

---

## Születésszabályozás. Fogamzásgátlás, abortusz, szexuális nevelés

### Birth control. Contraception, abortion, sex education

Konrád Flóra hallgató  
Semmelweis Egyetem, GYTK  
[konradflora@gmail.com](mailto:konradflora@gmail.com)

*Initially submitted March 1, 2021; accepted for publication March.29, 2021*

---

#### Abstract

These issues are strongly interrelated since without proper sex education there is a lack of knowledge about contraceptive methods and the consequences of unwanted pregnancies are often artificial abortions. However, if we get ahead of the process and develop an education system, that includes the spreading of correct sexual behavior and enlightenment maybe a significant rate of abortions could be prevented. The aim of this study is to emphasize the importance of sexual education in our accelerated social environment. There are presented divers methods of contraception and their correct application from the very beginnings. Proper knowledge about these methods is essential, thus everybody will find the most suitable personal techniques. While discussing the current legislation of artificial abortion, it is necessary to point out that this is a very complex issue, because abortion laws of many countries mirror social and economical interests thus overshadowing the very strong ethical nature of the topic. There are detailed also psychological impacts of abortion and types of social exclusion, since without these aspects it is impossible to draw a realistic picture of the subject.

**Kulcsszavak:** abortusz, fogamzásgátlás, szexedukáció, megelőzés

**Keywords:** abortion, contraception, sex education, prevention

---

#### Bevezető

Dolgozatom során három fő témát szeretnék érinteni, amelyek a következők: a fogamzásgátlás, a művi terhesség megszakítás és a szexuális nevelés. A kérdéskörök szorosan összekapcsolódnak és bizonyos szinten egymás ok-okozati összefüggéseinek is tekinthetők. Megfelelő szexuális nevelés és felvilágosítás nélkül nincsenek meg a kellő ismeretek a fogamzásgátló módszerekről és a kialakult nem kívánt terhességek következménye sokszor az abortusz. Azonban, ha elejébe megyünk a folyamatnak, és kiépítünk egy olyan oktatási rendszert, melynek részét képezi a helyes szexuális viselkedés és felvilágosítás oktatása, akkor véleményem szerint igenis megelőzhető lenne a terhességmegszakítások egy hányada. Céloom tehát a nemi nevelés hiányosságait és az akceleráció tényét alapul véve hangsúlyozni a szexedukáció fontosságát, felhívni a figyelmet a kiemelkedő szerepére felgyorsult társadalmunkban.

Emellett ismertetem a fogamzásgátlásra rendelkezésül álló módszereket és helyes használatukat, beleértve a régi idők és korunk legújabb eszközeit is. Ezzel próbálok arra rávilágítani, hogy igenis fontos a sok létező eljárás bemutatása és rendeltetésszerű használatának ismerete, ugyanis a nagy választékból mindenki megtalálhatja a számára legmegfelelőbbet és ezáltal minimálisra csökkenthető lenne a védekezés nélküli aktusok száma.

A terhességmegszakítással kapcsolatos jelenleg érvényben levő jogrend ismertetésének keretén belül pedig szeretném érzékeltetni, hogy igen összetett kérdéskörrel levén szó, ugyanis sokszor társadalmi, gazdasági érdekektől vezérelve alakultak ki az abortuszra vonatkozó törvények, az igen erős etikai jogosultságot háttérbe szorítva. A témát azonban nem lehet olyan alapvető kérdések nélkül körbejárni, minthogy mikortól számít embernek a magzat. Az abortusszal járó lelki folyamat, a társadalom kirekesztő viselkedése és az abortuszstigma is részét képezi a diplomamunkámnak, hiszen e vonatkozások nélkül nem lehetne teljesen valós képet festeni a tárgykörrel.

## Fogamzásgátlás

„Ezerféleképpen halunk meg, de egyféleképpen születünk”

„Mille modis morimur mortales nascimur uno” [1]

### Bevezetés [2]

Manapság szerencsére rengeteg módszer közül válogathatunk, ha meg szeretnénk előzni a nem kívánt terhességet. A választás során szempont lehet a hatékonyság, az egyéni kontraindikációk, illetőleg az egyéni szexuális szokások, de az életkor is szerepet játszhat a legmegfelelőbb eljárás kiválasztásánál. [3] **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.)** Ehhez azonban ismernünk kell a női és férfi test működését, a reprodukciós ciklusunkat annak érdekében, hogy a megfelelő helyen és időben tudjunk beavatkozni. Dolgozatom során nem szándékom a nemi működés taglalása, így csak az egyes fogamzásgátlási módszereket szeretném ismertetni a továbbiakban.

Néhány tény ismerete azonban mindenképp szükséges ehhez, úgy, minthogy a spermiumok csupán 48 órán át képesek a megtermékenyítésre, a petesejt pedig kb. csak 24 óráig megtermékenyíthető, azaz a férfi hiába képes minden alkalommal életképes hímivarsejteket biztosítani, a női szervezet csak az ovuláció körüli pár napban fogamzóképes. [3] A női fogamzóképes kor a pubertástól a menopauzáig tart, tehát kb. 12-50 éves korig, mely kb. 38 évet jelent. Ez évek során kell a nőnek gondoskodni a nem kívánt terhesség megelőzéséről, illetve a nemi betegségek ellen való védekezésről és mivel nem kevés időről levén szó láthatjuk, hogy milyen fontos a megfelelő fogamzásgátló módszer megtalálása, melyet a nő kényelmesen és mellékhatásoktól, kellemetlenségektől mentesen alkalmazhat éveken át.

A születésszabályozó módszerekről elmondható, hogy egyre nagyobb számban és egyre fejlettebb változatban vannak jelen, mely lehetőséget ad mind a nőknek, mind a férfiaknak a számukra legmegfelelőbb eszköz kiválasztására. [4]

### Történelmi háttér [2] [4] [5] [6] [7]

Az ókortól kezdve kialakultak technikák a magzat megfogadásának megakadályozására. Ezek mai szemmel nézve ijesztőnek tűnhetnek, úgy, mint az állati ürülék használata, azonban akkoriban a nők lehetőségeik szerint próbáltak mindent megtenni teherbe esésük ellen, csakúgy, mint manapság. Már az Ószövetségben [8] utalás történik a megszakított közösülés fogalmára, hiszen Onan a földre ontotta a magjait a közösülés végén.\* A primitív népek esetében nem beszélhetünk konkrét fogamzásgátló módszerekről, merthogy nem ismerték a közösülés és a gyermek foganása közötti összefüggést, a terhességet istenük ajándékának tekintették, hiszen a misztikum és a bálványok nagy szerepet játszottak az életükben. A 6. századból származó források [7] szerint a nem kívánt terhesség megelőzésére használt módszerek között volt a macska heréjének vagy májának amulettként való viselése. Ezen időkben gyakoriak voltak a gyerekgyilkosságok, így ezt tekinthetjük a születésszabályozás fő eszközének. Ezen kívül azonban a fennmaradt leletek [4] alapján említést találunk a megszakított közösülésről, a hüvely eldugaszolásáról

\*„Mivel Onan tudta, hogy az utód nem az övé lesz, azért valahányszor együtt volt bátyja feleségével, magját a földre ontotta, nehogy utódot támasszon bátyjának.”

(préselt gyökér, moszat és tengeri hínár), a hüvelyöblítésről, a petrezselyemről, mint kontraceptív növényről is. Ezen emlékek mind az afrikai, mind az amerikai őslakosok körében fellelhetőek.

A Távol-keleti források igen sokféle módszerről tesznek említést, úgy, mint a hüvely füstölése, öblítése, örölt „Ayowan-magokból” készült tamponok alkalmazása, teknősbéka hártájából, szaruból készült kondomok. A hüvely eldugaszolására, mint fogamzásgátló eljárásra már az ókori egyiptomiak is rájöttek, ők krokodil-, vagy elefántürüléket, mézet és nátront használtak egy olyan labdac formázásához, melyet a hüvelybe felhelyezve tudtak alkalmazni. [6] Ezt bizonyítja a „Kahun Papyrus” (i.e. 1850), melyet a fogamzásgátlás első írásos emlékeként tartanak számon. Szintén az egyiptomiaknál kerül említésre a gránátalma magból és viaszból készített kúp. Ehhez hasonló technika volt a nagyobb növényi magvak belső hártájának vagy összetekert gyökerének dugóként való használata. Ugyancsak egyiptomi lelet az „Ebers papyrus” (i.e. 1550), mely egy akácgyantával és mézzel átitatott géztamponról értekezik.

Spermicid anyagok hüvelybe juttatásáról ír Arisztotelész (i.e. 384-322): „*Egyesek megelőzik a fogamzást azzal, hogy cédrusolajjal, ólmos kenőccsel, olivajjal kenik be a méhnek azt a részét, ahova az ondó jut.*”

[4] Szóranosz (i.u. 98-138) nevéhez fűződnek különböző magas savtartalmú gyümölcsökből készült spermicidnek nevezhető főzetek, melyeket úgy javasolt alkalmazni, hogy a főzettel átitatott gyapjút kellett a hüvelybe felhelyezni. Ő tett először éles különbséget a fogamzásgátló és abortív szerek között. Azonban nem csak ebben tekinthető Szóranosz úttörőnek, ugyanis elutasította a bájitalok és amulettek alkalmazását, mivel veszélyesnek és haszталannak ítélte őket. Ő fogalmazta meg elsőként azt a gondolatot, hogy a női nemi működés periodikus és a legtermékenyebb időszaknak a menstruáció előtti és utáni napokat tekintette. Dioszkoridész (i.u. 1. század) fennmaradt források említenek a hüvelybe helyezendő ragacsos anyagokat (cédrusmézga, timsó, olaj, méz), fűzfalevelet, mint meddőséget okozó növényt, illetve a mágikus erővel bíró italok és amulettek is helyet kaptak műveiben. A híres arab orvos, Avicenna (980-1037) szintén egy gyapjútamponról ír, melyet előzetesen fűzfalevelek nedvébe volt szükséges áztatni. A „Canon Medicinæ” c. művében úgyszintén említi a termékeny napokon való közösülés kerülését, valamint a megszakított közösülést is.

