíván több gyermeket. Ez utóbbi indok azonban szervesen kapcsolódik az előző kettőhöz (XXVII. táblázat).

Ezekből az a következtetés vonható le, hogy a lakosság élet- és munkakörülményeinek javításával, megfelelő pedagógiai módszerek segítségével elő kell segíteni, hogy a valódi kapcsolatok tartósabbak legyenek. Megfelelő fogamzásgátló módszerek, eszközök biztosításával, megfelelő felvilágosítással (intézményrendszerrel) el kell érni, hogy a terhességmegszakítás valójában csak a végső lehetőség legyen.

Olyan szociális és gazdasági döntésekre van szükség, melyek védik a családok, és főként a nők biztonságát. Ehhez azonban arra is szükség van, hogy helyükre kerüljenek végre azok a morális értékek - s ebben az egyháznak komoly szerepe lehet - melyek védik és erősítik az emberi kapcsolatokat, a házasságot, a családok békéjét.

4. Az anya- és gyermekvédelem keretén belül van lehetőség további egészségpolitikai, szociálpolitikai intézkedésekre. Vizsgálataim és következtetésem szerint lehetőség van arra, hogy a terhést terhessége alatt **terhességi segély** (TES), illetve **terhességi díj** (TED) illesse meg. Feltételei és díjazása megfelelné a gyermekgondozási segély és díj feltételeivel, illetve mértékével.

A terhesgondozás szempontjából szemléletváltozást jelentene, hogy nem azt kell megindokolni ha egy terhes otthon kíván maradni, hanem azt ha dolgozni akar.

A TES, illetve a TED egymástól függetlenül a társadalom teherbíró képessége függvényében kerülhetne bevezetésre. Költségkihatása abszolút értékben nehezen megállapítható, viszonyításként viszont elmondható, hogy a terhesség 20. hetétől a TES 4, a TED 8 kórházi ápolási napnak megfelelő költségbe kerülne.

Tekintettel arra, hogy megyénként eltérő mértékben (29,1-59,7%) voltak a terhesek veszélyeztetett terhesként gondozva (29. ábra), illetve legalább egyszer 19,1-37,0%-uk kórházban volt, feltételezhető, hogy ezek a kiadások nem ilyen mértékben emelnék meg a társadalombiztosítási kiadásokat. Várható előnyei a következők:

- a terhes maga dönthet, hogy dolgozik-e vagy sem,
- illeszkedik a korábbi terhességgel, gyermekvállalással kapcsolatos szociálpolitikai intézkedésekhez,
- fokozhatja a gyermekvállalási kedvet,
- valószínű, hogy csökkenthető a kórházi ápolások száma, hosszabb távon gazdaságilag sem lenne előnytelen,
- a terhesgondozó vizsgálatok időben jobban szervezhetőek lennének.

7. AZ ÉRTEKEZÉS EREDMÉNYEINEK GYAKORLATI ALKALMAZHATÓSÁGA

A Család- és nővédelem hazai helyzetének keresztmetszeti vizsgálatai során a következő megállapítások tehetők a gyakorlat számára:

1. A CSNT hálózat megfelelő profil esetén fontos helyet foglalhat el az alapellátás, a speciális ambulanciák területén.
2. Mivel az alapellátás az egészségügy költségkímélő formája, ennek fejlesztése gazdasági szempontból is előnyös.
3. Eredeti célját, feladatát jobban hangsúlyozva, fejlesztendő a családtervezési tanácsadás.
4. A gyermek- és ifjúsági nőgyógyászati rendelések fejlesztése szükségszerű. A szakrendelések számának növelésére különösebb anyagi ráfordítás nélkül is reális lehetőség van.
5. Hosszabb távon számolni kell a pszichológus feladatának növekedésével.
6. Az új funkció, a szülésre felkészítés szervesen illeszthető a családvédelmi folyamatos gondozás láncolatába.
7. Egyes korábbi funkciói (pl. sikertelen terhességek utáni gondozás, meddőségi gondozás, stb) önálló speciális ambulanciákként jobban megfelelnek feladatuknak.

8. A hormonális fogamzásgátló tabletták és az intrauterin fogamzásgátló eszközök forgalmazásának adatai nem jelentik a valóságos alkalmazást is. Az egészségügyi tervezésnél, a választék bővítésénél a lehetséges alkalmazók körét és mértékét célszerű figyelembe venni.
9. A kidolgozott PID-index segítségével a kismencedei gyulladásos folyamat eloszlása objektívebben megítélhető, így a gondozói munkában jól alkalmazható.
10. A gyakorlat számára megfogalmazható cél a terhességmegszakítások számának csökkentése. Ez elősegíthető a terhességmegszakítások indokainak feltárásával, és törekvéssel azok kiküszöbölésére. Szükséges intenzívebben foglalkozni a 30 év feletti születésszabályozási és fogamzásgátlási gyakorlatával. Megfelelő egészségpolitikai, szociálpolitikai intézkedésekkel a megfogant terhességekből több lenne megtartható. Olyan szociális, gazdasági döntésekre van szükség, melyek védik a családok, és főképp a nők biztonságát. Azonban ehhez arra is szükség van, hogy helyükre kerüljenek végre azok a morális értékek, melyek védik és erősítik az emberi kapcsolatokat, a házasságot, a családok békéjét.
11. A kidolgozott terhességi segély, terhességi díj illeszkedik a korábbi terhességgel, gyermekvállalással kapcsolatos egészségpolitikai és szociálpolitikai intézkedésekhez. Alkalmazása során valószínű, hogy csökkenthető a kórházi ápolási napok száma, így hosszabb távon gazdaságilag sem lenne előnytelen.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenek előtt köszönetet mondok a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinika igazgatójának, Dr. Zsolnai Béla professzor úrnak mindazért a segítségért, mellyel lehetővé tette, hogy a korábban elkezdett munkámat a II Női Klinikán folytassam, megszerezsem, és a klinika aktív tudományos életében befejezzem.

Köszönetet kívánok mondani Dr. Bognár Zoltán főigazgató főorvos úrnak kit tanítványi hálával tisztelek, hogy munkámat elindította, segítette és segíti a mai napig is.

Köszönöm Dr. Őry Imre főtanácsos úrnak azt a lehetőséget, hogy az országos irányításban, szervezésben résztvehettem, megtanulva a szakmai körültekintést; tisztelni az anya-, nő- és gyermekvédelmet. Hálával tartozom Dr. Pintér Attila főtanácsos úrnak a sok segítségért, melyet értekezésem elkészítésekor kaptam, a humánus szemléletért, mely irányító, szervező munkájában érvényesül és munkatársaira is hat.

