

Koraszülöttek és a koraszülött ellátás történeti vonatkozásai

Historical aspects of preterm infants and neonatal care

Dr. Némethné Dr. Gradvohl Edina PhD

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Klinikai Tanszék

Dr. Feith Helga Judit PhD

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

feith@se-etk.hu

Initially submitted March 22, 2018; accepted for publication April 18, 2018

Abstract

Parallel to the rapid development of the practice and technology used in neonatology, the mortality rates of the preterm birth have significantly reduced but the survival rates of infants, who are born weighing less than 1500 grams and before week 32, have increased. Although the medical development of the last decades resulted an enormous change in this field, there are direct and substantial historical finds of this question in the past as well. The objective of this study is to analyse comprehensively and multidisciplinary the historical background of neonatal care. In our study, we focus on the medical instrumental, institutional and scientific development in neonatal care and the social and legal status of preterm infants in different historical periods. It is obviously demonstrated that the social judgment, legal status and healthcare of preterm infants are determined by historical periods.

Kulcsszavak: koraszülött ellátás, koraszülöttek, intézményesülés, jogfejlődés

Keywords: neonatal care, preterm infants, institutionalization, development of legislation

Bevezetés

A neonatológiában alkalmazott új gyakorlatok és technológiák - például a világszerte alkalmazott szülés előtti kortikoszteroidok és felületaktív anyagok, valamint a nagyfrekvenciás szellőzés - rohamos fejlődésével párhuzamosan az elmúlt évtizedben jelentősen csökkent a koraszülöttek mortalitási rátája (*Goldenberg és mtsai 2008, Saigal, Doyle 2008, Crump és mtsai 2011*) és nőtt az 1500 gramm alattiak (VLBW), valamint a 32. hét előtt születettek (VLGA) túlélési aránya. Számos tanulmány számol be a VLBW-el születettek túlélési arányáról, amelyek ugyanakkor igen eltérő képet mutatnak. (*Nayeri és mtsai 2013, El-Metwally, Vohr, Tucker 2000, Louis és mtsai 2004, Darlow, Cust, Donoghue 2003, Dmnan és mtsai 2003, Jeschke és mtsai 2016*) Míg az 1960-as években az 1000 gramm születési súlyú újszülöttek esetében 95%-os mortalitással lehetett számolni, addig 2007-re ennek a csoportnak a túlélési aránya már 95% körüli volt. (*Ingelfinger, 2007*)

A WHO nemzetközi standardja szerint a terhességi, gesztációs idő alapján koraszülött minden 37. terhességi hét előtt született csecsemő. Mérsékelt koraszülöttek a 32-36. hét közöttiek, amin belül késői koraszülötteknek nevezzük a 34-36. terhességi hétre születetteket. Valódi koraszülötteknek számít a 32. előtt született, és extrém koraszülött a 28. gesztációs hét előtt világra jött újszülött. A testtömeg szerinti besorolás alapján 2500 gramm alatt kis súlyú (alacsony testtömegű; LBW), 1000-1499 gramm között igen kis súlyú (VLBW) és 1000 gramm alatt extrém kis súlyú koraszülöttről beszélhetünk (ELBW). Az 1000 gramm alatti szülést éretlen szülésnek szokás nevezni, az 1000-2499 gramm közöttit pedig koraszülésnek. (WHO 1977) 2010-ben a becslések szerint 14,9 millió koraszülött jött világra, ez az összes születés 11,1%-a. A koraszülöttek több mint 60%-a dél-Ázsiában és Afrikában született, ahol a Föld összes születésének 52%-a történik. A koraszülések nemcsak a fejlődő országokat, hanem a gazdaságilag fejlettebb országokat, így például az Egyesült Államokat is érintik, vagyis a koraszülés világszerte okoz népegészségügyi problémákat. Azon 65 ország közül, ahol van időarányos trend, csak háromban csökkent a koraszülések aránya 1990-2006 között. (Blencowe 2012)

Magyarországon a koraszülések aránya igen magas, amely 2010-ben a teljes élveszületési szám 8,9%-át tette ki. A magyar koraszülési gyakoriság az elmúlt években is alig változott, elmondható, hogy minden 10-11. újszülött koraszülött. (Balla, Szabó 2013)

A koraszülöttek túlélésének esélyei az elmúlt három évtizedben 12%-kal nőttek az Egyesült Államokban, hasonló prevalencia figyelhető meg Dél-Ázsiában és Afrikában, míg Európában ez 5% és 9% között mozog. (Crump és mtsai 2011)

A koraszülés multifaktoriális, sok tényező hatására kialakuló kórkép, amelynek bekövetkeztét genetikai és környezeti tényezők okozzák. A koraszülés közvetlen oka lehet a megindított koraszülés, az idő előtti burokrepedés, az idő előtti fájástevékenység burokrepedés nélkül és a többes terhesség. Hajlamosító faktorok között szerepel az etnikai tényező, az anyai életkor (túl fiatal vagy előrehaladott életkor), emellett a szocio-ökonómiai státusz. (Petersen 2009, Mortensen, Helweg-Larsen, Andersen 2011, McKinnon és mtsai 2014)

A kis születési súly és a korai világra jövetel a legfontosabb rizikófaktorok a csecsemők és újszülöttek halálozásában. Egy újszülött életesélye nagymértékben függ a születéskori súlyától, és a gesztációs héttől, vagyis minél rövidebb a terhesség időtartama, annál kisebb a magzat súlya, így nagyobb a perinatális mortalitás kockázata is. Crump és munkatársai elsőként vizsgálták a kapcsolatot a gesztációs hetek és a felnőttkori halálozás között, amelynek eredményeként megállapították, hogy az alacsony gesztációs hetekkel párhuzamosan növekszik a mortalitás gyermekkorban és fiatal felnőttkorban. (Crump és mtsai 2011) Koraszülötteknél nagyobb valószínűséggel következik be agyi károsodás miatti fogyatékoság; motorikus (koordinációs); kognitív zavar; légzőszervi (akut, krónikus) betegség; korai halálozás (fertőzés miatt); érzékszervi zavar. (Saigal, Doyle 2008, Crump és mtsai 2011, Månsson, Stjernqvist 2014, Horbar és mtsai 2012)

Egy ország egészségkultúráját, egészségügyi ellátórendszerét és annak fejlettségét igen jól jellemzi, hogy milyen az adott ország perinatális halálozásának és a csecsemőhalandóságnak a mutatója. A perinatális halálozás alatt a késői magzati halálozás és a 0–7 napos korban történt csecsemőhalálozást értjük. A csecsemőhalálozásba minden, az élveszületést követően, de az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett haláleset beleszámít.