A mai IUD eszközök elődje az egyszerű kövek méhen belül való alkalmazása, de a csirke villa alakú mellsontjának használata is ide sorolható. A hüvelybe helyezett eszközökön túl a per os tablettáknak is megvolt az ősök. A különböző növényekből készült főzetek fogyasztása mellett gyakori volt a fémek alkalmazása is, úgy, mint az ólom, higany, arzén, timsó. Ezek felhasználásának azonban sokszor mérgezés volt az eredménye. [9] A növények közül sokan használtak majorannát, borókát, petrezselymet, illetve levendulát. A boróka abortív hatásáról a Pray-kódex is említést tesz. [10]

Összességében elmondható, hogy az említett fogamzásgátló módszerek a megfigyeléseken, tapasztalatokon alapultak, ugyanis a női és férfi test működéséről még nem rendelkeztek pontos ismeretekkel. Azonban sokukról elmondható, hogy igenis van relevanciájuk és bizonyítottan hatásosak lehetnek a fogamzás megelőzése céljából. Így a citromlével vagy ecettel átitatott tamponokról is beigazolódott, hogy savas vegyhatásuk miatt igenis csökkentik a hímivarsejtek mozgását. [11]

Napjaink egyik legelterjedtebben használt eszköze, az óvszer elődje eredetileg egy nemi betegség, a szifilisz terjedését volt hivatott megállítani. Gabriele Fallopio (1523-1562) olasz orvos írt először az óvszerhasználatról, mely akkoriban még csak egy olajjal átitatott vászondarab volt. [12] A későbbiekben birka-, vagy kecskevakbelet alkalmaztak, mely darabokat két használat között kimosva többször is felhasználhatóvá tették. Ezek elsősorban a bordélyokban voltak használatosak, ahol a nem kívánt terhességgel szemben a nemi betegségek megelőzése volt ezen eszközök igénybevételének célja. A 18. században még mindig állati bensőségeket alkalmaztak alapanyagként, legfőképp teknősbékát használva. A forradalmat 1843-ban a gumi vulkanizálása hozta meg, mellyel az óvszer anyaga is gyökeresen megváltozott. A 19. századra tehető, hogy a condom egyre inkább a születésszabályozás eszközévé is vált, melyet az egyház egyáltalán nem nézett jó szemmel és röpiratok, illetve pápai körlevél formájában

tiltakoztak a használat ellen. [12] A ma is használatos óvszert mártásos technikával készítik latexből és igen szigorú követelményeknek kell megfelelnie.

A pesszáriumok megjelenése az 1800-as évekre tehető, viszont ezek elődjének tekinthető az az eljárás, hogy a nők félbevágott citromot helyeztek fel a hüvelyükbe, ezzel egyrészt fizikai barriert képeztek, másrészt a citrom által létrehozott savas környezet védett az ellen, hogy a spermiumok elérjék a petesejtet. [7] A 19. század végére, 20. század elejére már számos olyan forrás található, melyekből egyértelműen kitűnik, hogy ekkorra már a hazai gyógyszertárakban külföldről beszerzett condomot, pesszáriumot, cervixsapkát, intrauterin fogamzásgátlókat és ezüstgyűrűt is árultak. [10]

Forradalmi újításnak számított a hormonális fogamzásgátlás, mely az 1960-as években jelent meg Amerikában és nagy ellenszenv övezte akkoriban. Sokan nem értettek vele egyet, mivelhogy a nemi betegségek újbóli elterjedését látták benne veszélyként. A ma forgalomban levő tablettákkal szemben e készítmények hormontartalma nagyon magasnak számított, ezért kezdetben sok mellékhatással és halálesettel járt a használatuk.

A manapság legmodernebb és legnépszerűbb módszereket besorolhatjuk hatékonyságuk alapján, mely egy igen fontos mutató lehet. Erre használjuk a Pearl-indexet, vagyis a terhességi-rátát, mely azt mutatja meg, hogy az adott módszert alkalmazva egy év alatt 100-ból hány nő esik teherbe rendszeres nemi élet mellett. [3] Természetesen 100%-os módszer nem létezik, de a különböző eljárások kombinációjával növelhető a hatékonyságuk, azaz csökkenthető a Pearl-indexük.

| Fogamzásgátlási módszer                                | Pearl Index* | A módszer alkalmazásának szükséges gyakorisága | Költségvonzat             |
|--|--------------|--|---------------------------|
| Nincs (védekezés nélküli nemi aktus)                   | 85           | -  | nincs                     |
| Coitus interruptus                                     | 8 - 38       | közösülésként                                  | nincs                     |
| Ovuláció időpontjának meghatározásán alapuló módszerek | 14 - 35      | közösülésként                                  | nincs, vagy relatív olcsó |
| Kondom (férfi)   | 3 - 28       | közösülésként                                  | közepes                   |
| Spermicidek  | 0,7 - 7      | közösülésként                                  | közepes                   |
| Intrauterin eszközök                                   | 0,5 - 5      | 5 évente                                       | alkalmanként, magasabb    |
| Sürgősségi fogamzásgátlás                              | 0,5 - 2,5    | védekezés nélküli nemi aktus esetén            | drága                     |
| Depó készítmények                                      | 0,2 - 2,6    | 3 havonta                                      | relatív drága             |
| Orális hormonális fogamzásgátlók                       | 0,05 - 2,0   | naponta  | relatív drága             |

#### 1. ábra A különböző fogamzásgátló módszerek megbízhatóságának és alkalmazásának összehasonlítása

##### Természetes módszerek [2]

Ezen módszerek alapja, hogy egy ciklus során a női testben végbemenő változások nyomon követésével meghatározhatjuk a termékeny és nem termékeny napokat, melyek segítségével szolgálhatnak a közösülés során a fogantatás elkerülésére.

##### Megszakított közösülés (coitus interruptus) [2]

A módszer lényege, hogy az aktus végén a férfi nem a nő hüvelyébe üríti a spermát, hanem az ejakuláció előtt a péniszét a hüvelyből kihúzza. Ez azonban sok hibalehetőséget hordoz magában, melyek a férfit terhelik elsősorban, hiszen sokszor nem sikerül időben eltávolítani a péniszét, vagy az aktus hevében elfelejtkezik róla, és így az ondó a nő hüvelyébe ürül. Ezen felül már az előváladék is nagy számban tartalmaz spermiumokat, így egyáltalán nem beszélhetünk biztonságos módszerről. Hüvelyöblítéssel, kimosakodással azonban növelhető a hatékonyság. Hüvelyzuhannyal sem távolítható el a hímivarsejtek teljes hányada, merthogy magömléskor a méhnyak csatornájába bekerült hímivarsejtek esetében már nem alkalmazható. [5] A nemi betegségek terjedése nem akadályozott, ennek ellenére nagyon sok ember



tudatában él ez a fajta közösülés biztonságosként és a nem kívánt terhességek egy részéért is felelős lehet e módszer, hiszen a fiatalok nem megfelelő szexuális felvilágosítása nyomán egyes esetekben fogalmuk sincs az elővadás spermium tartalmáról, így a teherbe esés esélyéről sem. Véleményem szerint csak utolsó lehetőségként tekinthetünk rá fogamzásgátló módszerként, ha az adott időpontban más nem áll rendelkezésre.

#### Naptár-módszer [2] [3]

Másik nevén Ogino-Knaus-módszer. Az eljárás lényege a megtermékenyítés legvalószínűbb időszakának kiszámítása, melyben szerepet játszik, hogy a ciklus 13-16. napján következik be az ovuláció. A naptár alapján a női nemi ciklust nyomon követve, az adott időszakban a közösülést kerülve, vagy más védekezési módot használva a nem kívánt terhesség kivédhető. Összességében igen megbízhatatlan módszerről van szó, mivel a női ciklusban változások léphetnek fel, melynek igen sok kiváltó oka lehet, kezdve attól, hogy egy fiatal lánynál még nem beszélhetünk szabályos ciklusról, valamint a hossza egyénenként szintén változó lehet. Pontosan 28 napos ciklussal csak a nők 10-15%-ánál számolhatunk. [13] A nemi betegségektől való védelem szintén nem áll fenn.

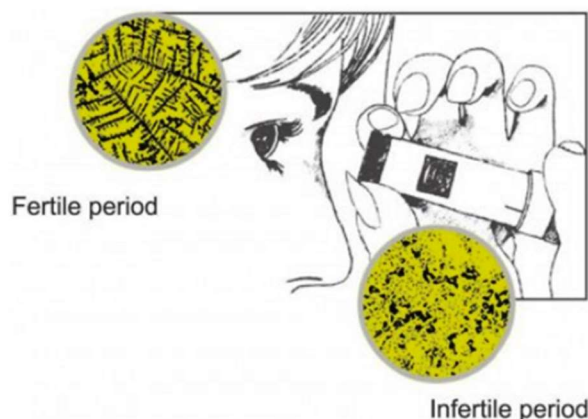
#### Hőmérő-módszer [2] [3]

Az eljárás lényege a hőmérséklet regisztrálása minden reggel rögtön ébredés után, mely alapján egy görbét készíthetünk. A hőmérsékleti görbéről leolvasható, hogy az ovuláció előtti napon lecsökken, majd a ciklus második felében kismértékben megnő a testhő. Itt 0,3-0,5 °C-os változásról beszélhetünk. Megemlítendő, hogy a hónaljban mért hőmérséklet nem alkalmazható, hüvelyben vagy szájban mért hő regisztrálása szükséges. Ez a módszer sem mondható a legmegbízhatóbbnak, valamint a mindennapi hőmérsékletmérés is elengedhetetlen.

#### Billigs-módszer [2] [3]

A módszer alapja a hüvelyvadás megvizsgálása minden reggel, hiszen a ciklus során hormonális hatásokra a nyák is változásokon megy keresztül, mely egyszerűen nyomon követhető. A menstruáció után a cervixnyák általában kis mennyiségű, tapadós. Az ösztrogén hormonszint emelkedésével mennyisége nő, áttetsző lesz, és egyre kevésbe ragad. A nyák az ovuláció előtt megváltozik, újra erősen nyújtható lesz, majd ez hirtelen lecsökken a progeszteron hatására és enyhén sárgás színű lesz.

A Billigs-módszerhez hasonló elven alapul a nyálteszt, melynek lényege, hogy a ciklus során nemcsak a cervixnyák, hanem a nyál összetétele is megváltozik, melyet egy egyszerű kenetkészítéssel és mikroszkóppal (forgalomban levő Maybe Baby mikroszkóp) megvizsgálhatunk. A keneten szemcséket figyelhetünk meg a nem termékeny napokon, viszont a páfrányszerű rajzolatok az ovulációra és ezzel a termékeny napokra utalnak.