Hálásan köszönöm Dr. Klinger András főosztályvezető úrnak, a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság elnökének segítségét, Mészáros Arpád főosztályvezető úrnak baráti támogatását, mely kiterjedt a statisztikai munkában számomra nélkülözhetetlen segítségre és a gyakori baráti beszélgetésekre, biztatásokra. Dr. Szőnyi György osztályvezető főorvos úrnak, hogy pályám kezdete óta (azon kívül, hogy munkám szakmai irányítását végezte) mindig segítette tudományos érdeklődésemet. Köszönöm Dávid Jánosné és Sándor Editnek lelkiismeretes, fáradságos munkáját, melynek eredményeként az értekezés ebben a formában elkészült.

Köszönöm Szanyi Lászlónak a grafikai, Bognár Gyulának a fotó munkák elkészítését. Rajnai Gábornénak, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem könyvtárosának lelkiismeretes segítségét.

Megköszönöm a Schöpf-Merei Ágost kórházban és a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinikán dolgozó valamennyi kollegám biztatását, bátorítását, melyre munkám során sokszor szükségem volt.

Végül, de nem utolsó sorban köszönöm családomnak azt a megértést és lemondást, mellyel munkámat kísérték.

Mindezért köszönet és hála.

IRODALOM

Abrams, M.: Birth control use by teenagers. One and two years postabortion.

J.Adolesc.Health Care, 6, 196-200. 1985

Annus, J., Resch, B.: Heveny kismedencei gyulladás és a fogamzásgátlás kapcsolata.

Magy.Nőorv.L., 48, 296-300. 1985

Arnold, M.: Die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.I.

Das Krankenhaus, 79, 178-182. 1987

Asvall, J.E., Jardell, J.P., Nanda, A.: Evaluation of the European strategy for health for all by the year 2000.

Health Policy, 6, 239-258. 1986

Aszódi, I.: A fogamzásgátlás pszichológiája.

A DOTE Női Klinikájának kiadványai. Szülészet - Nőgyógyászat és Pszichoszomatika 4., 13.4. 25-31. 1986

Aszódi, I.: Serdülők szexuális magatartása és felelőssége.

Egészségnevelés, 28, 64-68. 1987

Az Egészségügyi Minisztérium 40.834/1976.sz. irányelve a család- és nővédelmi tanácsadási tevékenységhez.

Egészségügyi Közlöny, 36.16. 698-702. 1976

Balogh, Á., Lampé, L.: Az Anteovin kétfázisú kombinált fogamzásgátló vizsgálata.

Kézirat, 1983

Balogh, Á.: A hormonális fogamzásgátlók hatása egészséges nők LH, FSH, ösztradiol és progeszteron elválasztására.

Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1986.

Batár, I.: Nővédelem, családtervezés.

Medicina, Budapest, 1978

Batár, I.: A méhen belüli fogamzásgátló eszközök közvetlen és késői hatása a fertilitásra.

Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1980

Batár, I.: Nővédelmi tanácsadó - 10 év tapasztalat tükrében.

Demográfia, 27, 250-274. 1984

Batár, I., Lampé, L., Allonen Hannu: Klinikai tapasztalatok Nova-T IUD-vel.

Magy.Nőorv.L., 49, 95-99. 1986

Batár, I., Balogh, Z.: Hosszútávú IUD viselés során szerzett klinikai tapasztalatok.

Magy.Nőorv.L., 50, 99-104. 1987

Bericht über den Mutterschaftsurlaub Unterrichtung durch die Bundesregierung.

Deutscher Bundestag 10. Wahlperiode

Drucksache 10/5327 16.04.86.

Borsos, A., Csoknyay, J., Gödény, S., Horváth, Zs., Székely, P.: Tizenéves lányok egészségvédelme.

Magy.Nőorv.L., 47, 170-174. 1984

Borsos, A.: A női pubertás endokrin és szomatikus változásainak és a hormonális fogamzásgátlásnak gyermeknőgyógyászati kérdései.

Doktori értekezés, 1988

Bostock, Y., Leathet, D.S.: The role of mass media advertising campaigns in influencing attitudes towards contraception among 16-20 years olds.

Br.J.Fam.Planning, 8, 59-63. 1982

Burkman, R.T. and the Woman's Health Study: Association between intrauterine device and pelvic inflammatory disease.

Obstet.Gynecol., 57, 269-276. 1981

Bury, J.K.: Teenage pregnancy.

Br.J.Obstet.Gynecol., 92, 1081-1082. 1985

Cohen, J.: Clinical use of biphasic and triphasic Pills.

IPPF Med.Bulletin, 4, 1-2. 1985

Curran, J.W.: Economic consequences of pelvic inflammatory disease in the United States.

Am.J.Obstet.Gynecol., 138, 848-851. 1980

Czeizel, E., Fritz, G., Pataki, V.: Az optimális Családtervezési Modell az első év tükrében.

Népegészségügy, 67, 99-111. 1986

Csaba, I.: Az Anteovin bifázisos fogamzásgátlóval szerzett tapasztalataink.

Kézirat, 1983

Cseh, I., Gáti, I.: Az Anteovin klinikai vizsgálata (a készítmény hatása a cervixre és a hüvelyhámra).

Gyógyszereink, 35, 230-235. 1985

Cseh-Szombathy, L.: Családpolitika, családgondozás.

Cikkek, tanulmányok. Budapest, 65-81. 1985

Csernák, J.: Népesedéspolitika és család.

Népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés.

A Népeségtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései, 31, 96-108.
1987

Csömör, S.: Az Anteovín bifázisós fogamzásgátló vizsgálata.

Kézirat, 1983

Daling, J.R., Sapadioni, L.R., Emanuel, I.: Role of Induced Abortion
in Secondary Infertility.

Obstet.Gynecol., 57, 59-64. 1980

Dányi, D., Monigl, I.: Népesedéspolitikánk történeti előzményei és
alapkérdései.

Népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés.

A Népeségtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései, 31, 13-30.
1987

David, H.P.: Abortion policies. In Hodgson, J.E. (ed.): Abortion and
sterilization: Medical and social aspect.