A technológia fejlődése ellenére a kevesebb, mint 500 gramm alatti súllyal vagy a 23-25 gesztációs hét között született gyermekek túlélése még mindig kedvezőtlen. A Vermont Oxford Network adatbázisa szerint 1996-2000 között 401-500 gramm súllyal születettek mortalitása 83% volt, és a túlélők gyakran komoly, rövidtávú komplikációkkal küzdöttek. (Månsson, Stjernqvist 2014) Az amerikai National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network 1997 és 2002 közötti adatgyűjtése alapján 55% volt a túlélése az 501-751 gramm, 88% a 751-1000 gramm, 94% az 1001-1250 gramm és 96% az 1251-1500 súllyal születetteknek. (Horbar és mtsai 2012)

Az OECD éves adatai alapján 2012-ben 4,9‰, 2013-ban 5‰, 2014-ben 4,5‰, 2015-ben 4,5‰ volt Magyarországon a csecsemőhalálozási ráta. Az évenkénti csecsemő mortalitás a 47,6‰-ról (1960) 4,5‰-re csökkent (2015). A késői magzati halálozás 2012-ben 4,2‰; 2013-ban 4,4‰, 2014-ben 4,5‰, 2015-ben 4,4‰ volt. A késői magzati halálozás az 1960-as évekbeni 13,3‰-ről 2015-re 4,4‰-re csökkent. A perinatális mortalitási ráta pedig 35‰-ről (1960) 6,1‰-re (2015) esett vissza. (OECD 2017)

Jelen közlemény legfontosabb célkitűzése az, hogy multidiszciplináris szempontból, átfogó képet adjon a koraszülött gyermekek társadalmi megítélésének, jogi státuszának és ellátásának történelmi változásairól.

Koraszülöttek a XX. századot megelőzően

A gyermekek, az újszülöttek, a betegen születettek vagy koraszülöttek megítélése eltérő volt a különböző történelmi korszakokban. Az antikvitásban az újszülöttekről többeknek az volt a véleménye, hogy tökéletlenek, gyengék és csúnyák. Tökéletlenek azért, mert „hiányokkal” születnek. Arisztotelész (Kr.e. 384-322) az *Allatok születéséről* (5.1.779a24) c. művében pontosan meg is fogalmazta, hogy az „újszülöttek sokkal tökéletlenebb állapotban születnek, mint néhány tökéletes állat.”. Ráadásul „csúnyák, mert vörös az arcuk, és kevés a hajuk.” (Színekről 6.797b24–30). Sokan a születés után az első hetet tartották a legkritikusabbnak, a tizedik napig még nevet sem adtak a kicsiknek. (Ritoók 1999: 183)

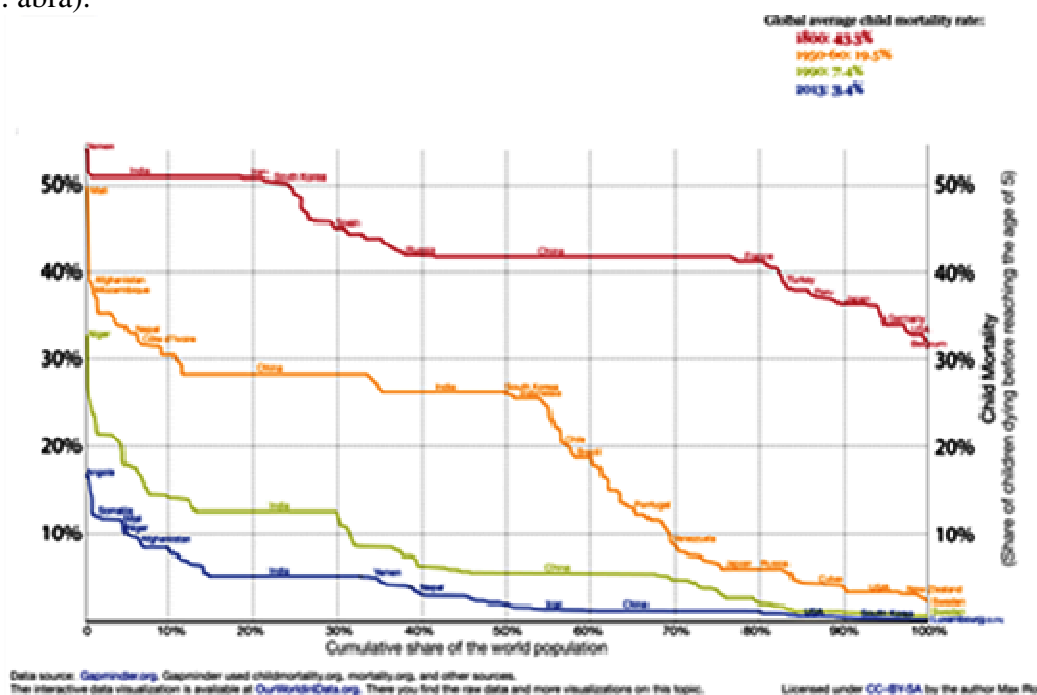
Az antik orvosi irodalomban az életképtelen és az életképes magzat állapotát a számmissztikából vezették le. Már Püthagorasz megfogalmazta, hogy az érett gyermekek a hét, a kilenc, de leggyakrabban a tíz hónapos terhesség után születnek meg. Hippokratész a *De alimento* (42.) c. írásában rejtélyesen így fogalmaz: „A 240 nap (nyolc hónap) van is, meg nincs is.” (Ford. Gradwohl E.) Sabinus kommentárjában (id. Aulus Gellius, *Noctes Atticae*, 3, 16, 8) így magyarázza Hippokratész megfogalmazását: „A koraszülött gyermek kezdetben életképesnek látszik, de nem az, mert csakhamar meghal. Van is, meg nem is, mert pillanatnyilag élőnek látszik, de nincs benne életerő.” (Ford. Gradwohl E.) A hippokratészi *De carnibus*, (6, 13) a hetes számra vezeti vissza a magzatok életképességét. A héthónapos magzat 210 napra születik (7 hónap x 30 nap), azonban a nyolchónapos terhesség időtartama nem osztható héttel. A hippokratészi corpus külön könyvet szentel a nyolchónapos magzat életképtelenségének, amelyben kifejti, hogy a nyolcadik hónapban fellépő betegségek fokozzák a magzat halálát.