2. ábra Maybe Baby mikroszkóp

A természetes módszerekről elmondható, hogy együttes alkalmazásuk növeli a hatékonyságukat, azonban elsajátításuk precizitást és hónapokig való pontos tanulmányozást igényel. Az említett eljárások azonban kettős megítélés alá esnek abból a szempontból, hogy a terhesség elkerülése mellett a közösülés időpontjának tervezése és a teherbe esés is cél lehet az alkalmazásuk során.

### Mechanikus módszerek

Más néven barrier-módszerek, melyek célja az ivarsejtek találkozásának megakadályozása.

#### Gumióvszer [2]

Talán az egyik legelterjedtebb hormonmentes módszerről beszélhetünk, melynek lényege, hogy a condomot a férfi a hímvesszőjére húzza az aktus előtt. Az ivarsejtek találkozásán kívül a nemi betegségek terjedését is megakadályozza, tehát ez mindenképpen nagy előnyt jelent a természetes módszerekkel szemben, melyek közül egyik sem volt képes ezt biztosítani. A nem tartós kapcsolatban élőknek javasolt az egyéb fogamzásgátló módszer mellett az óvszer használata is. Természetesen a gumióvszer alkalmazása közben is felléphetnek nem várt események, mint a lecsúszás vagy mellécsorgás, az óvszer kiszakadása. Ez okból a használata mindenképpen odafigyelést igényel, ez azonban könnyen elsajátítható. Mindenképp a behatolás előtt indokolt a felvétele, ugyanis itt is gondot okozhat a már előzőekben említett előváladék. Női óvszert is kifejlesztettek, melyet a nőnek kell felhelyeznie a hüvelyébe. A hüvelybemenet védelmével és a méhnyak lefedésével védi a petesejtet a spermiumoktól.

#### Hüvely szivacs és diafragmák [2]

A módszerek keverékei a barrier és a kémiai módszereknek. Egy spermiciddel átitatott szivacsról beszélhetünk, melyet vízzel való átnedvesítés után a méhszájra illetve 24 órás védelmet nyújt azáltal, hogy magába szívja a hímvarsejteket, illetve a spermicid által meg is öli azokat.

A diafragmák pedig spermiciddel átitatott latexhártyák, melyek egyrészt elzárják az utat a spermiumok elől, másrészt deaktiválják őket. Mindkét eszköz felhelyezése gyakorlatot igényel.

#### Pesszárium és méhszájsapka [2]

Egy-egy eszköz többször is használható, az aktus előtt maximum 2 órával felhelyezendő. Az aktus után pedig legalább 6-12 óráig nem szabad eltávolítani, illetve hüvelyöblítést sem célszerű alkalmazni. Az eltávolítás után ellenőrizni szükséges a mechanikai állapotát, illetőleg higiéniai szempontok alapján megtisztítani is szükséges. Összességében biztonságos módszerekről beszélhetünk, ha a nő gyakorlattal rendelkezik a felhelyezést illetően. Alkalmazásuk előtt mindenképp orvos felkeresése szükséges, mivelhogy a megfelelő méretű eszköz kiválasztásához és az alkalmazás elsajátításához nőgyógyász segítségét kell igénybe venni. Használatukat általában valamilyen spermicid anyaggal együtt javasolják, hiszen a pesszárium sosem tud igazán tökéletes illeszkedést nyújtani, így a pereme körül való hímvarsejtek áthatolásának megakadályozására mindenképp spermicid ajánlott. [5] Hátrányuk lehet, hogy a hüvelyváladék visszatartásával hüvelyszárazságot okozhatnak, illetve a helyi irritáció is gyakori.

#### Spirál, intrauterin device / IUD [2] [3]

Az eljárás során az orvos egy műanyag, vagy fémtartalmú (általában réz) „T” alakú eszközt helyez fel a méh üregébe, mely lokálisan folyamatosan gyulladásban tartja a méhszövetet, így a zigóta nem tud beágyazódni, nem tud megtapadni. Eszerint ebben az esetben nem az ivarsejtek találkozását akadályozzuk meg, hanem ha sikerült is a petesejt megtermékenyítése nem hagyjuk, hogy megtapadhasson a méhszövetben. Az eszköz felhelyezését csak orvos végezheti, azonban ezután 3-5 évig nem szükséges azt cserélni. Kockázatként meg kell említeni a folyamatos gyulladásban tartás miatt fellépő meddőséget, illetve kismencedei gyulladást, vagy a megnövekedett hajlamot a méhen kívüli terhességre. Ezen eszközök felhelyezését elsősorban olyan nőknek ajánlják, akik már nem szeretnének több gyermeket vállalni.

## Kémiai módszerek

### Spermicid anyagok [2] [3]

Általában gumióvszer, pesszárium vagy méhszájsapka mellett kiegészítésként alkalmazott módszer, mely során a nő tampon, hab, hüvelykép, krém, gél vagy spray formájában valamilyen spermicid anyagot juttat a hüvelybe, mely a spermiumok mozgásának akadályozásával, enzimeik gátlásával véd a megtermékenyítés ellen. Egyes nemi betegségek ellen is igen nagy százalékos védelmet nyújt. Hátrányuk az aktus előtt való alkalmazásból eredő spontaneitás elvesztése, illetve sok esetben csípő, kellemetlen érzést okozhatnak. Mindenképp követelmény az ilyen anyagokkal szemben, hogy gyors hatásúak legyenek, a hímivarsejteket gyorsan pusztítsák el. Ehhez járul hozzá a savas kémhatásuk, mely a lúgos közegben életképes hímivarsejtek haladását akadályozza. Azonban e savasság sem lehet túlzó, a méh nyálkahártyájának károsítását mindenképp kerülni kell. A megfelelő halmazállapot is kulcsfontosságú, hiszen az egész hüvelyfalat be kell fedniük. [5] Alkalmazási előírásukban a legtöbb esetben 5-15 perces várakozási idő szerepel, mely a hüvelyben történő egyenletes eloszláshoz szükséges. Ezen türelmi idő nem megfelelő betartása szerepel a használatuk során fellépő leggyakoribb hibák között. A közösülést követő hüvelyöblítés azért jelent problémát, mert hatástalanítja a spermicidet, így ezt 6-8 órán át mindenképp kerülni kell a felhasználásuk után.

### Hormonális módszerek [2]

Alapjuk, hogy az ovulációt állítják le, tehát nem képződik érett petesejt, nem lesz mit megtermékenyítenie a spermiumoknak. A hormonális módszerek alkalmazási módja többféle lehet. A testbejutás módja szerint beszélhetünk per os, parenterális, intramuscularis, az alkalmazásuk időbelisége szerint pedig esemény előtti, hosszútávú, illetve esemény utáni készítményekről.

### Hormonallyal preparált, lokálisan alkalmazott fogamzásgátlók [2] [3] [14]

A mechanikus módszerek között említett IUD vagy méhen belüli eszköznek léteznek olyan változatai, melyek progeszteront kibocsátva akadályozzák meg az ovulációt. Ide sorolhatjuk a Nuvaring névre hallgató hüvelyben alkalmazandó gyógyszerleadó rendszert is. Ez egy szintelen átlátszó gyűrű, mely etinilösztadiolt és etonogesztrelt tartalmaz. A nő saját magának fel tudja helyezni, mely így 3 héten át biztosít fogamzásgátló hatást. 1 hét szünet után szükséges az új gyűrű felhelyezése. Előnye a tablettákkal szemben, hogy nem igényel mindennapos odafigyelést.

### Orális tabletták [2] [3] [14]

Leggyakrabban ösztrogén és gesztagén kombinációját tartalmazzák, de léteznek csak gesztagén komponensű készítmények, melyeket minipilleknek hívunk. A kombinált készítmények esetében az ösztrogén komponens csaknem mindig ethinylestradiol, melyből 20-35 µg mennyiséget tartalmaznak.

Az ösztrogén rész szerepe az FSH (follikulus stimuláló hormon) szekréció és azáltal a tüszőérés gátlása, a méhnyálkahártya összetételének megváltoztatása, illetve a sárgatest degenerálása. A progesztagén/gesztagén komponens igen sokféle lehet: levonorgestrel, drospirenon, cyproteron, desogestrel, norgestimát. Ezen összetevő az LH (luteinizáló hormon) kibocsátást és ezáltal az ovulációt hivatott gátolni, valamint a cervicális nyák összetételét változtatja meg.

A kombinált tabletták esetében beszélhetünk egyfázisú, szekvenciális két-, illetve háromfázisú készítményekről egyaránt. Az egyfázisú tabletták az egész ciklus alatt azonos hatóanyag tartalmú tablettákat tartalmaznak, melyet 21 napig szükséges szedni, majd 7 nap szünetet kell tartani a következő levél elkezdése előtt, mely idő alatt megvonásos vérzést kell tapasztani az elhagyása utáni 2. vagy 3. napon. Manapság már egyre elterjedtebbek a 24+4 napos sémát követő kombinációk. A többfázisú készítmények előnye abban rejlik, hogy minél pontosabban próbálják imitálni a fiziológiás hormonszinteket, mely a mellékhatásprofil kedvező változásával is jár. Azonban még így is beszélhetünk mellékhatásokról.

Ösztrogének esetében súlygyarapodással lehet számolni, melynek oka lehet az anabolikus hatás miatt kialakuló ödéma, de ide tartozik a hányinger, szédülés, migrén, epekő képződési hajlam növekedése mellett az acne és a bőr pigmentáció kialakulása is. Ezek mellett azonban komolyabb nem kívánt tünetekről is beszélhetünk, mint a glükóztolerancia romlása és a lipidprofil kedvezőtlen változása. A tromboembólia kockázat növekedés hátterében a véralvadási faktorok és a fibrinogén fokozott szintézise áll. Ezek mellett az emlőkarcinoma és méhnyakrák kockázata is kismértékben megnövekedhet a sejtproliferáció fokozó hatás által.

A gesztagéneket ezzel szemben a gyenge androgén hatásuk által előidézett acnéért, hirsutizmusért, depressziós hangulatzavarokért és a HDL (high density lipoprotein) csökkentése által a kedvezőtlen vérzsír eltérésekért teszik felelőssé. Kedvező hatásként említhetjük a menstruációs ciklus szabálytalanságának mérséklését, a premenstruációs szindróma gyakoriságának, illetve az endometrium-, és petefészekrák kialakulásának csökkentését. Az ösztrogének esetében is beszélhetünk kedvező hatásokról, úgy, mint a csontritkulás kockázatának csökkentése. Az ovuláció meggátolásával pedig a méhen kívüli terhességet is képesek megakadályozni, mely az esetek nagy százalékában meddősséggel végződik.