Academic Press, New York, 1-40. 1981

David, H.P.: Abortion trends: United States. (előadás-kézirat)

WHO Európai Regionális Hivatal és a Magyar Család- és Nővédelmi
Tudományos Társaság Konferenciája. Budapest 1989

Demográfiai Évkönyv 1987. Magyarország népesedése.

Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 1988

Diczfalusy, E.: Családtervezés a XXI. században.

Magy.Nőorv.L., 48, 259-263. 1985

Diczfalusy, E.: Az Egészségügyi Világszervezet humán reprodukciós
programjának első tizenöt éve.

Magy.Nőorv.L., 50, 67-71. 1987

Donnay, F.: Abortion in Belgium. (előadás-kézirat)

WHO Európai Regionális Hivatal és a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája. Budapest 1989. június 5-6

Döring, G., Baur, S., Frank, P., Freundl, G., Suttong, M.: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1985.

Geburtsh.u.Frauenheilk, 46, 892-897. 1986

Dyer, C.: Contraceptives and the under 16s: House of Lords ruling.

Br.Med.J., 291, 1208-1209. 1985

Dytrych, Z.: Some biopsychosocial aspects of abortions in Czechoslovakia. (előadás-kézirat)

WHO Európai Regionális Hivatal és a Magyar család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája. Budapest 1989. június 5-6.

Eschenbach, D.A., Harnisch, J.P., Holmes, K.K.: Pathogenesis of acute pelvic inflammatory disease; role of contraception and other risk factors.

Am.J.Obstet.Gynecol., 128, 838-850. 1977

Farádi, L.: A gondozás, a gyógyító-megelőző ellátás módszere.

Orvosképzés, 53, 5-14. 1978

Farkas, M., Szigethy, A., Sas, M.: Az Anteovin klinikofarmakológiai vizsgálata.

Kézirat, 1983.

Farkas, M.: Fogamzásgátlók méhnyálkahártyára gyakorolt hatásának összehasonlító vizsgálata.

Orvosképzés, 60, 363-379. 1986.

Farkas, M.: A fiatalok terhességmegszakításának és fogamzásgátlásának hatása a termékenységre.

Magy.Nőorv.L., 50, 54-59. 1987

Fritsche, U.: Einige Aspekte zur Familienplanung und Bevölkerungsreproduktion.

Z.Gesamte Hyg., 33, 601-603. 1987

Fülöp, T.: Egészségügyi Szervezés. Tanulmányok.

Medicina, Budapest, 1978

Gáti, I., Kecskés, L., Doszpod, J., Preisz, J., Zernik, F.: Adatok az orális kontraceptívumok hatásmechanizmusához.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Évkönyve 1967/68. Pécs, 1969

Gáti, I.: Jelentés az Anteovin klinikai kipróbálásáról.

Kézirat, 1983

Gayer, Gy.: Irányelv (tervezet) a családvédelmi központok működésére.

Cikkek, tanulmányok, 65-82. 1985

Gimes, R., Csömör, S.: Háromfázisú fogamzásgátló alkalmazásával szerzett tapasztalataink.

Magy.Nőorv.L., 43, 501-504. 1980

Godó, Gy., Szigethy, A., Falkay, Gy., Sas, M.: A humán prolaktinszint bifázisos és Ovidonnal gátolt ciklus alatt.

Magy.Nőorv.L., 41, 289-294. 1978

Goldzieher, J.W.: The use of sequential estrogen and progestin to inhibit fertility.

West.J.Surg., 71, 187-192. 1963

Grimes, D.A.: Reversible contraception for the 1980s.

JAMA, 255, 69-75. 1986

- Grimmer, S.F., Orme, M.L.E.: The basic pharmacology, pharmacokinetics and drug interactions of hormonal contraceptives.
Br.J.Fam.Plann., 12, 38-42. 1986
- Groot, L.M.J.: Formen der Kooperation und Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aus internationaler Sicht.
Das Krankenhaus, 79, 274-280. 1987.
- Guillebaud, J.: Oral contraceptives in risk groups. Exclusion or monitoring?
Am.J.Obstet.gynecol., 163, 443-446. 1990
- Győri, Gy., László, J.: A kismencedei gyulladások gestagen kezelésével szerzett tapasztalatok.
Orv.Hetil., 105, 881-884. 1964
- Havard, J.D.J.: Teenagers and contraception.
Br.Med.J., 292, 508-509. 1986
- Heddy, J.: A Nemzetközi Családtervezési Szövetség Európai Regiojának története és jelentősége.
Demográfia, 28, 329-333. 1985
- Heinänen, A.: Nő- és családgondozási, valamint társadalombiztosítási tanácsadó szolgálat (előadás).
Finn-Magyar Családpolitikai Szeminárium Helsinki, 1986.09.17.
- Huber, J.: Neue Aspekte in der hormonellen Antikonzeption
Gynäk.Rdsch., 22, 227-229. 1982
- Illei, Gy.: Aktuális problémák a nő- és anyavédelem területén.
Népegészségügy, 56, 15-18. 1975

Illei, Gy.: A szülész feladata és felelőssége az anya- és nővédelemben.

Népegészségügy, 68, 369-372. 1987

IPPF Med.Bulletin, 14, 6. 1980

IPPF Med.Bulletin, 15, 1. 1981

IPPF Med.Bulletin, 18, 1. 1984

IPPF Med.Bulletin, 21, 1. 1987

Jandl-Jäger, E.: Aerztlich bestimmte Familienplanungsarbeit. Zwei Jahrzehnte Entwicklung in Österreich.

Pro Familia Magazin, 2, 4-5. 1985

Kalmuss, D.S.: Contraceptive use. A comparison between ever and never pregnant adolescents.

J.Adolesc.Health Care, 7, 332-337. 1986

Kamarás, F., Oroszi, Zs.: Házasság és család az 1970-es években.

Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1983

Kamarás, F.: Népesedéspolitika és termékenység.

Népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés.

A népességtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései, 31, 75-78.
1987

Karjalainen, T.: Családpolitikai programok Finnországban.

Finn-Magyar Családpolitikai Szeminárium. (előadás)

Helsinki, 1986.09.16.

