

FIATALKORÚ ANYÁK SZOCIÁLIS HELYZETE ÉS ÚJSZÜLÖTTJEINEK ÁLLAPOTA

ORVOS H., HAJDÚ J., PÁL A., NYITRAI I., KOVÁCS L.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged

A „gyermek által nevelt gyermek” mint társadalmi jelenség következményei mérhetetlenek. A tizenéves anyák többsége nem fejezi be a középiskolát, sokan állnak a szegénységi szint alatt, állami gondoskodásra szorulva. Előfordul, hogy terhességük titkolt, nem gondozott. A fiatalkorú anyaság és az újszülöttek kedvezőtlen perinatális kimenetelének összefüggését számos munkacsoport vizsgálta. Korábbi közlemények szerint a fiatalkorú anyák újszülötteik között az alacsony súllyal (≤ 2500 g) születtek gyakorisága magasabb (1,2). Későbbi tanulmányok viszont ezt az eredményt vitatják (3). Több problémát vetnek fel (1) nem különböztették meg az alacsony születési súlyt és a koraszülöttséget, és nem próbálták meg elválasztani a rosszabb szociális, iskolázottsági, gondozási körülményeket a fiatalkorú anyaságtól. Szerintünk nem az anyák életkora áll a probléma hátterében, hanem a rosszabb szociális körülmények. Legfrissebb eredmények felmérései szerint, a jó szociális körülmények között élő, férjezett, terhesgondozásra korán és rendszeresen járó, koruknak megfelelő iskolai végzettségű fiatalkorúak terhességéből származó újszülöttek között is gyakori mind a koraszülöttség, mind a dysmaturitás előfordulása (4,5).

Anyag és módszer

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1994. január 1. és 1996. december 31. közötti időszakban 6281 élveszületés adatait retrospektív vizsgálattal dolgozzuk fel. Ezekből válogattuk ki a 18. életévüket be nem töltött anyák (118) szociális adatait: családi állapot, iskolai végzettség, terhesgondozáson való részvé-

tel, megelőző terhességek száma. Az újszülöttek gestációs idejét, születési súlyát, születésük módját és mortalitását elemeztük. Koraszülötteknek a 37. Gestációs hetet be nem töltött újszülötteket, intrauterin retardáltakat, kortól függetlenül, a súlygörbén a 10-es percentil alattiakat tekintettük.

Eredmények

1994. január 1. és december 31. között klinikánkon 118 fiatalkorú anya 119 újszülöttje született. Az anyai átlagéletkor 16,5 év volt. Közülük kettő a 14. életévét sem töltötte be (1. táblázat)

1. táblázat

Fiatalkorú anyák szociális adatai n=118

Anyai életkor (év)		16,5
14 év alatti	2	
15 évet betöltött	9	
16 évet betöltött	38	
17 évet betöltött	69	
Iskolai végzettség		
8 általános alatti	12	(10 %)
8 általánost végzett	67	(57 %)
középiskolába jár	39	(33 %)
Családi állapot		
hajadon	82	(70 %)
élettársi kapcsolat	10	(9 %)
férjes	26	(21 %)

Az iskolai végzettséget elemezve látható, hogy 12 a 8. osztályt sem fejezte be, ebből kettő korának megfelelően még nem végezhetett de 10-nek az iskolázottsági foka elmarad a kortársaitól. Családi állapotuk szerint osztályozva csaknem 70 %-uk (82 anya) hajadon. Az anyák szülészeti adatait a 2. táblázat tartalmazza:

2. táblázat

Fiatalkorú anyák szülészeti adatai
n=118

Gondozásra járt	108	(91,5 %)
nem rendszeresen	4	
nem járt	110	(8,5 %)
I. terhesség	88	(74,6 %)
II. terhesség	25	(21,2 %)
megelőző szülés	11	
III. terhesség	5	(4,2 %)
megelőző szülés	2	
megelőző 2 szülés	1	

104 járt közöttük rendszeresen terhes-tanácsadásra és gondozásra (legalább 4 alkalommal a terhesség folyamán), 4-en ennél kevesebbszer jelentek meg. 10 anya egyáltalán nem vett részt gondozáson. Közülük először szülő 88 volt (74,6 %), 25-nek már a második, ötnek a harmadik terhessége volt. A 118 fiatal-korú szülése közül egy kettes ikerszülés volt (3. táblázat)

3. táblázat

Fiatalkorú anyák újszülöttjeinek szülészeti adatai
n=118

Egyes szülés	117
Ikerszülés	1
Per vias naturales	94
Medencevégű fekvés	4
Vacuum extraccio	5

Fogóműtét	2
Császármetszés	13

n=119

Gestacios idő (hét)	37,9
Születési súly	2973

Az átlagos gestacios idő 37,9 hét, az átlagos születési súly 2973 gramm. Az összes koraszülött 18, ebből 4 retardált is. A terminusra született újszülöttek közül intrauterin retardált 17 volt. Sem az ikerszülés, sem a császármetszés gyakorisága nem nagyobb a klinikánkon lezajlott összes élveszületéshez képest. A 4. táblázat adatai szerint lényegesen magasabb (az országos adat kétszerese) - 15,1 % - koraszülöttség és az újszülöttség mortalitása (1,7 %) ebben a veszélyeztetett csoportban.

4. táblázat

Fiatalkorú anyák újszülöttjeinek neonatológiai adatai
n=119

Koraszülött	1	(15,1 %)
retardált	8	
Érett retardált újszülött	4	
Mortalitás	1	(14 %)
	7	
	2	(1,7 %)

Megbeszélés

Eredményeink megerősítik azt a feltevést, miszerint a fiatalkorú anyaság magában hordozza a koraszülöttség és az intrauterin növekedési retardatio veszélyeit. Az anyai életkor nem különíthető el teljesen ezeknek a fiataloknak a rendezetlen családi háttérétől, ami oka lehet ezen terhességeknek is. Nem lehet elvonatkoztatni a fiatal életkorból eredően a hajadon családi állapottól, az alacsonyabb iskolai végzett-

ségtől és a későn kezdett terhességgondozástól. Ezek mind kihatnak a terhesre, illetve a terheségre és ennek köszönhetően is nőhet a koraszülöttség és a dysmaturitás előfordulása. Nincsenek pontos adataink a fiatalkorú terhesek alkohol- és drogfogyasztásával, illetve dohányzásával kapcsolatban. Cikkünket figyelemfelkeltőnek szántuk a területen dolgozó szülészek, gyermekgyógyászok, védőnők részére, hogy még fokozottabb figyelmet fordítsanak a fiatalkorú terhesekre. Célszerűnek tartjuk, hogy a szülés intézetben történjen, ahol az ilyen perinatológiai problémákkal rendelkező újszülöttek megfelelő neonatológiai és esetleges intenzív terapiás ellátása biztosított.

Irodalom

1. Fielding, J. E., Russo, P. K.: Adolescent pregnancy revisited. *New Engl J Med*, 1978, 299: 893-895.
2. Horon, I. L., Strobino, D. O., MacDonald, H. M.: Birth weights among infants born to adolescent and young adult woman. *Am J Obstet Gynecol*, 1983, 144: 444-449.
3. Elster, A. B.: The effect of maternal age, parity, and parental care on perinatal outcome in adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol*, 1984, 149: 845-847.
4. Lee, K., Fergusson R. M., Corpuz, M., Gartner: Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes, *N Engl J Med* 1995, 332: 1113-1117.