Az előnyök és hátrányok mérlegelése után elmondható, hogy a hormonális tabletták alkalmazása biztonságoknak tekinthető, azonban vannak esetek, mikor kerülendő a használatuk. A tromboembólia kockázatát növelő mellékhatásukból adódóan az érelzáródásos betegségekben, koszorúér-betegségben, illetve emlőrákban szenvedőknél szigorúan tilos az alkalmazásuk. A csak gesztagén komponenset tartalmazó minipillek előnyei közé tartozik, hogy az ösztrogént nem toleráló, illetve szoptató nők is alkalmazhatják. Másik nagy előnyük, hogy mivel nem tartalmaznak ösztrogén komponenset, az e rész által kiváltott mellékhatásokkal sem kell számolnunk, így a szív-, és érrendszeri betegségekkel küzdők esetében előnyösebb választásnak tekinthetőek. Ezzel szemben azonban nem beszélhetünk olyan megbízható fogamzásgátló hatásról, mint a kombinált készítmények esetében, illetve a vérzési rendellenességek is nagyobb számban alakulnak ki a premenstruációs szindróma és a depresszió mellett.

Akár a kombinált, akár a minipill készítményeket nézve elmondható, hogy e gyógyszerek szedése nagy odafigyelést igényel, ugyanis mindennapos alkalmazásuk elengedhetetlen, és ha akár egy nap is kimarad a szedésük során más módszer használata is szükséges a teljes körű védelem megteremtéséhez. Nemi betegségek terjedése ellen szintén nem védenek, mégis széles körben alkalmazott és népszerű módszerekről beszélhetünk.

#### Sürgősségi fogamzásgátlók [2] [3] [14]

Alkalmazásukra akkor kerül sor, ha a pár az aktus során nem megfelelően vagy egyáltalán nem alkalmazott védelmet és fennáll a nem kívánt terhesség bekövetkezése. Ezen tabletták hormontartalma jóval nagyobb, mint az átlag fogamzásgátló tablettáké, így alkalmazásuk csak vészhelyzetben javasolt. Léteznek 72, de 120 órán belül bevehető készítmények is, az idő elteltével azonban egyre csökken a hatékonyságuk. 24 órán belül való alkalmazás esetén 95%-os biztonsággal megelőzhető a nem kívánt terhesség, 24-48 órán belül 85%, 48-78 órán belül 58%-ra tehető a hatásosságuk. Kizárólag vényre kapható készítményekről van szó, éppen ezért az orvos felkeresése minél előbb szükséges. Általában 0,75-1,5 mg levonorgestrelt alkalmaznak e célra, de a szelektív progeszteron receptor modulátor ulipristal is elterjedt. A levonorgestrel hatásmechanizmusának alapja, hogy egyrészt az ovulációt gátolja, másrészt a megtermékenyített petesejt beágyazódását akadályozza meg a cervicalis nyák összetételének megváltoztatásával. Mivel nagy hormondózisról van szó, így a hányás, hasmenés, hasi fájdalom, szédülés igen gyakoriak. Természetesen, ha a tabletták bevitelét követően 3 órán belül fordul elő hányás, új tabletták alkalmazása válik szükségessé.

#### Fogamzásgátló tapaszok, implantátumok [2] [14] [15]

Tapaszként általában ösztrogén és gesztagén kombinációját, implantátumként pedig norgestrelt vagy enorgestrelt használnak. Előnyük a kis hormonszint, illetve egy implantátum hatása akár 3-6 évig is



tarthat. Ezen eljárás során a felkar bőre alá ültetnek be szilikonból készült flexibilis kapszulákat. A szabálytalan vérzések viszont hátrányként említendőek. A tapaszt a menstruáció első napján kell felhelyezni, majd hetente újat kell felrakni három hétig, mely után egy hét tapasztmentes időszak következik. A módszerek előnye, hogy nem igényelnek napi odafigyelést, illetve a nyelési nehézségekkel küzdőknek is jó alternatívák lehetnek.

#### Parenterális kontraceptívumok [2] [14]

Ezek intramuscularisan adott olajos injekciók, melyek alkalmazása 2-3 havonta szükséges. Csak gesztagén komponenst tartalmaznak, hatásuk viszont erőteljesebb, mint a minipilleké. Előnyük, hogy nem igényelnek mindennapos alkalmazást. Az injekciós készítmények esetében gyakoribbak a vérzésekmaradások, melyek egy esetleges terhesség hosszabb ideig való rejtve maradását is jelenthetik.

#### Művi meddővé tétel [2]

Magyarországon a művi meddővé tételre vonatkozóan jelenleg az Egészségügyi törvényben [16] foglaltak vannak érvényben, mely alapján a műtétet az a minimum 18. életévét betöltött cselekvőképes személy kérvényezheti, akinek három vérszerinti gyermeke van, vagy az, aki 40. életévét betöltötte. Ha a kérelmező a kérelem benyújtását követő hat hónap elteltével újra megjelenik az egészségügyi intézményben és nyilatkozik a beavatkozás iránti szándéka további fenntartásáról, akkor a műtétre az ettől az időponttól számított fél éven belül sort kell keríteni. A műtétet laparoszkóppal végzik, mely eljárás során a petevezető elzárása a cél. Ez történhet gyűrűvel, fém kapoccsal, de leggyakrabban a vezeték átmetésével, átégetésével. A kapcsok előnye, hogy a fogamzóképeség helyreállítása rendszerint sikeres az eltávolításuk után. Nem beszélhetünk 100%-os biztonságú fogamzásgátló megoldásról, hiszen a petevezető újra átjárhatóvá válhat, illetve méhen kívüli terhesség is bekövetkezhet. [17]

#### Férfiak fogamzásgátlása [2]

Még a nők esetében igen hosszú listáról beszélhetünk a fogamzásgátló módszerek kapcsán, addig a férfiak esetében egyelőre igen hiányos ismeretekről számolhatunk be e téren. Ma is sok kutatás zajlik a férfiaknak szóló hormonális készítményekről, azonban egyelőre nem beszélhetünk biztos módszerről. A tesztoszteron, mint a spermiogenesis gátlószere elméletben jól alkalmazható lenne erre a célra, a valóságban viszont alkalmazása bizonytalan, köszönhetően egyrészt kedvezőtlen farmakokinetikájának. [14] Ebből következik, hogy a férfi fogamzásgátlás legelterjedtebb mechanikai eszköze az óvszer.

Férfiak esetében is beszélhetünk művi sterilizációról, vagyis vasectomiáról, mely során az ondóvezetéköt kötik el, így a hímivarsejtek nem képezik többé részét az ondónak. A műtétet követően 6-10 hét elteltével beszélhetünk teljes sterilitásról, merthogy körülbelül 20 magömlés szükséges ahhoz, hogy a már ivarszatórnákban lévő fogamzóképes spermiumok kiürüljenek. A férfi meddővé tétel esetében a jogszabályi háttér megegyezik a nőkre vonatkozó feltételekkel.

Mindkét fél esetében felmerülhet a fogamzóképeség helyreállítása. A recanalisatio azonban férfiaknál csak 10 éven belül vezethet sikerhez, ugyanis ezután az ivarsejt képző képletek sorvadásnak indulnak. Ezen tények és adatok ismeretében kell az egyénnek, illetve párnak azt a döntést meghoznia, hogy melyik fél végeztetni el magán a sterilizációt.

Összességében tehát elmondhatjuk, hogy a létező módszerek közül mindenki találhat számára megfelelőt, azonban 100%-osan hatékony eljárás nem létezik. Éppen ezért az egyénnek kompromisszumot kell kötnie a hatékonyság, kényelem és az ár figyelembevételével mindenki a saját maga számára legmegfelelőbb módszert kell alkalmazza. Nem vagyunk egyformák, de pozitívként kell említenünk azt, hogy egyre szélesebb skáláról válogathatunk. **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.)** Ezzel szemben azonban a módszerek nagy része a nőkre irányul, az ő felelősségük a rendeltetésszerű és megfelelő

alkalmazás. A jövőbe tekintve remélem, hogy a férfiak fogamzásgátlására irányuló kutatások sikereket fognak elérni és nekik is lehetőségük lesz kivenni a részüket a mindkét fél érdekeit szolgáló nem kívánt terhességek megelőzésében.

A fogamzásgátló módszerek használata egyre nagyobb időintervallumot ölel fel, hiszen a szexuális élet egyre korábbi megkezdése egyre hosszabb ideig tartó fogamzásgátlást jelent. Ide kapcsolódik egy másik szintén fontos jelenség. A nők egyre gyakrabban a harmincas éveik közepe-vége fele vállalnak csak gyereket. Ezen két szempontot figyelembe véve tehát elmondható, hogy a fogamzásgátlási időszak extrém módon meghosszabbodott, akár 15-20 évre is kiterjedhet. Sajnos a rosszabb helyzetű nők esetében még mindig fő kritérium az olcsóság és mivel viszonylag drága módszerekről beszélhetünk, ők még így is sokszor a megszakításos vagy védekezés nélküli közösülést választják, vagyis egyszerűen a szerencsében bíznak. 15-20 éven át azonban az ember nem bízhat mindig a szerencsében. Fontos tényező, hogy sok nő az általa választható módszerek nagy részéről nem is tud, nem értesül róluk. Harmadik összetevő, hogy sokszor az adott módszert nem megfelelően alkalmazzák, ezért nem kívánt terhességhez vezet. Következésképp tehát fontos, hogy kellő időben megtörténjen a felvilágosítás, hogy mindenki megtalálhassa a számára legalkalmasabb eljárást. Mind a fogamzásgátló eljárás rendeltetésszerű alkalmazása, mind a kellő tanácsadás fontos faktorok az egészséges szexuális élet kialakításához.



3. ábra fogamzásgátlási módszerek

### **ABOTRUSZ**

A rendelkezésünkre álló fogamzásgátlási módszerek sokaságát tekintve azt hihetné az ember, hogy abortuszra és nem kívánt terhességre csak ritka esetekben kerül sor. Ez azonban a valóságban sajnos nem így van. De hogy mi ennek az oka? Véleményem szerint a tájékoztatatlanság és a hiányos szexuális felvilágosítás. Ugyanis az egy dolog, hogy nem tud minden ember az összes létező módszerről, de az általa

ismert vagy használt eljárást sem rendeltetésszerűen alkalmazza. A nem kívánt terhességek nagy része megelőzhető lenne a kellő felvilágosítással.