- Kaufman, D.W., Shapiro, S., Rosenberg, L., Monson, R.R., Miettinen, O.S., Stolley, P.D., Slone, D.: Intrauterine contraceptive device use and pelvic inflammatory disease.
Am.J.Obstet.Gynecol., 136, 159-162. 1980
- Kay, C.R.: Oral contraceptives and health. The Royal College of General Practitioners Study.
Am.J.Epidemiol., 102, 458-474. 1975
- Kay, C.R., Hannaford, P.C.: Breast cancer and the pill - a further report from the Royal College of General Practitioners Oral Contraceptive Study.
Br.J.Cancer, 58, 675-680. 1988
- Kelly, W.R., Cutright, P.: Determinations of national family planning effort.
Population Research and Policy Review, 2, 111-130. 1983
- Khomassuridze, A.G.: Induced abortion in the USSR. (előadás- kézirat)
WHO Európai Regionális Hivatal és a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája. Budapest 1989
- Kleimman, R.L.: Hormonal contraception
IPPF Medical Publications, London, 1990
- Klinger, A., Monigl, I.: Népesedés és népesedéspolitika Magyarországon az 1970-es és 1980-as években.
Demográfia, 24, 395-413. 1981
- Klinger, A.: Demográfiai helyzet és hormonális fogamzásgátlás.
Magy.Nőorv.L., 45, 109-115. 1982

- Klinger, A.: A népesedéspolitika távlati koncepciója; megvalósulás és teendők az előttünk álló években.
Népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés.
A Népeségtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései, 31, 31-39.
1987
- Kolláth, Gy., Pordán, E.: Az egészségügy megújításának közigazgatási alapkérdései (problematika, következtetések, célok és javaslatok).
Szociális és Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 1988 (kézirat)
- Lachnit, M.: Bericht über die erweiterte klinische Prüfung eines neuen Zwei-Stufen-Präparates.
Ther.d.Gegenw., 113, 1486-1489. 1974
- Lampé, L., Batár, I., Borsos, A.: családtervezés, népesedéspolitika, fogamzásgátlás, gyermeknőgyógyászat.
Kiegészítő nőgyógyászati jegyzet, DOTE 1976
- Lampé, L.: A szüléset-nőgyógyászat a XX. században.
Orv.Hetil., 128, 2027-2034. 1987
- Landgren, B.M., Balogh, Á., Shin, M.W., Lindberg, M., Diczfalusy, E.:
Hormonal effects of the 300 μ g norethisterone (NET) minipill.
Contraception, 20, 585-605. 1979
- Landgren, B.M., Diczfalusy, E.: Hormonal effects of the 300 μ g norethisterone (NET) minipill.
Contraception, 21, 87-113. 1980
- Lehfeldt, H.: Abruptio oder Kontraception? Die Situation in verschiedenen Staaten.
Sexualmedizin, 3, 94-97. 1982

Litt, J.F.: Adolescent Medicine.

JAMA, 258, 2230-2231. 1987

Lóránt, J.: Anya- és gyermekvédelmünk 10 éves fejlődése.

Népegészségügy, 36, 4-5. 1955

Löffler, A., Neumann, H.G., Kneuppel, K.: Das sich wandelnde aufgabenspektrum in der ehe- und sexualberatung (ESB).

Z.Gesamte Hyg., 33, 156-158. 1987

Mányi, G.: (szerk.) Társadalomegészségügy és egészségügyi szervezés II.

OTKI, Budapest, 1986

Máthé, J., Veres, L., Surányi, S.: Az intrauterin fogamzásgátlás gyulladásszerű kockázata 10.000 eset tapasztalatai alapján.

Magy.Nőorv.L., 43, 223-226. 1980

McIntosh, N.: Baby of a schollgirl.

Arch.Dis.Child., 59, 915-917. 1984

Mehra, L.: Technical role of WHO in abortion care and research. (előadás)

WHO Európai Regionális Hivatal és a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája. Budapest 1989

Mészáros, Á., Miklósi, M.: A serdülőkorúak szexuális ismereteinek megfigyelésére irányuló próbafelvétel néhány megállapítása.

Demográfia, 29, 269-273. 1986

Mészáros, Á.: Termékenységi különbségek, családtervezési szokások, születésszabályozási magatartások 1966-1986.

Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 1989

- Miltényi, K.: Népesedéspolitikánk néhány kérdése.
Demográfia, 1, 11-24. 1958
- Minisztertanács 1040/1973./X.18./ határozata a népesedéspolitikai feladatokról.
Egészségügyi Közlöny, 23, rksz. 1973
- Neumann, H.G., Loeffler, A., Eilitz, B.: Möglichkeiten socialmedizinischer betreuung junger mädchen nach einer interruptio.
Arztl.Ugendkd., 78, 190-195. 1987
- Nygren, K.G., Allonen, H., Nielsen, N.C., Luukainen, T., Pyörälä, T.: Nova-T und Kupfer-T im Fünfjahresvergleich.
Geburtsh.u.Frauenheilk., 44, 180-184. 1984
- O'Neill, C.J.: Bevölkerungspolitik und niedrige Fertilität in West und Nordeuropa.
Beiträge zur Demographia, 8, 123-143. 1984
- Oroján, I., Godó, Gy., Rapcsák, V., Annus, J.: Gyulladásos szövődmények méhen belüli fogamzásgátlók viselése mellett.
Magy.Nőorv.L., 41, 453-456. 1978
- Oroján, I., Godó, Gy., Daru, J., Annus, J., Rapcsák, V.: A fertilitás alakulása a méhen belüli fogamzásgátló eszközök eltávolítása után.
Magy.Nőorv.L., 44, 68-72. 1981
- Oroszi, Zs.: A pronatalista népesedéspolitika lehetőségei. (Tíz éve házasodott nők véleménye a további gyermekvállalás feltételeiről).
A Népeségtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései, 29, 157-170. 1985

Ory, H.W.: The noncontraceptive health benefits from oral contraceptive use.

Fam.Plann.Perspect., 14, 182-184. 1982

Osser, S., Liedholm, D., Slöberg, N.O.: Risk of pelvic inflammatory disease among users of intrauterine devices, irrespective of previous pregnancy.

Am.J.Obstet.Gynecol., 138, 864-867. 1980

Óry, I.: Beszéd, előadások (1975-1984.)

Óry, I.: Az 1973-as népesedéspolitikai határozat hatása az anya- és nővédelemre (előadás).

Szülész-nőgyógyász szakfelügyelő értekezés, Budapest 1987

Peel, J., Potts, M.: Textbook of Contraceptive Practice.

Cambridge University Press 1970

Pilishegyi, J., Gáti, I., Verő, T., Gulyás, P., Pálffy, I., Pethesné Pulay, Á.: Orális fogamzásgátlókat szedő nők prospektív vizsgálatának előkészítése.