Az orvosi irodalomban elsőként az epheszoszi Szóranosz (Kr.e. 98-138) határozta meg a koraszülött, az éretlenül született gyermek tüneteit a *Nőgyógyászatról* című művének II. könyvében (II.10.79). Részletesen taglalja, hogy a bábának mit kell tennie ahhoz, hogy felismerje, ha az újszülött nem alkalmas arra, hogy felneveljék. A legfontosabb megállapítása, hogy a gyermeknek a kilencedik hónap végén kell megszületni, vagy legalább a hetedik hónap után. Ha a hetedik hónap előtt születik, akkor életképtelen. Vagyis azon az állásponton volt, mint Hippokratész, miszerint a hetedik hónap előtt a magzat még életképtelen, de a hetedik és a kilencedik hónapban már megérett a szülésre. A nyolcadik hónap pedig az ekkor fellépő betegségek, valamint a számmissztika (nem osztható héttel) miatt kedvezőtlen a születés számára. Szóranosz szerint az életképes gyermek az, akit ha leraknak a szülést követően a földre, akkor 1) erőteljesen elkezd sírni; 2) minden testrésze ép, a végtagjai mozognak, és az érzékelése (tudata) tökéletes; 3) minden testnyílása (fül, orr, garat, húgycső, végbélnyílás) szabad; 4) végtagjainak funkciója nem lassú vagy gyenge; 5) ízületei hajlékonyak és nem kötöttek; 6) kellő nagyságú és formájú, minden szempontból érzékeny (pl. ha megszúrjuk vagy megnyomjuk ujjainkkal a testét). Azok az újszülöttek, akiknél ezek hiányoznak, azok nem életképesek, nem alkalmasak arra, hogy felneveljék őket. A túlnépesedés ellen a legtöbb államban úgy védekeztek, hogy a nem kívánt gyermekeket kitétték. Egyedül Spárta tiltotta az egészséges újszülöttek kitételét: ott csak a koraszülöttekre és a testi hibásakra várt ez a vég. (Németh 1999)

Míg az antikvitásban ennek ellenére az egészséges gyermeket nagy becsben tartották, addig a középkorban ezen a téren visszaesést figyelhetünk meg. Habár az egyház védte a gyermekeket, ennek ellenére a nem kívánt gyermekek kitevésének „intézménye” elterjedt. A kitétt gyermekeket szerzetesek nevelték fel (gyakran maguk is szerzetesek lettek, vagy apácákká váltak), később pedig az egyház a magukra hagyott

gyermek felnevelésére lelencházakat alapított. A járványok miatt, a higiénés viszonyok, valamint az élelmiszerek hiányának köszönhetően azonban nagy volt a csecsemő- és gyermekhalandóság. A középkorban – a jelenleg hozzáférhető adatok szerint – a szülés körüli anyai halálozás 5-15% volt, az újszülöttek 1/3-a nem érte meg a csecsemőkor végét, és a gyermekek 50%-a serdülőkorig meghalt. (Machay 2016)

A tudományos fejlődésnek és a járványok visszaszorításának köszönhető nagy előrelépés történt az elmúlt két évszázadban. 1860-ban William Farr statisztikus felhívta a világ figyelmét arra, hogy a csecsemőhalálozás az egyik legnagyobb társadalmi probléma. Bármelyik vizsgált európai országban 1000 születésből 150 és 200 között van azon gyermekek száma, akik élve születnek. (Knapp 1998: 318.) A 19. században az 5 év alatti gyermekek mortalitási rátája még mindig igen magas volt még a fejlettebb országokban is, mint ahogyan napjainkban vannak olyan fejlődő országok, ahol ez az arány még mindig igen magas (1. ábra).



1. ábra: Az 5 év alatti gyermekek mortalitási rátája 1800-2013. (<https://ourworldindata.org/child-mortality>)

Az orvosok elkezdtek azzal foglalkozni, mi lehet annak az oka, hogy a 19. század második felében a csecsemők halálozási rátája magasabb volt, mint a 18. század végén és a 19. század elején. Az európai orvosok sorra összegyűjtötték az újszülöttek korai halálának leggyakoribb okait: gyengeség, agyvérzés, éretlenség, rossz táplálás, emésztési-, akklimatizálódási probléma, súlyos hasmenés, görcsök. (Knapp 1998: 323) Ennek következtében elindultak a „kutatások”. A 19. század közepén az orvosok közül leginkább a szülész orvosok voltak azok, akik valamiféle érdeklődést kezdtek mutatni a koraszülöttek iránt, és a 19. század második felére már megfogalmazódott bennük, hogy sok esetben a koraszülöttek is kezelhetők. (Alistar 2005: 800)