### A terhességmegszakítás [9] [18]

Az abortusz szó eredetét tekintve az „aborior” igéből származik, melynek jelentése „idő előtt világra jön”. [19]

Terhességmegszakítást minden korban végeztek, nem találunk egy olyan népet sem, ahol a nők ne hajtottak volna végre abortuszt valamilyen formában. A kivitelezésben, a felhasznált eszközökben az egyes társadalmak között nagy különbségek mutatkoznak, azonban sok párhuzamot is vonhatunk az eljárások között. Az alábbiakban ismertetett, néhol kíméletlennek tűnő módszerek azonban nem mutatnak egyebet, minthogy a nők képesek voltak mindent megtenni ennek elérése érdekében.

A népi gyógymódok alkalmazásával több eljárás is elterjedt, melyeket az asszonyok otthon, egyedül is elvégezhettek vagy bábák segítségével alkalmazhattak. Számos forrás tesz olyan közvetlen fizikai behatásokról említést, melyeket sokszor „felszúrás” vagy „felpiszkálás” néven emlegettek, melynek kivitelezése során hegyes fadarabokkal, pálcikaszerű eszközökkel, gyökerekkel a méhbe felnyúlva védekeztek a nem kívánt terhesség ellen. Több forrás említi az alábbi növényeket, melyeket abortív célból alkalmaztak: torma, tályogygyökér, szappangyökér, petrezselyem, papsajt mályva, orvosi ziliz, fekete és fehérüröm, cédrusfa, dohány. Ezeket általában orálisan és lokálisan is felhasználták. Ugyanerre a célra vették igénybe a levendulát, aloét, majorannát, borókát. Méliusz Juhány Péter könyve, a „Herbarium” (1578) is számos utalást tartalmaz a gyógynövények termékenységre és magzatra gyakorolt hatásairól. [10] Ha ilyen eszközök, növények mégsem álltak rendelkezésre, akkor az asszony a saját ujjával próbált véget vetni a terhességének. A méhbe különböző oldatok, folyadékok fecskendezése is szokványos eljárásnak számított. A befecskendezett anyagok között gyakori volt az alkohol, a jód-oldat, a szappanos víz, az ecet, rézgálic és a hipermangán-oldat.

Napjainkban ugyan az orvostudomány fejlődésével sokkal kíméletesebb módszerek állnak rendelkezésre, azonban még mindig drasztikus beavatkozásokról beszélhetünk. A terhesség 12. hetéig alkalmazható eljárás a vákuum aspiráció, illetve a curettage, mely során egy tompa curett-kanalat alkalmaznak az uterus kiürítésére. A terhesség második és harmadik trimeszterében korántsem ilyen egyszerű a terhesség megszakítása. Ilyenkor sok esetben a magzat darabonként való eltávolítása is megtörténhet, illetve az is opció lehet, hogy az anyának halott magzatát kell a világra hoznia. [1]

### Jogi alkalmazások [18] [20] [21] [22] [23] [24]

Az abortuszhoz kapcsolódó jogszabályok vizsgálatakor orvosi, etikai, gazdasági és társadalmi szempontokat egyaránt figyelembe kell vennünk, hiszen egyes intézkedések volt, hogy nem azért születtek, hogy az anya vagy a magzat, hanem, hogy a társadalom érdekeit szolgálják. Nem volt ritka, hogy egy nemzet azért döntött az abortusz tiltása mellett, hogy népességszámát növelni tudja és az állam érdekeit szem előtt tartva foglaltak állást a kérdésben, ezzel katonai és politikai sikerek szolgálatába állítva az ügyet. Ilyen példával találkozhatunk az ókori Spártában, Olaszországban Mussolini idejében és Németországban Hitler irányítása alatt. [25]

Magyarországon a jelenleg érvényben levő jogszabályokat alapul véve az 1992. évi LXXIX. törvény [20] értekezik a magzati élet védelméről. A sok ellentmondást keltő kérdést, miszerint mikortól számít a magzat embernek és mikortól rendelkezik saját jogokkal, a törvény már az elején tisztázza: a magzati élet a fogantatás pillanatával indul, valamint a fejlődő magzatot és a gyermeket váró nőt egyaránt védelem és támogatás illeti meg. Magyarország Alaptörvénye is egyértelműsíti és kijelenti, hogy: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.” [26] A 2000. évi LXXXVII. törvény 1.§ szerint [23] az állam segíti a

fogamzásgátló módszerek ismertetését, valamint támogatja a magzati élet védelmét szolgáló, az anyának anyagi támogatást nyújtó szervezeteket.

A terhesség megszakításáról az alábbi megállapításokat teszi az előző törvény. A két alábbi feltétel ellenében a terhesség az időtartamától függetlenül bármikor megszakítható: ha az állapotos nő életét veszélyezteti, vagy ha a magzatnál élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség áll fenn. A 12. hétig szintén megszakítható a terhesség, ha a nő bűncselekmény áldozata lett, vagy ha súlyos válsághelyzetben van. Ezen válsághelyzetet a törvény test, lelki megrendülésként, illetve társadalmi ellehetetlenülésként definiálja. A törvény hiányossága ennél a résznél áll fenn, merthogy nincsen konkretizálva, hogy e válsághelyzetek mit takarnak. Márpedig ez szerintem nem kellően pontos, és ezzel úgymond kikaput hagyva a nő a törvény e részére hivatkozva szinte bármilyen körülmény között elvégezetheti a műtétet. A 18. hétig akkor van lehetőség a terhesség megszakítására, ha azt nem ismerte fel korábban az anya valamilyen egészségügyi okból vagy orvosi tévedésből kifolyólag. [21] [24]

Ha ezen okok bármelyike fennáll, az állapotos nő írásbeli kérelmet benyújtva kérheti a terhessége megszakítását. Eme beadványt a Családvédelmi Szolgálat munkatársainak kell továbbítani. Ezután a nőnek kettő tanácsadáson kell kötelezően részt vennie három napon belül. Ezen alkalmak során a védőnők kötelesek tájékoztatni a nőt az elérhető családtámogatási lehetőségekről, az örökbeadás opciójáról, a terhességmegszakítás veszélyeiről és későbbi teherbe esésre gyakorolt hatásáról. A tanácsadásokkal kapcsolatban a törvény megállapítja, hogy a védőnőnek tiszteletben kell tartania az állapotos nő érzéseit és méltóságát, valamint a műtét előtt álló nő személyazonosságának kiadására nem kötelezhető. Ha a második tanácsadás után is fenntartja a kérelmét a nő, a védőnő tájékoztatja őt a terhességmegszakítás körülményeiről, módjáról és a fogamzásgátlási módszerekről. Ezt követően az állapotos nőnek nyolc napon belül jelentkezni kell az általa kiválasztott egészségügyi intézményben a műtét elvégzésére. A szakorvosnak joga van megtagadni a műtét elvégzését, nem kötelezhető rá, kivéve, ha a nő életét súlyosan veszélyezteti a terhesség. Ezzel védi a törvény az orvost jogi és erkölcsi szempontból. [13] [24]

Az abortusz esetén két jog ütközik szembe egymással. A magzat élethez való joga és a nő élethez és testi épségének megőrzéséhez való joga. **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.)** „*A női és férfi ivarsejt egyesüléséből létrejött, az anyaméhben kifejlődő magzatot és a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg.*” [20] Azonban ez a védelem és támogatás megvalósítható-e egyszerre? Hogyan vagyunk képesek a gyermekét elvetetni kívánó, és magának a magzat a jogainak érvényesítésére egyszerre? Véleményem szerint ez sehogy sem lehetséges, hiszen azzal, hogy az abortuszt engedélyezzük, még ha keretet is szabunk a műtét elvégzésének, a magzat védelme és jogai a beavatkozással elvesznek és csorbulnak, ugyanis csak az anya jogai fognak érvényesülni. Melyik ér többet mégis? Erre nincs helyes válasz. Viszont a jogrendszer a nő érdekeit veszi előbbre a magzat érdekeivel szemben, merthogy a magzat majd csak a jövőben, minden bizonyosságot nem kizáróan születik meg és lesz belőle emberrel azonos jogú személy. Nincs lehetőség a magzat jogainak növelésére anélkül, hogy az anya jogait ne csorbítanánk, és fordítva. [27]





4. ábra abortusról döntés

#### Abortusz a férfi szemszögéből [28] [29]

A magzat megfogásához egy férfi és egy nő is szükséges, ezért, mikor a terhesség megszakításáról beszélünk társadalmi és jogi szempontból is sok kérdést felvetnek az apa jogai és azok érvényesítése. A legtöbb forrás és irodalom a nő szemszögéből nagyon részletesen körbejárja a témát, a férfiakról azonban már annál kevesebb szó esik. Mikor az abortusról vagy éppen a szülővé válásról beszélünk, miért hagynánk ki a férfiakat? Sok esetben a nem kívánt terhesség egy egyszeri együttlét eredménye, azonban akár erről, akár egy komolyabb párkapcsolatról legyen szó, felmerül a kérdés, hogy az apának joga van-e beleszólni a születendő gyermeke sorsába, vagy mivel a nő hordja ki a terhességet, az ő testében mennek végbe a változások csak is kizárólag ő ítélkezhet a benne növekvő magzatról.

Sok esetben a nők az apát ismeretlenként jelölik meg a műtét elvégzése előtt, azonban sokszor ez nem igaz, csak nem kívánják belevonni, illetve tájékoztatni a történekről a másik felet. Természetesen az sem ritka, hogy a terhesség megszakítására a nőt elkíséri partnere is, támaszként ott áll mellette, próbálja átsegíteni a nőt ezen a nehéz időszakon. Azonban a jelenleg érvényben levő jogszabály [20] szerint az apa beleegyezése az abortusz elvégzéséhez nem szükséges, de mint lehetőség fennáll. A törvény tehát egyértelmű, a nő a férfi beleegyezése és tudta nélkül elvégeztetheti a műtétet. Ez viszont nem feltétlen a legpozitívabb kimenetele az eseményeknek, hiszen a férfi lehet, hogy sok esetben vállalná a gyerek felnevelését, ha az anya kihordaná a terhességet.

Véleményem szerint tehát a férfiak szerepét is mindenképp vizsgálni kellene a kérdéskörben, és akár valamilyen szabályozást is ki lehetne rájuk terjeszteni, hogy a beleegyezésük vagy megkérdésük nélkül ne lehessen a terhességet megszakítani. Viszont nyilván az sem jó megoldás, hogy a nőre és testére hárítjuk a felelősséget, hogy szülje meg a gyermeket, akit ő a későbbiekben nem kíván nevelni, csupán azért, mert az apa nem engedélyezte az abortusz. Ez a lehetőség a nő jogait sérti, viszont az apa teljes kihagyása a döntésből mindenképp egy olyan pont, amin érdemes lenne talán változtatni a jövőben.