Magy.Nőorv.L., 45, 307-311. 1982

Pilishegyi, J., Sárvári, J.: A kétfázisú Anteovin tartós alkalmazásával szerzett tapasztalataink, összehasonlítva az alacsony dózisú Rigevidonnal.

Magy.Nőorv.L., 50, 92-95. 1987

Pintér, A., Czeizel, E.: A házasság előtti tanácsadás továbbfejlesztése.

Népegészségügy, 69, 331-337. 1988

Pongrácz, T.: A serdülőkorúak fogamzásgátlási magatartásának és terhességmegszakításának nemzetközi és magyarországi jellemzői.

Demográfia, 28, 199-214. 1985

Pongrácz, T.: Serdülőkori terhességek társadalmi-demográfiai vonatkozásai.

Kandidátusi értekezés. 1988

Population Reports Series A 3 (1982) Oral contraceptives in the 1980.

Prössdorf, K.: Das Krankenhaus als Kostenfaktor im Gesundheitswesen
Das Krankenhaus, 79, 295-300. 1987

Rákóczi, I.: A fogamzásgátló tabletták előnyös (nem kontraceptív) hatása.

Magy.Nőorv.L., 48, 85-88. 1985

Rákóczi, I.: A hormonális fogamzásgátlók szövődményei és előnyös hatásai.

Gyógyszereink, 37, 193-198. 1987

Rákóczi, I., Gerő, Gy.: Újabb lehetőségek a fogamzásgátlásban. in:
Gáti, I. (ed.): A szülészet és nőgyógyászat időszerű kérdései.

Medicina, Budapest, 187-195. 1987

Rivlin, M.E., Morrison, J.C., Bates, G.W.(ed.): Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology.

Little, Brown and Company Boston (Toronto 1986)

Rock, I., Pincus, G., Garcia, C.R.: Effects of certain 19-nor steroids on the normal human menstrual cycle.

Science, 124, 891-899. 1956

Royal College of General Practitioners: Oral contraceptive study.
Pregnancy after oral contraception.

Lancet, 2, 555. 1976

- Royal College of General Practitioners: Oral contraceptive study: The outcome of pregnancy in former contraceptive users.
Br.J.Obstet.Gyneecol., 83, 608.1976
- Royal College of General Practitioners: Oral contraceptive study: Mortality among oral contraceptive users.
Lancet, 3, 727-731. 1977
- Royal College of General Practitioners: Oral contraceptive study: Further analysis of mortality in oral contraceptive users.
Lancet, 1, 541-546. 1981
- Rubin, G.L., Ory, H.W., Layde, P.E.: Oral contraceptives and pelvic inflammatory disease.
Am.J.Obstet.Gynecol., 144, 630-635. 1982
- Sachs, B.P., Layde, P.M., Rubin, G.L., RoCHAT, R.W.: Reproductive mortality in the United States.
JAMA, 247, 2789. 1982
- Sas, M.: A nő társadalmi helyzete napjainkban.
Népegészségügy, 53, 267-274. 1972
- Sas, M.: A hormonális antikonceptio 25 éve.
Orv.Hetil., 123, 195-200. 1982
- Sas, M.: Klinikai jelentés az Anteovin vizsgálatáról.
Kézirat, 1983
- Senanayake, P., Kramer, D.G.: Contraception and the etiology of pelvic inflammatory disease: new perspectives.
Am.J.Obstet.Gynecol., 138, 852-957. 1980
- Seregély, Gy.: A fogamzásgátló készítmények és módszerek trendje.
Med.Univ., 20, 93-97. 1987

- Seregély, Gy.: Az Anteovín többirányú vizsgálatainak eredményei.
Gyógyszereink, 38, 161-165. 1988
- Siklósi, Gy., Bakos, L., Csömör, S., Marcsek, Z., Olajos, F.: Episodic secretion of hormones and the diagnostic value of single blood estimates I. LH, FSH, Prolactin.
Acta Med.Hung., 41, 195-202. 1984
- Siklósi, Gy., Siklós, P., Hintalan, A., Olajos, F., Marcsek, Z.: Episodic secretion of hormones and the diagnostic value of single blood II. Progesterone, Oestradiol and Oestrone.
Acta Med.Hung., 41, 203-211. 1984
- Starke, K.: (ed.:) Ehe-, Familie- Sexualverhalten.
Vorbereitung auf Ehe und Familie Sexualverhalten Jugendlicher.
Leipzig, 1983
- St.John, R.K., Brown, S.T., Tyler jr., C.W.: Pelvic inflammatory disease, 1980
Am.J.Obstet.Gynecol., 138, 845-847. 1980
- Strohbach, E.: Zum Zusammenhang zwischen demografischer reproduction und bevölkerungsentwicklung.
Z.Gesamte Hyg., 33, 161-162. 1987
- Szabady, E.: A népesség reprodukciója: a termékenység alakulása az elmúlt harminc évben.
Demográfia, 12, 163-181. 1975
- SzereDAY, Z., Oroján, I., Szontágh, F.: Fogamzásgátlás méhen belüli eszközökkel. (IUD)
Orvosképzés, 46, 330-342. 1971

Székely, J.: Terhesség és szülés serdülőkorban.
Magy.Nőorv.L., 40. 297-304. 1977

Szülészeti Rendtartás Statisztikájának Adatai 1931-1973
Egészségügyi Minisztérium, Budapest 1975

Tauffer, V.: Az új Szülészeti Rendtartás törvénytervezetének elő-
tanulmánya és anyagának ismertetése.
Budapest, Magyar Királyi Állami Nyomda 1934

Temmerman, M., Amy, J.J., Thiery, M.: International handbook on
abortion. Belgium.
Greenwood Press, 1988

Thorogood, M., Vessey, M.P.: An epidemiologic survey of cardiovascular
disease in women taking oral contraceptives.
Am.J.Obstet.Gynecol., 163, 274-281. 1990

Tiba, J.: A szülésre felkészítés történetéről és a hazai megvalósítás
lehetőségeiről.
Magy.Nőorv.L., 49, 131-132. 1986

Tiba, J., Paál, M., Romvári, Á., B.Várfalvi, M.: A szülésznő
lehetőségei a szülésre felkészítésben és a szülés alatti
pszichofizikális támogatásban.
Népegészségügy, 68, 283-285. 1987

Tiba, J., Paál, M.: A szülésre felkészítő munkacsoport kialakítása és
működési területe.
Népegészségügy, 68, 131-133.