Piere-Constantin Budin (1846-1907) francia szülészorvos volt az első, aki igyekezett mindent megtenni annak érdekében, hogy csökkentse a veszélyeztetett újszülöttek (koraszülöttek), a csecsemők és az anyák halálozási rátáját. Nevéhez fűződik a perinatális orvoslás és az első szoptatós klinika megteremtése. Célja elérése érdekében úgy vélte, hogy mindenképp szükséges az édesanyák figyelmét felhívni a higiénére és a szoptatás jelentőségére. Javasolta, hogy azon anyáknak, akiknek kevés a tejük, vagy az elégtelen minőségű, és csecsemőjük tejpótlásra szorul, feltétlenül célszerű a tehéntejet még fogyasztás előtt sterilizálni, megelőzve ezzel a kóros hasmenést, amely a gyermek halálához is vezethetett. A koraszülöttek

számára, valamint azoknak, akik nem tudtak szoptani, megtervezett egy gumiból készített cumit. Úttörőnek tekinthető a szoptatás támogatásában és az anyatej jelentőségének felismerésében is. Elsőként javasolta az édesanyáknak, hogy ha nem tudnak szoptatni, akkor fejjék le a mellükből a tejet, ezzel fokozva a tejtermelést, és cumi segítségével adják azt gyermeküknek. Segített emellett a korai mellszívó és a ma használatos inkubátor első prototípusának kidolgozásában. (*Budin 1907, Dunn 1995*)

Jelentős előrelépést jelentett Stéphane Étienne Tarnier (1828-1897) francia szülészorvos fejlesztése, aki – a korábban alkalmazott „ösi inkubátorokat”, „bölcsoket” ismerve – egy orvosi műszerész segítségével újat dolgozott ki. 1878-ban készítette el az első prototípust. Tarnier, a baromfiudvarokban látott inkubálásból rájött arra, hogy a koraszülöttek, a beteg újszülöttek esetében nem elég az állandó hőmérséklet, mint ahogy azt a korábbi orvosok gondolták. Ahhoz, hogy életben maradjanak a koraszülöttek vagy a betegen születettek, több dologra van szükség: elkülönítésre, magas higiénia, megfelelő táplálásra, valamint meleg és párás környezetre is. A siker mérhető volt, hiszen Turnier munkájában bemutatta, hogy 1880-ban a kevesebb, mint 2000 grammal születettek mortalitási rátája 66%-ról 38%-ra csökkent. (*Baker 2000: 322-323*) A későbbiekben Budin saját inkubátort készített, ami nagyon hasonló volt Turnieréhez. Ezt egy gázégővel egészítette ki, illetve egy automata berendezéssel, amely jelezte, ha az inkubátorban lévő víz hőmérséklete túl meleg lenne a gyermek számára. Budin legnagyobb eredménye, hogy egy 950 gramm súllyal született csecsemőt sikerült életben tartania. (*Budin 1900*)

Mindezek a találmányok, illetve ezek továbbfejlesztése rávilágított arra, hogy a koraszülöttek, a betegen és egészségesen születettek megfelelő gondozása, táplálása, ápolása, kezelése növelheti életésélyeiket. Vagyis a gyors és szakszerű beavatkozás, valamint a technológia továbbfejlesztése nélkülözhetetlen.

A koraszülött ellátás intézményesülése a XX. században

1935-ban egy német gyermekgyógyász, M. Pfaundler elsőként definiálta a „perinatális időszakot”. Fontos megjegyezni, hogy nem ő találta ki a „perinatológiát”, mint ahogy azt sokan a későbbiekben neki tulajdonították. Pontosán nem tudjuk, hogy kinek a nevéhez fűzhető a kifejezés. (*Saling 2014: 1*) A neonatológia kifejezést viszont elsőként 1960-ban Alexander Schaffer vezette be az orvosi szakszókincs közé. (*Alistar 2005: 800*) Ebben az évtizedben indult el a speciális koraszülött-szállítás is.

1975-ben az Amerikai Gyermekgyógyász Akadémia a „neonatal-perinatal medicine” szakterületet önálló szakvizsgaként jelölte meg. Magyarországon ettől az évtől kezdtek megalakulni a perinatális (neonatalis) intenzív centrumok. (*Machay 2016*)

Az 1960-as évek elejétől, az egyes orvosi felfedezéseknek köszönhetően – pl. Erich Saling amnioscop feltalálása, magzati fejevénából vett vérminta sav-bázis viszonyainak vizsgálata a magzat intaruterin állapotának megítélése céljából, Roberto Caldeyro-Barcia és munkatársai méhizomműködés és magzati szívműködés élettani szabályozásának vizsgálata – lendületet kapott a perinatológia és a magzati orvostudomány. A perinatológia nagyjai közé tartozik még Edward H. Hon, a Doppler Magzati monitor és az intenzív újszülöttegység feltalálója, és Konrad Hammacher, aki 1968-ban kifejlesztette a külső cardiotocographiát, a CTG-t. (*Papp 2016*)

Mérföldkövet jelentett a nemzetközi, majd a hazai Perinatológiai Társaságok megalakulása. Elsőként 1967-ben alakult meg a Német Perinatológiai Tudományos Társaság. Az első nemzetközi (európai) perinatológiai társaság 1968-ban Berlinben, European Association of Perinatal Medicine (EAPM) néven jött létre. Az 1970-es években világszerte (Európa, Latin-Amerika, Ázsia) sorra alakultak a perinatológiai társaságok. 1972-ben Erich Saling alapította meg a Journal of Perinatal Medicine című (kiadó: Walter Gruyer, Berlin) első perinatológiai szaklapot.

A perinatológia idővel világméretű kérdéssé nőtte ki magát. 1984-ben Jugoszláviában létrehozták a The Fetus as a Patient nevű nemzetközi Társaságot. 1991-ben alakult meg Tokióban a World Association of Perinatal Medicine (WAPM) nevű világszervezet. A három fenti nemzetközi perinatológiai társaságból

(EAPM, The Fetus as a Patient, WAPM) delegált 10-10-10 taggal, 2005-ben Barcelonában létrejött az International Academy of Perinatal Medicine (LAPM) nevű szervezet.