#### Álláspontok az abortusról [22] [25] [30]

Arra a kérdésre, hogy a magzat mikortól tekinthető emberi lénynek a történelem során kialakult nézetek eltérő válaszokat adtak és ezáltal több különböző álláspont alakult ki az abortusz megítélésével kapcsolatban. (1. ábra) James E. White kategorizálása alapján [30] három nagyobb csoportot különíthetünk el.

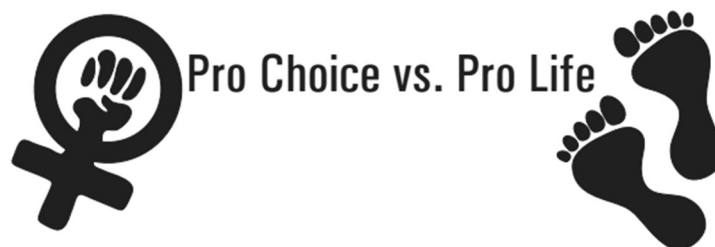
A konzervatívok a „pro-life” álláspontot képviselve a magzat élethez való jogát tartják a legfontosabbnak, mely felett sem az anya, sem az orvos nem rendelkezhet, hiszen a magzat önálló emberi lény az őt megillető jogokkal együtt. Ők már a megtermékenyítés pillanatától kezdve élő személynek tekintik az embriót. A konzervatív nézeteket vallók azért ítélik el az abortuszt, mert a zigótából potenciális ember fejlődhet, és ennek megakadályozása bűn. Viszont így a fogamzásgátlást is bűnnek kellene, hogy tekintsék, mivel az is a zigóta kialakulását, az ivarsejtek egyesülését akadályozza meg. Ezen logikát követve lényegtelen, hogy a zigóta növekedését, azaz már az egyesült ivarsejtek fejlődését, vagy az ivarsejtek találkozását akadályozzuk meg.

A liberálisok ezzel szemben a „pro-choise” táborát erősítik, azzal indokolva, hogy az anyának joga van a saját teste felett rendelkezni, így a benne fejlődő gyermek sorsáról is önrendelkezhet. Ők csak a megszületéstől kezdve számítják erkölcsi személynek a magzatot. Ez azonban felveti a kérdést, hogy mi különbség van a születése előtt egy órával az anya testében levő magzat és az egy órája világra jött gyermek között. Nyilvánvalóan a szülést követően beszélhetünk konkrétan két külön testről. Ettől kezdve az anya önrendelkezhet saját teste felett anélkül, hogy ez magzatára kihatással lenne, előtte viszont ezt nem tehette meg anélkül, hogy a magzatot is érintette volna. Az önrendelkezési jog abban a vonatkozásában is megállja a helyét, hogy a magzat használja az anya testét és nem fordítva. Tehát evidensnek tűnik, hogy az anya áll a döntési ranglétra magasabb fokán. Nem mehetünk el azonban azon ellenérv mellett, hogy a magzat nem véletlenül került oda, hanem egy nőt is kívánó cselekmény eredményeképp. A nemi erőszak kivételével elmondható, hogy a nő beleegyezése is szükséges egy gyermek megfogadásához vezető aktushoz.

A mérsékelt csoport egyrészt a magzat élethez való jogát, másrészt azt is elismeri, hogy az anyának joga van rendelkezni a testéről és életéről. Ezen álláspont képviselői úgy tartják, hogy a magzat miután egy bizonyos kort és fejlettségi szintet ért az anyaméhben már erkölcsi személynek tekinthető, hiszen már képes érzékelni, kommunikálni. E kor előtt azonban nem tekinthető jogokkal rendelkező személynek, tehát az abortusz elvégezhető.

Az orvostudomány természetesen a petesejt és a hímivarsejt összeolvadásától kezdve számítja az életet, hiszen az ekkor már kialakult embrió a továbbiakban már csak növekszik, fejlődik, génszerkezete már teljes egészében kialakult. [31]

Az említett álláspontok kialakulása azonban egészen az ókorra vezethető vissza, melynek meghatározó alakja volt Hippokratész. Ő úgy tartotta, hogy az abortusz abban az esetben végezhető el, ha az anya életét veszélyeztetni, minden más esetben elítélte. Az egykori hippokratészi eskü [19] szövegében is találhatunk utalást a magzatelhajtásra: „*Senkinek sem adok halálos mérget, akkor sem, ha kéri; és erre vonatkozólag még tanácsot sem adok. – hasonlóan nem segítek hozzá egyetlen asszonyt sem magzata elhajtásához.*”



1. ábra Pro Choise-Pro Life

Történelmi gyökerek [18] [24] [27] [31] [32] [33] [34]

A születésszabályozás, magzatelhajtás történelmi vonatkozásait vizsgálva nem hagyhatjuk figyelmen kívül az idő múlását és ezzel együtt a szokások, politika és gazdaság változását. A fejlődésnek köszönhető, hogy míg a mai világban elfogadott az a tény, hogy egy nő nem szül gyereket, illetve nem kíván családot alapítani, addig ezzel szemben a régi időkben elképzelhetetlennek bizonyult és kiközösítették, megvádolták azt a nőt, aki nem tudott vagy nem akart gyermeket hozni a világra. A nők saját önrendelkezési jogát sok ezer évig nem ismerték el, önállóan nem dönthettek semmiről, még a saját testük felett sem rendelkeztek. Csak 1915-ben jelent meg az USA-ban egy olyan mozgalom, mely a fogamzásgátlók reklámozását és elterjesztését követelte. Az 1960-as, 1970-es években volt tapasztalható az abortusz törvények terén enyhülés, mely köszönhető egyrészt a feminista mozgalmaknak, illetve egyre többen belátták, hogy az abortusz tiltásával csak a legális műtétek számát voltak képesek csökkenteni, az illegális abortuszok száma ugyanúgy magas maradt, mindemellett pedig az ezekből származó halálozási arány is magas volt. [25]

Hammurapi törvénykönyve külön szankciókat szabott ki az abortuszt elvégző nemesekre és szolgálókra: „*Ha egy awélum (szabad nemes) awélum lányát megütötte, és magzatát elvetéltette vele, 10 siglum ezüstöt fizessen a magzatért.*” A szolgálókra ezzel ellentétben nem vonatkozott pénzbírság. [31] A történelem során több zsinaton is született a magzat vagy gyermek megöléséért kiróvandó szankció. Így például az elvirai (300 körül), az ankurai (314), láruidai (524) és a 678-ban tartott konstantinápolyi zsinaton született kánonok is általában gyilkossággal egyenértékű büntetéssel sújtották a magzatelhajtást. Az elvirai zsinat 63. kánonja szigorúbb volt: „*Ha egy asszony férje távollétében házasságtörő kapcsolatból fogant, és tette után megölte gyermekét (...) még élete végén sem szabad megadni neki a közösségben való részesedést (...)*”. Az ancyrai zsinat 21. kánonja enyhébben ítélezik: „*(...) akik (...) megölik újszülöttjüket vagy azon igyekeznek, hogy magzatukat elhajtsák (...) tíz évet töltsenek vezeklésben (...)*”. [31]

Természetesen a nézetek jelentősen megváltoztak a kereszténység elterjedésével, hiszen az életet Isten ajándékának tekintették, így minden módszer alkalmazása, mely a magzat megfogását, megszületését akadályozta bűnnek számított. [12] A kereszténység felfogása alapján a szex egyetlen célja az utód nemzése. Azt, hogy az idők folyamán a magzatelhajtás büntetése nem sokat változott az is mutatja, hogy V. Sixtus által 1588-ban hozott intézkedések szintén a gyilkosokra mérendő büntetéseket szabtak ki a magzatukat megölni asszonyokra. A középkorban számos új törvény és határozat született, melyeknek kialakításakor szintén meghatározó szerep jutott az egyházaknak. [19] [35]

Kálmán király (1095-1116) büntető törvénykönyvében (Első könyv, 58. fejezet) található „Magzatokat vesztő asszonyokról” szóló fejezet, mely kimondja: „*Magzatjogokat vesztő asszonyok főesperesük előtt vezekeljenek.*” [36] Döntő fontosságú döntés született 1279-ben Budán tartott zsinaton, „*Kiátkozzuk azokat, akik gonoszul koraszülést, abortuszt idéznek elő.*” [27] Werbőczy István „Hármaskönyve” a következő forrás, mely egyértelmű kijelentést tesz a magzatelhajtásról: „*Mindazáltal tudnunk kell, hogy az asszonyok és nők ellen is abban az esetben, ha közülök valamelyik a férjét vagy szülőjét, avagy saját magzatait gonoszul megöli vagy megöleti épen mint a férfiak ellen, főbenjáró ítéletet kell hozni és kimondani.*” Az 1425-ben született budai jogkönyv is említést tesz a magzatelhajtásról. Eszerint a beavatkozás véghezvivőjét száműzetés sújtotta, azonban ha az anya is életét veszítette a művelet közben, akkor az azt végrehajtókra halálbüntetés várt. [10] [32] [34] [37]

A középkor végére azonban enyhült az egyház által kialakított szigor és a gondolkodás átformálásnak indult. Mária Terézia nem csak az oktatás, hanem az egészségügy területén is számos reform intézkedést hozott. A „Generale Normativum in Re Sanitatis” c. kiadványában a magzatelhajtásról is szó esik. E mű szerint a patikusoknak tilos magzatelhajtó orvosságot kiadniuk. [18]

Az 1878. évi büntető törvénykönyvben [38], a Csemegi-kódexben is megjelenik a magzatelhajtás, mint büntetendő cselekmény. „*A teherben levő nő, a ki méhmagzatát szándékosan elhajtja, megöli, vagy azt más*

*által eszközölteti, ha házasságon kívül esett teherbe: két évig terjedő börtönnel, ellenkező esetben pedig három évig terjedő börtönnel büntetendő. Azon anya, a ki a házasságon kívül született gyermekét a szülés alatt, vagy közvetlenül a szülés után szándékosan megöli: öt évig terjedő börtönnel büntetendő.”* Ebből is látszik, hogy ezen intézkedések elsősorban a magzatot védik, hiszen minden esetben büntetik az anyát, illetve az abortuszt végrehajtó személyt is. Látszik, hogy a ma érvényben levő törvényekhez képest, melyek lehetővé teszik az abortuszt bizonyos esetekben, a Csemegi-kódex egyértelműen elutasítja, büntetni azt. [18] [32] [33]