Tiborc, G.: Anya-, csecsemő- és gyermekvédelem.
Népegészségügy, 51, 82-85. 1970

- Tietze, C.: Legal abortion in the world today. In Pregnancy Terminations: Procedures, Safety and New Developments. (Zatuchni, G.J., Sciarra, J.J., Speidel, J.J. eds.) 406-415. Harper and Row, Hagerstown, Maryland 1979
- Tietze, C., Henshaw, S.: Induced abortion. A World Review, 6th Edition The Alan Guttmacher Institute, 1986
- UK National Case-Control Study Group: Oral contraceptive use and breast cancer risk in young women. Lancet, 1, 973-982. 1989
- Vekemans, K., Dohmen, B.: Induced abortion in Belgium: clinical experience and psychosocial observations. Studies in Family Planning, 13, 355-369. 1982
- Vessey, M.P., Wright, N.H., McPherson, K., Wiggins, P.: Fertility after stopping different methods of contraception. Br.Med.J., 1, 265-271. 1978
- Vessey, M.P., Smith, M.A., Yeates, D.: Return of fertility after discontinuation of oral contraceptives. Br.J.Fam.Plann., 11, 120-124. 1986.
- Weström, L., Begtsson, L.P., Mardh, P.A.: The risk of PID in women using intrauterine devices as compared to nonusers. Lancet, 2, 221-224. 1976
- Weström, L.: Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrial countries. Am.J.Obstet.gynecol., 138, 880-892. 1980
- World Health Organization: Targets for Health for All. WHO Regional Office of Europe Copenhagen, 1985

World Health Organization: Evaluation of family planning programmes.
WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 1985

World Health Organization: Report on international financial resources for maternal child health and family planning. Maternal and Child Health Unit Division of Family Health.
WHO, Geneva, 1985

Zalányi, S., Landgren, S.M., Johannisson, E.: Pharmacokinetics, pharmacodynamic and endometrial effects of single dose of 200 mg norethisterone enanthate.
Contraception, 30, 225-237. 1984

Zoltán, I.: A nővédelem, mint a gondozás sajátos formája.
Orvosképzés, 53, 29-30. 1978

Zoltán, I.: Anya- és csecsemővédelmünk 40 éve.
Népegészségügy, 66, 129-136. 1985

Zsolnai, B.: Előterjesztés az Egészségügyi Tudományos Tanács ülésén. A szülészeti és nőgyógyászati szakellátás hazánkban 1973 után.
Kézirat, 1984

Zsolnai, B.: A születésszabályozási módszerek alkalmazásának tapasztalatai. A termékenység, családtervezés, születésszabályozás jelene és jövője.
Statisztikai Kiadó Vállalat, Budapest, 135-154. 1984

Zsolnai, B.: A szülészeti ellátás fejlődése, eredményei és jövőbeni feladatai.
Demográfia, 28, 215-243. 1985

Zsolnai, B.: Anyai halálozás szülészeti események kapcsán 1986-ban (statisztikai, klinikai és halálloki elemzés)
Népegészségügy, 68, 337-348. 1987

AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBŐL KÉSZÜLT KÖZLEMÉNYEK
ÉS ELŐADÁSOK JEGYZÉKE

KÖZLEMÉNYEK

Garamvölgyi Gy., Oláh K., Nagy F.: Az intrauterin fogamzásgátlás.
Egészségügyi Munka, 27, 169-170. 1980

Garamvölgyi Gy.: Család- és nővédelmi tanácsadás; lehetőség a korszerű gondozásra.
Demográfia, 26, 181-184. 1983

Kovács L., Batár I., Garamvölgyi Gy.: A negatív családtervezés helyzete és várható fejlődése (következtetések és javaslatok).
Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére írt tanulmány. Kézirat, 1983

Aszódi I., Garamvölgyi Gy.: Fiatalok szexuális magatartása.
Előkészítés a házasságra és a családi életre.
Orv.Hetil., 124, 775-776. 1983

Garamvölgyi Gy., Ádám J.: A Proxilan 300 alkalmazása nőgyógyászati gyulladássos folyamatokban.
Gyógyszereink, 33, 258-262. 1983.

Ádám J., Garamvölgyi Gy.: Vizsgálatok kétfázisú antikoncipienssel, az Anteovinnal.
Med.Univ., 17, 329-331. 1984

Aszódi Á., Aszódi I., Barkay L., Garamvölgyi Gy., Kádár Z.: A gyermektelen házasság.
Orv.Hetil., 125, 3258. 1984

Ádám J., Garamvölgyi Gy.: Examinations with Anteovin, a biphasic contraceptive.
Ther.Hung., 32, 176-180. 1984

Oláh K., Garamvölgyi Gy., Gyarmati I.: A tizenévesek szexuális felvilágosításának szerepe a családtervezésben. A termékenység, családtervezés, születésszabályozás jelene és jövője. Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 115-116. 1984

Garamvölgyi Gy., Ba J., Székely, I.: A 35 éven felüliek fogamzásgátlása. A termékenység, családtervezés, születésszabályozás jelene és jövője. Statisztikai kiadó Vállalat Budapest, 161-162. 1984

Garamvölgyi Gy., Székely I., Ba J.: Adatok az egyedülálló nők fogamzásgátlásához. A termékenység, családtervezés, születésszabályozás jelene és jövője. Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 163. 1984

Garamvölgyi Gy.: Follow-up study of fertility after the use of contraceptive tablets. Ther.Hung., 34, 102-106. 1986

Garamvölgyi Gy.: Gondolatok a házasságkötés előtti tanácsadásról. Demográfia, 29, 450-451. 1986

Várady E., Vajda Z., Véghelyi P., Zsolnai B., Garamvölgyi Gy.: Mycoplasma and chlamydia: maternal colonization, pregnancy loss and premature delivery. Ann.Immunol.Hung., 26, 927-938. 1986

Garamvölgyi Gy.: Az életkor és a fogamzásgátló tabletta. Magy.Belorv.Arch., 39, 19-24. 1986

Várady E., Vajda Z., Véghelyi P., Garamvölgyi Gy.: A genitális mycoplasma és chlamydia fertőzés jelentősége terhességben. Magy.Pediát., 20, 219. 1986

Garamvölgyi Gy., Ba J.: Fogamzásgátló tabletták szedése utáni fertilitás követéses vizsgálata. Gyógyszereink, 36, 203-206. 1986