Magyarországon 1976-ban először nem önálló társaság, hanem a Magyar Nőorvosok Társasága és a Magyar Gyermekorvosok Társasága Közös Perinatális Szekciójaként alakult meg. 1994-ben létrehozták a Szülészeti és Perinatológiai és Aneszteziológiai Társaságot (SZPAT), amelynek elnöki tisztségét azóta is szülész-, neonatológus és aneszteziológus orvosok felváltva töltik be. Negyed évszázaddal később, 2001-ben Budapesten, a 25. jubileumi kongresszuson a korábbi Perinatális Szekciót átkeresztelték Magyar Perinatológiai Társasággá. (Papp 2016)

Az új perinatológiai irányzat hazai úttörői a debreceni Árvay iskola szülész orvosai, Surányi Sándor, Lampé László, Gaál József, Komáromy Béla, Mocsáry Péter, és Bazsó János, aki először mutatott rá a magzat méhen belüli visszamaradottságának klinikai következményeire. Az 1956-ban Amerikába emigrált Iffy Lászlót a Semmelweis-tanok hírvivőjeként és a perinatológiai szemlélet amerikai népszerűsítőjeként tartják számon. (Papp 2016)

Hazánkban az 1950-es években fogalmazódott meg először a „koraszülött kórház” létrehozásának gondolata. 1958-ban Budapesten a Knézich utcában, majd a Bakáts téri Kórházban, „Schöpf-Merei Kórház” néven alapítottak olyan osztályt, ahol a koraszülöttet világra hozó nők szülhettek, és a koraszülöttek speciális ellátásban részesülhettek. A koraszülöttek centralizált ellátása, az akkori kor tudásának megfelelő kezdeményezés korszerűnek számított. A 240 koraszülöttet is ellátó intézmény hamarosan túlszűfoltnak bizonyult. (Princkel, Péter 2011)

Az 1960-as években világszerte indultak intenzív kutatások a koraszülöttek életben tartásának, életesélyeinek javítására. Hamarosan megalakultak a perinatális/neonatális intenzív centrumok (PIC/NIC). Hazánkban 1974 és 1976 között először tíz osztály kezdte meg a működését, amelyeknek az egyetemi klinikák és a megyei kórházak adtak otthont. Ezeket néhány éven belül újabb tizenkét centrum követte. (Princkel, Péter 2011)

Fontos állomás volt a 2001-ben megjelentetett *Perinatológus párbeszéd* című szakkönyv, amely hangsúlyt adott annak, hogy a neonatológia a szülészettel együttműködve jelenti a perinatológiát. Napjainkban tehát a perinatológia tudománya a szülészet, az ultrahang-diagnosztika, a neonatológia és az aneszteziológia/intenzív terápia szakembereinek együttgondolkodását és cselekvését jelenti. (Papp 2016) Napjainkban 10 NIC II. progresszivitási szintű (tartós lélegeztetésre és igen kissúlyú koraszülöttek ellátására nem akkreditált, a 33-37. hetes koraszülöttek és patológiás újszülöttek ellátására alkalmas), és 20 NIC III-as szintű koraszülött osztály (igen kis születési súlyú, extrém fokban éretlen koraszülöttek, időre született, de intenzív ellátást, lélegeztetést igénylő újszülöttek ellátására alkalmas) biztosítja a koraszülöttek ellátását országszerte. Egy, a hazai összes NIC III. szintű intézményekben végzett országos felmérés szerint az itt dolgozó orvosok jellemzően a középkorosztályt (42,3 év) képviselik, magasan kvalifikált szakemberek, szakvizsgával, szakma specifikus és egyéb szakvizsgával is rendelkeznek, elkötelezettek az egészségügy (átlagosan 16,7 éve dolgoznak itt), a neonatológia és a jelenlegi munkahelyük iránt. (Soósné Kiss és mtsai 2018)

Koraszülött ellátás jogtörténeti vonatkozásai

Az elmúlt évtizedek orvostudományi fejlődésének köszönhetően évről-évre nő a kevésbé érett és/vagy valamilyen egészségkárosodással születettek túlélési esélye, valamint a nagyon rossz életkilátással rendelkező újszülöttek száma. Ez utóbbi esetkör számos jogi és etikai dilemmát vet fel napjainkban, ugyanis a kezelés visszatartása vagy visszavonása (agresszív újraélesztés, parenterális táplálás) nem csupán orvosi kérdés. (Campbell 1982) Több tanulmány vizsgálta az extrém kis súllyal születettek újjáélesztésének kérdését, ahol az orvosokon kívül a szülőket is megkérdezték, és az eredmények igen eltérő képet mutattak. (Ambrósio 2016, Duffy, Reynolds 2011, de Leeuw 2000) Gallanher és mtsai egy európai felmérés keretében tanulmányozták a szülők és az orvosok véleményét az újjáélesztésről. Az eredmények egyértelműen

kimutatták, hogy amikor a szülő és az orvos véleménye között eltérés alakul ki, akkor a végleges döntést 19 választadó országból 16-ban az orvos hozza meg. (Gallagher 2014)

A korábbi történelmi korszakokban az orvostudomány fejletlensége okán a fenti kérdések még kevésbé éles jogi és etikai dilemmákat vetettek fel, ráadásul a betegek jogi státusza és jogalanyiságuk természete is lényegesen különbözött napjainktól. Kódexszerű, társadalmi szintű egészségügyi jogi szabályozás Mária Terézia 1770-ben megjelent rendeletében, a *Generale Normativum in Re Sanitatis* (GNRS) címet viselő jogszabályban történt meg először. (Balázs 2004) A GNRS-ben számos, a betegek ellátását közvetlenül érintő szabályozást találunk, elsődlegesen a korabeli egészségügyi szolgáltatók kötelezettségein keresztül. (Feith 2014) Várandóssággal, szüléssel és az azt követő egészségügyi ellátással összefüggésben három különös szabályozás jelent meg: 1) a vajúdnőnek joga volt arra, hogy a szülészeti ellátás megkezdését követően azt a baba megfelelően végigkísérje; 2) súlyos állapot esetén a bábák számára előírta az orvossal történő konzíliumtartási, ennek hiányában pedig a kezeléstől való tartózkodási kötelezettséget; illetve 3) az újszülött szülés alatti vagy az azt követő rövid időn belüli fenyegető halála esetén a bábának ún. szükségkeresztelést kellett végrehajtania. (Balázs 2007, Feith és mtsai 2014)

Ebben az időszakban az igen súlyos orvoshiány miatt a várandósság, a szülés, majd a gyermekágyas időszak alatti ellátási feladatok is alapvetően a bábák kötelezettségeit terhelték, miközben ezen igen komplex feladatokat leginkább az ún. parasztbábák végezték. A bábák részére megfogalmazott GNRS utasítások az alábbi kötelezettséggel kezdődnek:

„A bábák járatlansága miatt az állam számos polgárt kényszerült elveszíteni, ezért tehát a jövőben csakis azok kaphatnak engedélyt munkájuk végzésére, akik szakmájukhoz és munkavégzésükhöz megfelelő oktatást kaptak és vizsgát tettek...”. (Balázs 2007: 231)

Az orvostudomány korabeli fejletlensége mellett tehát a szakképzetlenség is hozzájárult ahhoz, hogy igen magas volt a perinatális halálozás. Ezen a súlyos problémán azonban a rendelet előírása sem tudott felülemelkedni, ugyanis a GNRS hatályba lépését követően is igen kevés, professzionális módon képzett baba működött, pl. a magyar orvosi kar felügyelete alatt álló, egyébként német nyelven működő bábaképzésen 1770-1789 között mindössze 249 baba kapott oklevelet. (Krász 2003:101, 142-144, 206) A koraszülöttek ellátása, amennyiben esetleg élve is maradtak a szülést követően, tehát igen szerény tárgyi és személyi lehetőségek között történt.

Az első, országgyűlés által alkotott közegészségügyi törvény, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. tvc. (továbbiakban 1876-os tvc.) szintén különös gondot foglalkozott a szakképzett bábák kérdésével, a jogalkotó ugyanis a bábák szakképzettségét tartotta egyedüli megoldásnak a korabeli magas anyai és/vagy újszülött halálozás csökkentésére. A törvény egyértelműen rögzítette, hogy a szakképzettséget igazolni nem tudó bábák szülésznői oklevelet vagy a korabeli tisztifőorvos által kiállított okiratot kellett, hogy beszerezzenek egy éven belül, ráadásul minden község részére bábatartrási kötelezettséget írt elő 1500 fő után, a kisebb lélekszámú községek pedig közösen alkalmazhattak bábát. (Feith és mtsai 2014) Azonban hiába volt a szigorú törvényi szabályozás, a korabeli kimutatások szerint jó néhány község továbbra sem rendelkezett szakképzett bábával. (Varga 1962: 57) Az 1908. évi XXXVIII. tvc. ennek ellenére még tovább szigorított a rendszeren, hiszen a 800 lakosnál nagyobb községekben okleveles szülésznő alkalmazását írta elő, a kisebb községekben pedig okleveles baba hiányában a belügyminiszter által fenntartott bábatartrási folyamatokon kiképzett és a tisztifőorvos által képesített bábákat kellett alkalmazni.

Az 1876-os tvc. külön fejezetben szabályozta a gyermekek egészségügyi ellátását. Nevesítetten ugyan itt sem jelentek meg az újszülöttek, koraszülöttek, de a törvény előírta, hogy 1) a hét éven aluli gyermekek gondozására, ápolására kötelezett személyek azonnali orvosi segítséget kellett, hogy kérjenek megbetegedés esetén; 2) az arra rászoruló gyermeket ingyenes ellátásban kellett részesíteni; s végül 3) szigorú hatósági ellenőrzés alatt álljanak azon magán-, illetve közintézmények, ahol gyermekszülés történt. A szekularizáció előtti időszakban, vagyis a XIX. század végét megelőzően a születés ténye, s így az adott személy jogalanyiságának nyilvántartása a keresztlevél útján történt és az egyház joghatóságának körébe

tartozott. Emiatt a rendiség és a kora újkori magyar társadalomban sok tekintetben a vallási erkölcs kérdéskörébe tartozott az ember jogképességének, sőt jogvédelmének kérdése is. Bár általában minden ember jogképes volt, de a jogképesség terjedelmét számos tényező szűkíthette: pl. 1) a szolgai vagy szabad státusz; 2) rendi hovatartozás; 3) nem; 4) vallási hovatartozás; 5) nem törvényes házasságból született státusz. A tradicionális jog deklarálta, hogy a jogalanyiség a születéssel kezdődik, de a méhmagzat már a fogamzás idejétől egyenlő jogokban részesülhetett, így pl. a XIII-XIV. században megjelenik a méhmagzat öröklési joga élve születés esetén. (Béli 2000)

A polgári társadalmakkal együtt, a XIX. századi polgári jogi szabályozásokban született meg a jogképesség modern értelmezése, vagyis, hogy minden ember jogképes. Jogelvként a Habsburg Birodalomban először az 1812. január 1-jén hatályba lépett osztrák Általános Polgári Törvénykönyv mondta ki ezt, ez azonban ekkor nem lépett hatályba a Birodalom magyar területein. Az 1848-as törvények azonban már tartalmazták ezt az elvet, s az 1900-ban elkészült magyar polgári törvénykönyv tervezete is. (Bódiné és mtsai 2007)

Az 1960-ban hatályba lépett magyar Polgári Törvénykönyv (1959. évi IV. törvény) szerint az ember jogképessége általános, egyenlő és feltétlen, melynek kezdete, ha élve születés történik, akkor a fogamzásának időpontjától kezdve illeti meg az embert. A jogképességgel szoros összefüggésben áll az élethez való jog. Az 1949-es magyar alkotmány (1949. évi XX. törvény) deklarálja ugyan, hogy a magyar állampolgárok a törvény előtt egyenlők és egyenlő jogokat élveznek, de csak az Alkotmány 1989-es átfogó módosítással került be az, hogy minden embernek – így a koraszülöttnek vagy a súlyos rendellenességgel született újszülöttnak is – veleszületett joga van az élethez.