A 1936-ban alakult Orvosi Kamara kötelezővé tette a tagságot minden orvosnak, azonban a tagfelvételnek volt egy olyan pontja, melyben említést kapott az abortusz is. Így a 22. § b; pontja szerint nem nyerhetett felvételt, és ezáltal nem folytathatta tovább munkáját az az orvos, akit ítétek már el magzatelhajtás miatt. [25]

A hosszú abortusztilalomnak egy átmeneti időszakra vége lett 1945 februárjától kezdve, ennek oka pedig az volt, hogy a hazánkban a németeket visszeverő szovjet katonák erőszakos viselkedésének nagyon sok nő áldozatul esett. 1949 nevezhető a következő fordulópontnak, amikor is a Szovjetunió a népességszámának minél gyorsabb ütemben való növelését tűzte ki célul, és ez alól Magyarország sem volt kivétel. Rákosi Mátyás bevezette az abortusz tilalmát. [33]

Ratkó Anna, egészségügyi miniszter 1953-ban hozott határozata meghatározó volt sok szempontból. A 1004/1953-as határozat a magzatelhajtás ellen küzd. Ezt fémjelezve az időszakot Ratkó-korszakként ismeri a világ. A kormányhatározat azonban a Csemegi-kódex-szel szemben bizonyos feltételek megléte mellett, mint például bizonyos betegségek, engedélyezte az abortuszt. A rendelet mindemellett kötelezte a nőket terhességük bejelentésére. Ezen intézkedéseknek köszönhetően több, mint 80 ezerrel több gyermek jött a világra, akiket később Ratkó-gyerekeknek neveztek el. Ezen népességugrás a születési számokat ábrázoló diagramokon éles kiugrásként jelenik meg. Ilyen éles ugrás látható 1974 és 1979 között is, melyet az ún. Ratkó-gyerekek saját gyermekeivel magyarázhatunk. [32] [33] [39]

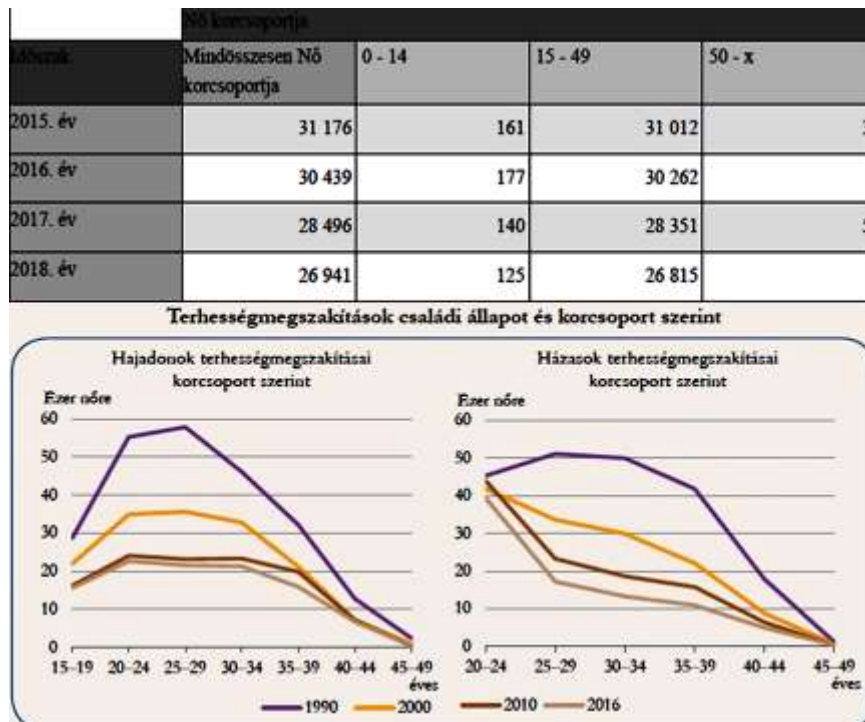
Az abortusztilalmat 1956-ban törölték el. A 1047/1956 MT. határozatban, majd a 2/1956. (VI.24) EüM rendeletben leírtak által, ha a nő kéri a terhessége megszakítását, azt kötelező elvégezni. Ha a fontos fordulópontokat tekintjük látható a változás, hiszen még a kódex kizárólag a magzat jogait és érdekeit tartja szem előtt, és a nőnek egy esetben sem engedélyezi a magzat elhajtását, addig Ratkó Anna rendelete bizonyos esetekben szigorú előírásokhoz kötve, de engedélyezte az abortuszt. 1956 júniusától viszont az anya kérésére bármikor elvégezhető volt a terhességszakítás, így ennek következményeképp egy olyan demográfiai helyzet állt elő 1959 és 1973 között, hogy minden évben több terhességszakítás történt, mint ahány gyermek világra jött. 1974-ben az abortuszra vonatkozó szigorítások bevezetése nyomán, valamint az egyre szélesebb körben terjedő fogamzásgátló módszerek következtében a következő években már mindig nagyobb születési számokról beszélhetünk, mint abortuszokról. [32] [33] [39]

### Statisztika [33]

Az abortuszok számát a nő életkora szerint vizsgálva (2. ábra) arra a következtetésre juthatunk, hogy a 15-49 éves korosztályra tehető a műtétek döntő többsége és szerencsére a 0-14 éves korosztály esetében nem beszélhetünk ekkora arányról, azonban még itt is évi több, mint 100 esetről számolnak be a statisztikák, mely nem elhanyagolható. Egyre csökken az az életkor, melyben a leggyakoribb az abortuszok száma. Még 1990-ben ez a 28 éves kor esetében volt elmondható, addig 2016-ra a 20 éves korosztály körében végezték a legtöbb műtétet. 1990-ben pont, hogy a 20-24 éves korosztály között volt leggyakoribb a gyermekvállalás. Ezzel szemben napjainkban a 30-34 éves korosztályra tehető a családalapítás átlagos időszaka, ebből is következik, hogy e korosztályra vonatkozó abortusz adatok közel harmadára csökkentek. Ezek alapján mi

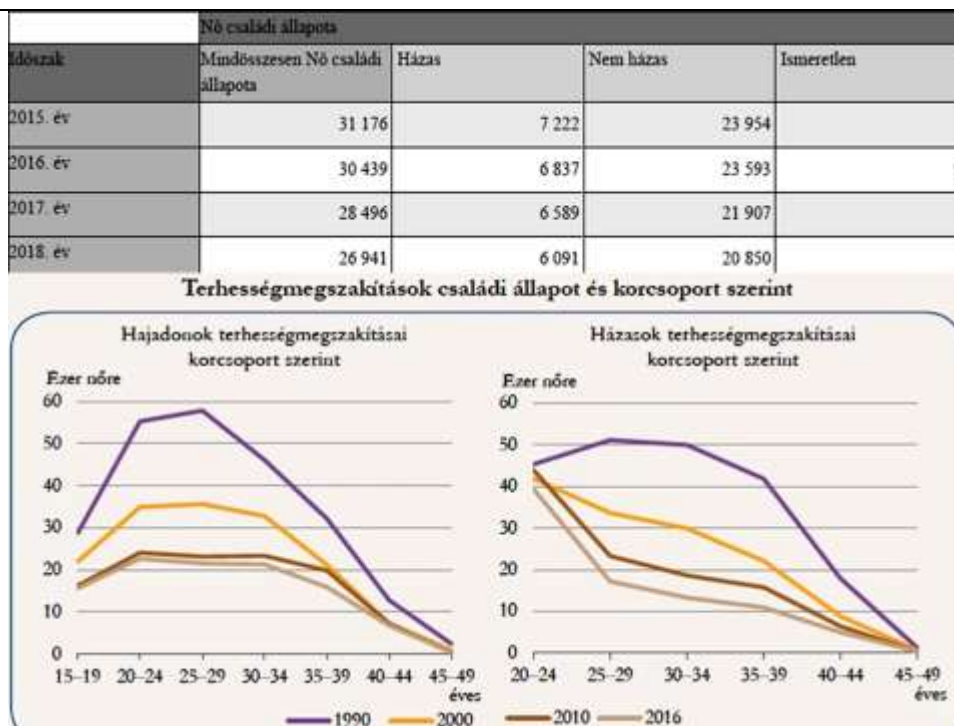


sem bizonyítja jobban, hogy a szülési kedv egyre inkább kitolódik, hiszen 1990-ben a 30-34 éves korosztályba tartozó nők esetében minden második terhesség abortusszal végződött, ezzel szemben 2016-ban ötször több esetben választották a gyermek megszületését a nők, mint az abortuszt ebben a korosztályban.



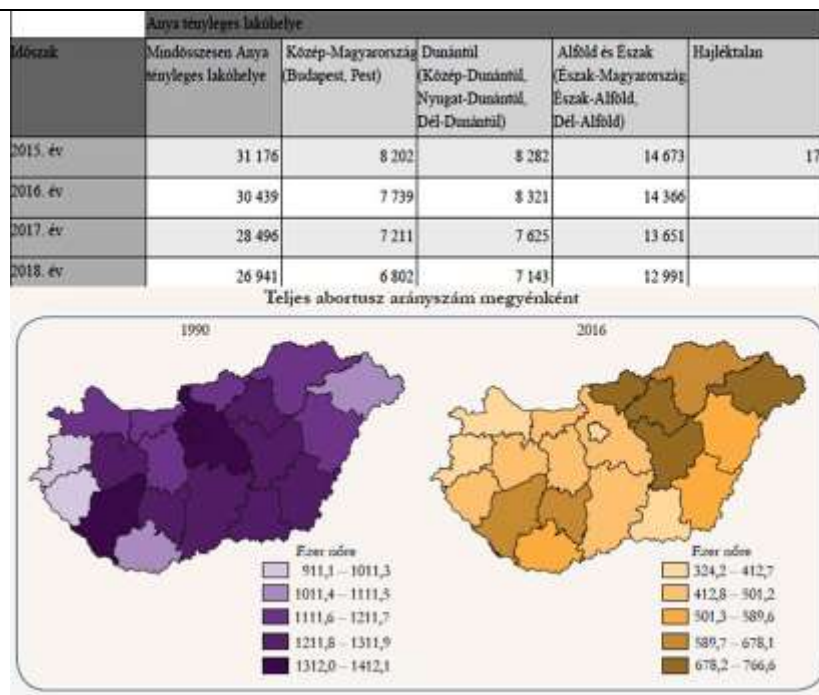
2. ábra Terhességmegszakítás a nők életkora szerint

A terhességmegszakításon átesett nők családi állapotát mutató felmérés (3. ábra) alapján elmondható, hogy 3-4x annyi hajadon nő volt a műtéten átesettek között, mint házas. Ha a családi állapot mellett a nők életkorát is tekintjük elmondható, hogy még a házasságban nem élő nők 1990-es adatai szerint a 20-30 éves korosztály volt a legmagasabb arányban, a frissebb 2016-os adatokat nézve viszont már nem beszélhetünk ilyen éles különbségekről, a 20-40 éves korosztályon nagyságrendileg azonos számú műtétet hajtottak végre. Még 1990-ben az összes abortuszok 63%-a házas nőkhöz köthető, addig 2016-ban 70%-os arányról beszélhetünk a nem házas, hajadon nők esetében. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a házasságban élők vagy nagyobb figyelmet fordítanak a fogamzásgátlásra, vagy ha megfogyan egy nem feltétlenül tervezett gyermek, a házasság nyújtotta biztonság miatt nagyobb eséllyel döntenek a megtartása mellett. Még a hajadonok ezzel szemben a megfelelő társ és potenciális apa megtalálása nélkül sokkal ritkábban döntenek a gyermek megtartása mellett. Viszont azt sem szabad elfelejteni, hogy manapság a gyermekvállalás a 20-as évekről egyre inkább a 30-as évekre tolódik, illetve a házasságkötés is ezt a tendenciát követi.