- Garamvölgyi Gy., Gyarmati I., Pajor A.:** Az orális ketokonazol kezelés eredményessége hüvelyi mikózisban.
Gyógyszereink, 37, 276-278. 1987
- Hintalan A., Matányi S., Pajor A., Garamvölgyi Gy.:** A fiatalok szülése és a kiegyensúlyozott család. A családstabilitás befolyásolhatósága.
Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 88-103. 1987
- Garamvölgyi Gy., Pajor A.:** Az Anteovin helye a fogamzásgátló tabletták sorában.
Gyógyszereink, 37, 107-111. 1987
- Matányi S., Hintalan A., Garamvölgyi Gy.:** A nők egészségi állapotát és termékenységet kímélő aspirációs terhességmegszakítás. A családstabilitás befolyásolhatósága.
Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 107-111. 1987
- Garamvölgyi Gy.:** A Család- és Nővédelmi Tanácsadók feladata, a jelen problémái és a fejlődés útja.
Demográfia, 30, 102-108. 1987
- Garamvölgyi Gy., Pajor A., Lintner F.:** Importance of oral ketoconazole in family planning especially in women using intra-uterine device.
Ther.Hung., 36, 20-24. 1988
- Garamvölgyi Gy., Ba J., Lintner F.:** Az Anteovin terápia protektív szerepe kismencedei gyulladásokban.
Magy.Nőorv.L., 51, 236-239. 1988
- Hintalan A., Pajor A., Csömör S., Garamvölgyi Gy.:** Fiatalok terhesek gondozása.
Magy.Nőorv.L., 51, 294-298. 1988
- Sz.Bán J., Matányi S., Garamvölgyi Gy.:** A változókor pszichés elfogadása. Az időskorú népesség társadalmi, egészségügyi és családi problémái.
Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 191-193. 1988

- Garamvölgyi Gy., Hamar O., Sásdi A.: Az Anteovin hosszantartó használatával kapcsolatos megfigyeléseink.
Gyógyszereink, 38, 273-277. 1988
- Garamvölgyi Gy., Csömör S., Kazy Z., Hintalan A.: Csökkentett hatóanyag-tartalmú Klion-D hüvelytabletta szerepe a család- és nővédelmi gondozásban.
Magy.Nőorv.L., 52, 38-40. 1989
- Garamvölgyi Gy., Pajor A., Lintner F., Csömör S., Hamar O.: Az alacsony dózisú monofázisú (Rigevidon) és a kétfázisú (Anteovin) hormonális fogamzásgátló tablettákkal szerzett tapasztalatok.
Magy.Nőorv.L., 52, 226-228. 1989
- Garamvölgyi Gy.: A Klion-D 100 hüvelytabletta preventív szerepének vizsgálata.
Med.Univ., 22, 93-94. 1989
- Garamvölgyi Gy.: A Család- és Nővédelmi Tanácsadók feladata. Család, egészség, szociálpolitika.
Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 69-81. 1989
- Hamar O., Garamvölgyi Gy.: Szülészeti anaesthesiológiai gondozás. Család, egészség, szociálpolitika.
Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 111-112. 1989
- Sz.Bán J., Garamvölgyi Gy.: A szülésre felkészítés nővédelmi programja. Család, egészség, szociálpolitika.
Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 118-123. 1989
- Hamar O., Garamvölgyi Gy., Sebestyén A.: Aneszteziológiai előadás a szülésre előkészítő tanfolyamon.
Egészségnevelés, 30, 11-12. 1989

Hintalan A., Csömör S., Garamvölgyi Gy., Soltész K.: Fiatalkorú terhesek gondozása. Csökkenthetők-e a biológiai és szociális hátrányok? Család, egészség, szociálpolitika.

Statisztikai Kiadó Vállalat Budapest, 97-103. 1989

Hamar O., Garamvölgyi Gy.: Nemzetközi felmérés a szülészeti aneszteziológiai ambulanciákról.

Anaesthesiologia és Intenzív Therapia, 19, 163-166 1989

Pajor A., Kazy Z., Garamvölgyi Gy., Siklósi Gy.: Cervical dilatation of F₂-alfa prostaglandin.

Akusersztvo i Ginekologia, 5, 67-68. 1989

Sebestyén A., Pajor A., Zsolnai B., Bakos L., Garamvölgyi Gy.,

Lintner F.: 14. hétnél nagyobb terhességek megszakítása prosztaglandin F₂-alfa (Enzaprost F) intrauterin alkalmazásával.

Magy.Nőorv.L., 53, 147-150. 1990

Garamvölgyi Gy.: Az Anteovin hatásának hormonális nyomonkövetése, különös tekintettel a reverzibilitásra.

Ther.Hung. megjelenés alatt.

Hamar O., Garamvölgyi Gy.: Obstetrical outpatient clinics: An international survey.

Int.J.Obstet.Gynecol., 33, 235-238. 1990

Garamvölgyi Gy.: Tájékoztató gyorsvizsgálat Tri-Regol tablettával orális kontracepciót alkalmazó nőkn.

Gyógyszereink, megjelenés alatt.

Garamvölgyi Gy.: Készítményváltás Tri-Regolra más orális kontraceptívumról.

Gyógyszereink, megjelenés alatt.

Hamar, O., Garamvölgyi, Gy.: Fentanyl-Midazolam-Flumazenil anaesthesia for induced abortion

Int.J.Obstet.Gynecol., 30, 69. 1989

ELŐADÁSOK

Garamvölgyi Gy.: Az ifjúság egészségvédelme, mint a nő- és családvédelem része.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Debrecen, 1976

Garamvölgyi Gy.: Az egészségnevelési feladatok szülészeti osztályunkon.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1978

Garamvölgyi Gy.: Egészségnevelés, mint kórházi feladat.

Egészségnevelési Tudományos Konferencia Budapest, 1980

Garamvölgyi Gy.: Tapasztalataink a komplex kórházi egészségnevelés területén.

Egészségnevelési Tudományos Konferencia Pécs, 1981

Oláh K., Garamvölgyi Gy.: A tizenévesek szexuális felvilágosításának jelentősége a családtervezésben.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1982

Garamvölgyi Gy., Székely I., Ba J.: Az egyedülálló nők fogamzásgátlása.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1982

Garamvölgyi Gy., Ba J., Székely I.: A 35 éven felüliek fogamzásgátlása.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1982

Garamvölgyi Gy.: Család- és Nővédelmi Tanácsadás; lehetőség a korszerű gondozásra.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája Budapest, 1982

Garamvölgyi Gy., Oláh K.: Postcoitalis fogamzásgátló tabletta szedése kapcsán észlelt mellékhatások.