Az 1972-ben hatályba lépett egészségügyi törvény (1972. évi II. törvény) továbbra is elsődlegesen az egészségügyi dolgozók, különösen az orvosok kötelezettségein keresztül szabályozott számos, a beteg érdekében álló intézkedést, így még ebben a jogszabályban sem jelentek meg részletesen betegjogi szabályok. Ugyanakkor állampolgári joggá nyilvánította az egészségügyi szolgáltatások térítésmentes igénybevételét. Kiemelten kezelte 1) a nők védelmét, annak érdekében, hogy a várandósságból egészséges gyermek szülessen; valamint 2) a gyermekek és az ifjúság gyógyító-megelőző ellátását. Ugyancsak deklarálta a törvény, hogy a gyógypedagógiai vagy egyéb oktatásra, nevelésre alkalmatlan testi és értelmi fogyatékos személyek elhelyezése érdekében speciális egészségügyi intézményeket működtessenek. Amennyiben orvosszakmai indokok ezt megkövetelték, a kiskorú személy kórházi elhelyezéséhez sem a beteg, sem hozzátartozója hozzájárulása nem volt szükséges. A jelenleg hatályos egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) ez utóbbi szabályozással némiképpen szemben áll, hiszen a nem cselekvőképes személyek, így pl. a koraszülöttek, újszülöttek nevében a törvényes képviselőjük (kiskorúak esetében tehát a szülő vagy a gyám) jár el az egészségügyi szolgáltatás során, vagyis akár egészségügyi ellátást is visszautasíthat, s ettől csak kivételes, jogszabályban szabályozott esetekben lehet eltérni. Így pl. a szülő nem utasíthatja vissza – egy egyébként 2017. január 1-től hatályba lépett rendelkezés szerint – a házi orvosi, házi gyermekorvosi és a védőnői egészségügyi szolgáltatást, valamint nem utasíthatja vissza a gyermeke ellátását akkor sem, ha annak elmaradása a gyermek egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodást okozna. Ugyancsak szigorúan rendelkezik a jelenleg hatályos egészségügyi törvény a kiskorúak életmentő, életfenntartó beavatkozásával kapcsolatosan, hiszen amennyiben a szülő vagy a gyám nem egyezik bele ebbe az ellátásba, az egészségügyi szolgáltató egy nemperes eljárás keretén belül kérelmet kell, hogy előterjesszen a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. Ilyenkor a koraszülött vagy újszülött kezelőorvosa köteles a bíróság jogerős határozatának meghozataláig a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, így az életmentő vagy életfenntartó ellátások biztosítására is.

A vizsgált kérdések rövid összefoglalása

A fentiek alapján megállapíthatjuk, hogy a koraszülött gyermekek társadalmi megítélése, jogi státusza és ellátásuk mikéntje az adott történelmi korszak által különösen meghatározott. Alapvetően egy felfelé ívelő fejlődésnek lehetünk a tanúi (kisebb visszaesésekkel), azonban a XIX. század, de különösen a XX. század forradalmi változásokat eredményezett a koraszülött és újszülött megítélésében, ellátásában. A XX. század orvostudományi felfedezései, az életre hívott szakmai szervezetek, a koraszülött ellátás intézményesülése pozitív változásokat jelentettek, megalapozva napjaink és a XXI. századi továbbfejlődési lehetőségeket.

Az orvostudomány ismeretanyagának bővülésével, technológiai fejlődésével párhuzamosan egy nagyon markáns társadalmi változás is lezajlott a koraszülöttek megítélése és ellátásuk tekintetében. Ennek egy nagyon jó leképeződését jelenti a jogképesség modern fogalmának a kialakulása, valamint az élethez való jog megkérdőjelezhetetlenségének deklarálása és egyre következetesebb szabályozása, alkalmazása. Ugyanakkor ezen nagyszerű és vitathatatlanul fontos fejlődés számos, korábban kevésbé éles, a mai társadalmi környezetben igen provokatívnak tűnő dilemmát és konfliktust rejt magában azzal, hogy lehetővé teszi, sőt egyenesen előírja az egészségügyi dolgozók számára, a szülői tiltakozás ellenére is az igen súlyos egészségkárosodással vagy reménytelenül rossz életkilátással rendelkező újszülöttek életben tartását. Ez azonban egy igen komplex és érzékeny kérdéskör, mely szétfeszítené jelen tanulmány kereteit.

BIBLIOGRÁFIA

- ALISTAR P.: The Evolution of Neonatology, *Pediatric Research* volume 58, pages 799–815 (2005) <https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000151693.46655.66>
- AMBRÓSIO CR, SANUDO A, BRANCO DE ALMEIDA MF, GUINSBURG R. Initiation of resuscitation in the delivery room for extremely preterm infants: a profile of neonatal resuscitation instructors Clinics (Sao Paulo). 2016 Apr; 71(4): 210–215. [https://doi.org/10.6061/clinics/2016\(04\)06](https://doi.org/10.6061/clinics/2016(04)06)
- BAKER J. P. The incubator and the medical discovery of the premature infant. *J Perinatol.* 2000 Jul-Aug;20(5):321-8. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200377>
- BALÁZS P.: *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2004.
- BALÁZS P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007, 231.
- BALLA GY, SZABÓ M. A koraszülöttek krónikus utóbetegségei. *Orv. Hetil.*, 2013, 154, 1498–1511.
- BÉLI G. A magyar jogtörténet. A tradicionális jog. *Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs*, 2000. 32-51.
- BLENOWE H, COUSENS S, OESTERGAARD MZ, CHOU D, MOLLER AB, NARWAL R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379:2162-2172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
- BÓDINÉ BELIZNAI K, HOMOKI NAGY M, HORVÁTH A, ZLINSZKY J. A magyar magánjog története. in: Mezey Barna *Magyar jogtörténet* Osiris Kiadó, 2007. pp. 167-168.
- BUDIN P. *The Nursling: The Feeding and Hygiene of Premature & Full-term Infants* London: Caxton, 1907. <https://archive.org/details/b21686701>
- BUDIN P. *Le nourrisson. Alimentation et hygiène enfants débiles enfants nés a terme.* Paris, Octave Doin 1900.
- CAMPBELL AG. Which infants should not receive intensive care? *Arch Dis Child.* 1982 Aug;57(8):569–571. <https://doi.org/10.1136/adc.57.8.569>
- CRUMP C, SUNDQUIST K, SUNDQUIST J, et al. Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA* 2011; 306:1233–1240. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1331>

DARLOW BA, CUST AE, DONOGHUE DA. Improved outcome for very low birth weight infants: evidence from new Zealand national population based data. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;8(1):f 23-8. 19.