A születésszabályozás modern módszereinek hatása a női szervezetre.

Tudományos Ülés Debrecen, 1985

Várady E., Vajda Z., Véghelyi P., Garamvölgyi Gy.: A genitális mycoplasma és chlamydia infekció jelentősége terhességben.

Szülész-Gyermekorvos Együttműködés a Perinatalis Ellátásban Kongresszus Szeged, 1986

Garamvölgyi Gy.: A hormonális fogamzásgátlók és az ektocervix kóros hámelváltozásainak összefüggése.

A Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciójának Tudományos Ülése Budapest, 1986

Garamvölgyi Gy.: A Család- és Nővédelmi Tanácsadók feladata, a jelen problémái és a fejlődés útja.

Finn-Magyar családpolitikai Szeminárium Helsinki, 1986

Garamvölgyi Gy.: A házasságkötés előtti tanácsadás jelene és a jövő útjai.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája Budapest, 1986

Matányi S., Hintalan A., Garamvölgyi Gy.: A nők egészségi állapotát és termékenységét kímélő aspiratios terhességmegszakítás.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1986

Hintalan A., Matányi S., Pajor A., Garamvölgyi Gy.: A fiatalok szülése és a kiegyensúlyozott család.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1986

Sz.Bán J., Matányi S., Garamvölgyi Gy.: A változókor pszichés elfogadása.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Pécs, 1987

Garamvölgyi Gy., Sz.Bán J., Matányi S.: Cervix-program, mint a Család- és Nővédelmi Tanácsadóban folyó egészségmegőrzési program része.

Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciójának Tudományos Ulése Budapest, 1988

Sz.Bán J., Garamvölgyi Gy.: Betegségtudat - félelem - fóbia - a szűrés a folyamatos gondozás vetületében.

Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciójának Tudományos Ulése Budapest, 1988

Garamvölgyi Gy., Pajor A., Lintner F., Csömör S., Hamar O.: Többfázisú és alacsony dózisú monofázisú hormonális fogamzásgátló tablettákkal nyert tapasztalatok.

Tudományos Ulés Dr. Zsolnai Béla egyetemi tanár 60. születésnapja tiszteletére Budapest, 1988

Garamvölgyi Gy.: A Család- és Nővédelmi Tanácsok feladata.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1988

Hintalan A., Csömör S., Garamvölgyi Gy., Soltész K.: Fiatalkorú terhesek gondozása. Csökkenthető-e a biológiai és szociális hátrányok?

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1988

Hamar O., Garamvölgyi Gy.: Szülészeti anaesthesiai tanácsadás.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1988

Sz.Bán J., Garamvölgyi Gy.: A szülésre felkészítés nővédelmi programja.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1988

Oláh K., Gyarmati I., Villányi P., Szatlóczy E., Zalay L., Garamvölgyi Gy., Kovács F., Végh M.: A módosított Corontin hüvelykuppával szerzett tapasztalatok.

Magyar Nőorvos Társaság XXIII. Nagygyűlése Budapest, 1988

Garamvölgyi Gy., Pajor A., Lintner F., Konczwald L., Hintalan A., Csömör S.: A csökkentett hatóanyagtartalmú Klion-D hüvelytabletta alkalmazásának lehetőségei.

Magyar Nőorvos Társaság XXIII. Nagygyűlése Budapest, 1988

Sz.Bán J., Garamvölgyi Gy.: A pszichofizikális szülésselőkészítés hatáselemzésének lehetőségei.

Magyar Nőorvos Társaság XXIII. Nagygyűlése Budapest, 1988

Hamar O., Garamvölgyi Gy., Sásdi A.: Szülészeti anaesthesiologiai ambulancia.

Magyar Nőorvos Társaság XXIII. Nagygyűlése Budapest, 1988

Garamvölgyi Gy., Siklósi Gy., Olajos F., Pajor A., Lintner F.: Kétfázisú hormonális tabletták hatása a szérum E_2 , progeszteron, prolaktin szintre.

Magyar Nőorvos Társaság XXIII. Nagygyűlése Budapest, 1988

Garamvölgyi Gy., Sásdi A., Bakos L.: Antikonceptívumok alkalmazása hypertóniás betegekben.

Magyar Nőorvos Társaság XXIII. Nagygyűlése Budapest, 1988

Hintalan A., Garamvölgyi Gy., Bánhidny F., Csömör S.: Kissúlyú újszülöttet szült fiatalkorú anyák néhány orvos-szociológiai jellemzője.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Tudományos Ülése Tatabánya, 1989

Garamvölgyi Gy., Sebestyén A., Riad K., Hintalan A.: A terhesség-megszakítás hazai gyakorlata.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Tudományos Ülése Tatabánya, 1989

Garamvölgyi Gy., Sebestyén A., Riad K., Hintalan A.: Az anyavédelem szociálpolitikai kérdései.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Tudományos Ülése Tatabánya, 1989

Sebestyén A., Garamvölgyi Gy., Hintalan A., Matányi S.: A terhesség- megszakítás kiméletes módszerei klinikánkon.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Tudományos Ulése Tatabánya, 1989

Garamvölgyi Gy.: Család- és Nővédelem Magyarországon.

A Japán Családtervezési Szövetség és a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Tudományos Ulése Budapest, 1989

Garamvölgyi Gy.: A terhességmegszakítás engedélyezésének feltételei Magyarországon.

WHO Európai Regionális Hivatal és a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Konferenciája Budapest, 1989

Garamvölgyi Gy.: Our observations on the long-term use of Anteovin.

Tudományos Konferencia Szófia, 1990

Lintner F., Garamvölgyi Gy.: A menstruáció indukció és interrupció aktuális kérdései.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1990

Hintalan A., Matányi S., Garamvölgyi Gy., Bánhidó F.: Fiatalkorúak terhességének sorsa, sikertelen terhesség, abortusz.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1990

Németh A., Hintalan A., Sz.Bán J., Garamvölgyi Gy.: A terhességmegszakítás motívációi.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Kongresszusa Budapest, 1990

Garamvölgyi Gy., Hamar O., Sásdi A.: Tapasztalataink Tri-Regol háromfázisú fogamzásgátló tablettával.

Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság kongresszusa Budapest, 1990