DE LEEUW R, CUTTINI M, NADAI M, BERBIK I, HANSEN G, KUCINSKAS A, et al. Treatment choices for extremely preterm infants: an international perspective. *J Pediatr*. 2000;137 (5), 608-616. <https://doi.org/10.1067/mpd.2000.109144>

DMNAN N, KURNRAL A, GULEAN H, OZKAN H. Outcome of very-low-birth-weight infants in a developing country: a prospective study from the western region of Turkey. *J maters fetal neonatal med* 2003;13(1):54-8. 20.

DUFFY D, REYNOLDS P. Babies born at the threshold of viability: attitudes of paediatric consultants and trainees in south east England. *Acta Paediatr*. 2011;100(1):42-6. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01975.x>

DUNN, PETER M. "Professor Pierre Budin (1846-1907) of Paris, and Modern Perinatal Care." *Archives of Disease in Childhood*. 73 (1995): 193.). <https://doi.org/10.1136/fn.73.3.F193>

EL-METWALLY D, VOHR B, TUCKER R. Survival and neonatal morbidity at the limits of viability in the mid 1990s:22 to 25 weeks. *J Pediatr* 2000;137(5):616-22. <https://doi.org/10.1067/mpd.2000.109143>

FEITH HJ, GRADVOHL E, VÁCZI A, BALÁZS P. (2014) Betegek jogi helyzete a paramedikális dolgozók XVIII-XIX. századi szabályozásában. *Kaleidoscope* (online folyóirat) 9. szám <http://www.kaleidoscopehistory.hu/index.php?subpage=kotet&kotetid=33>

GALLAGHER K, MARTIN J, KELLER M, MARLOW N. European variation in decision-making and parental involvement during preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014;99(3):F245 <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305191>

GOLDENBERG R, CULHANE JF, IAMS J, ROMERO R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371(9606):75–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)

HORBAR JD, CARPENTER JH, BADGER GJ, KENNY MJ, SOLL RF, MORROW KA, BUZAS JS. Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009. *Pediatrics*. 2012 Jun;129(6):1019-26. doi: 10.1542/peds.2011-3028. Epub 2012 May 21. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3028>

INGELFINGER J. R. Prematurity and the Legacy of Intrauterine Stress. *N Engl J Med* 2007; 356:2093-2095 May 17, 2007. <https://doi.org/10.1056/NEJMe078071>

JESCHKE E, BIERMANN A, GÜNSTER C, BÖHLER T, HELLER G, HUMMLER HD, BÜHRER C. Routine Data-Based Quality Improvement Panel. Mortality and Major Morbidity of Very-Low-Birth-Weight Infants in Germany 2008-2012: A Report Based on Administrative Data. *Front Pediatr*. 2016 Mar 22;4:23. <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00023>

KNAPP V.: Major medical explanations for high infant mortality in nineteenth-century Europe. *Can Bull Med Hist*. 1998;15(2):317–336. <https://doi.org/10.3138/cbmh.15.2.317>

KRÁSZ L.: A baba történeti szerepváltozása a 18. században. Budapest, Osiris, 2003, 101, 142-144, 206.

LOUIS JM, EHRENBERG HRN, COLLIN MF, MEREER BM. Perinatal intervention and neonatal outcomes near the limit of viability. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(4):1398-402. 17.

MACHAY T. A neonatológia nemzetközi és hazai története. In: Papp Zoltán (szerk.) *A perinatológia kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2016. p: 57-66.

MANSSON J, STJERNQVIST K. Children born extremely preterm show significant lower cognitive, language and motor function levels compared with children born at term, as measured by the Bayley-III at 2.5 years. *Acta Paediatr*. 2014 May;103(5):504-11. <https://doi.org/10.1111/apa.12585>

MCKINNON B, HARPER S, KAUFMAN JS, BERGEVIN Y. Socioeconomic inequality in neonatal mortality in countries of low and middle income: a multicountry analysis. *Lancet Global Health* 2014; 2(3): e165-173. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70008-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70008-7)

- MORTENSEN LH, HELWEG-LARSEN K, ANDERSEN AM. Socioeconomic differences in perinatal health and disease. *Scand J Public Health*. 2011 Jul;39(7 Suppl):110-4. <https://doi.org/10.1177/1403494811405096>
- NAYERI F. et al. Risk Factors for Neonatal Mortality Among Very Low Birth Weight Neonates. *Acta Medica Iranica*, 2013; 51(5): 297-302.
- NÉMETH GY. A polisok világa, Budapest, 1999.
- OECD (2017), Infant mortality rates (indicator). <https://doi.org/10.1787/83dea506-en> (Accessed on 10 July 2017).
- PAPP Z. Visszapillantás a szülészet korábbi évszázadaira. A perinatológia kialakulása. In: PAPP Z. (szerk.) A perinatológia kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2016. p: 17-29.
- PETERSEN CB, MORTENSEN LH, MORGEN CS, MADSEN M, SCHNOR O, ARNTZEN A, et al. Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009;23:66–75. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2008.00977.x>
- PRINCKEL E, PÉTER F. A perinatals intenzív centrumok helyzete hazánkban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 2011,16, 55-57.
- RITOÓK ZS. Régi görög hétköznapiak, Budapest, 1999.
- SAIGAL S, DOYLE LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008;371(9608):261-269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1)
- SALING E., DRÄGER M., STUPIN J.H. (eds.) *The Beginnings of perinatal medicine*. Walter de Gruyter GmbH & Co, Berlin, 2014.
- SOÓSNÉ KISS ZS, FEITH HJ, SZABÓ M, GRADVOHL E. A III. szintű neonatális intenzív centrumokban dolgozó orvosok szakmai és családi jellemzői, nehézségei, elégedettsége, erőforrásai – Magyarországi helyzetkép. *Orvosi Hetilap*, 2018, 159, (16) (628-635) <https://doi.org/10.1556/650.2018.31051>
- VARGA L.: A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében. Budapest, Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, 1962, 57.
- WHO (1977) WHO: Recommended Definitions, Terminology and Format for Statistical Tables Related to the Perinatal Period and Use of a New Certificate for Cause of Perinatal Deaths. Modifications Recommended by FIGO as Amended October 14, 1976. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 56, 247-253.