3. ábra Terhességmegszakítások családi állapot és korcsoport szerint

Akár az 1990-es, akár a 2016-os adatokat nézzük (4. ábra) elmondható, hogy a 8 osztály végzetek körében beszélhetünk a legmagasabb, a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők esetében a legalacsonyabb számokról a terhességmegszakítások tekintetében. Azonban, ha a 2016-os adatokat tekintjük csak, egy olyan meglepő arányra bukkanhatunk, hogy az általános iskolát be nem fejező lányok esetében majdnem tízszer annyi abortuszról beszélhetünk, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők körében. Itt vetődik fel a kérdés, hogy ezen adatok tükrében, nem lenne-e előbb szükség a szexuális felvilágosítás elkezdésére, illetve ha ez megtörténne, visszaszorítható lenne-e ez a kimagasló szám a 8 osztály végzetek körében. Az oktatási intézmény felelőssége itt mutatkozik meg igazán a kérdéskörben. A csak általános iskolát végző lányok esetében feltételezhetően egy nem megfelelő családi háttérrel is beszélhetünk az esetek többségében. Itt egy külön társadalmi csoport problémájáról van szó, akik körében akár a fiatalok terhessége sem ritka.



4. ábra Teljes abortusz arányszám megyénként

Ha a Magyarország területi megoszlást vizsgáljuk (**Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**) kiderül, hogy minden megyében jelentős csökkenés tapasztalható, de még 1990-ben Pest és Somogy megyében voltak a legmagasabb számok, addig 2016-ban Szabolcs-Szatmár-Bereg, Nógrád, Heves és Jász-Nagykun-Szolnok megyében volt ez tapasztalható. Tehát a csökkenés nem volt egyforma mértékű az ország különböző részein. A fővárost mindenképp érdemes külön vizsgálni, hiszen az ezer főre jutó 1312-1412,1 abortuszhoz képest 25 év elteltével már csak 324-412 terhességmegszakításról beszélhetünk. Ezzel Budapest esetében tapasztalhatjuk a legjelentősebb csökkenést. A 2018-as régiós adatokat arányosítva Közép-Magyarországon a legkevesebb, az Alföldön és az északi részen beszélhetünk a legtöbb esetről. Ezen adatok természetesen összefüggésben vannak az adott régióban tapasztalható munkalehetőségekkel, illetve az egy főre jutó átlagkeresettel is.

Összességében tehát pozitívum, hogy a terhességmegszakítás mellett döntő nők száma évről-évre csökken, azonban látnunk kell, hogy a probléma túlmutat a helyes szexuális nevelésen, hiszen mind az iskolai végzettség, mind a párkapcsolati státusz, sőt még a lakhely is hatással lehet a döntésre.

#### Abortuszstigma, lelki háttér [31] [40] [41]

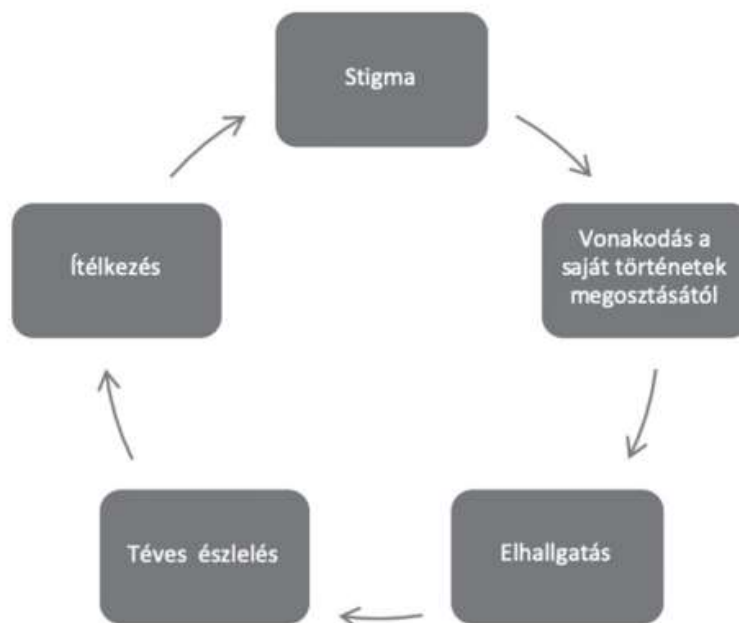
Ha egy nő magzatának elvetetése mellett dönt, akkor valójában a társadalmi elvárásokkal megy szembe. Olyan előítéletek kapcsolódnak az abortuszhoz, mint a több szexuális partner megléte, a nem megfelelő fogamzásgátlás alkalmazása, vagy egyszerűen csak a nem megfelelő viselkedés, szexuális szokások. E negatív megkülönböztetések származhatnak a családtól, barátoktól, munkatársaktól, a nő társadalmi környezetétől. (9. ábra)

Régimódi felfogás ugyan, de még manapság is sokan úgy gondolják, hogy mivel új élet adására csak a nő képes, ezért neki egyetlen célja az életben csakis az utód nemzése lehet, ezzel segítve családját és nemzetét. A családi és kulturális elvárásoknak nem megfelelően vádakat kapnak az abortuszon átesett nők, melyek később súlyos következményekkel járhatnak.

Véleményem szerint fontos, hogy a nő tisztában legyen a terhességmegszakítás menetével, esetleges következményeivel, viszont ez a mértékű befolyásolás később megjósolhatatlan következményeket hozhat a nő életében és ezt is szem előtt kellene tartani azon elvakult gondolatok mellett, melyek a nőket lekicsinyítve, csakis az utódok születését látják a nők örök feladatának.

A terhességmegszakítás testi és későbbi terhességre gyakorolt következményein túl, annak lelki oldalát is vizsgálnunk kell. Létezik a „posztabortikus szindróma” kifejezés, mely pontosan e lelki folyamatokat foglalja magába, melyeken a nő végigmegy magzata elvesztése után. Az egyéntől függ, hogy milyen hosszú és mélységű folyamatról beszélünk, az azonban biztos, hogy a nők nagy része átesik a tagadás, gyász, elfogadás és a megbocsátás fázisain. A család, barátok vagy esetleg külső segítség is fontos része a folyamatnak, hiszen ekkora trauma feldolgozása egyáltalán nem kis feladat. A teherbe esés körülményei itt is meghatározóak lehetnek, ugyanis nem mindegy, hogy egy nemi erőszakból, futó kapcsolatból, vagy tartós párkapcsolatból fogant magzatról beszélünk.

Így minden eset más és más, ahogy minden nő más és más, azonban 10-15%-uknál fennállnak e pszichotikus tünetek, mint a bűntudat és az önvád. [42] A szégyen a család és barátok előtt szintén általánosnak mondható, ami könnyen depresszióba fordulhat, ha nem kapja meg a kellő segítséget az illető, illetve néha öngyilkos gondolatokkal is számolni kell. A környezet támogatása és elfogadása elsőrendű fontosságú, hiszen egy terhességmegszakítás komoly következményekkel járhat a nő jövőbeni párkapcsolataira, gyerekére, családjára és önmagára nézve egyaránt.



9. ábra Stigma kialakulása

## Szexuális nevelés [35] [43] [44] [45] [46]

„Korunk nemi betegsége a szexuális kulturátlanság” [44]

A szexualitás évszázadok óta alapvető részét képezi a mindennapoknak Manapság azonban még központibb szerepet tölt be az életünkben az internetnek és a social media oldalaknak köszönhetően. Az egyéjszakás kaland lett a fő prioritás, vagyis a következmények nélküli szex. Hogy ennek okát megértsük, vissza kell kanyarodnunk a szexuális nevelésig.

Ha visszatekintünk a szexedukáció történelmére láthatjuk, hogy bár régóta voltak törekvések a szexuális nevelés legújabbkori tanrendi kötelezővé tételére, a fordulópont csak 1973-ban [47] jött el, amikor is kötelezően előírták a pedagógusoknak, hogy 5. évfolyam felett tartsanak „Családi életre nevelés” címmel

<http://www.kaleidoscopehistory.hu>

Konrád Flóta SE GYTK hallgató



órákat. Ezelőtt a kormányhatározat előtt azonban az iskolákban az ilyen témájú órák mondhatni teljességgel hiányoztak, az erre irányuló foglalkozások inkább a higiénéiával voltak kapcsolatosak. [47]

A nem megfelelő szexuális felvilágosítást és a fogamzásgátlók nem megfelelő ismeretét vagy használatát mi sem támaszthatná alá jobban, mint az abortuszok számát jelző felmérések. Ezek pedig sajnos igen rossz statisztikát mutatnak. A 18 év alattiakra vonatkozó adatokat tekintve 1960-hoz képest változatlan számokról beszélhetünk, az összes abortusz 12-13%-a eme korosztályra esik.

Azonban mielőtt feltennénk a kérdést, hogy kinek a feladata a szexuális felvilágosítás arra kell választ kapjunk, hogy szükség van-e rá egyáltalán? Evidens lenne a válasz, hogy természetesen igen. Sokan mégis a másik oldalt támogatják azzal indokolva döntésüket, hogy ezzel csak idő előtt felkeltjük a serdülők érdeklődését a téma iránt. Véleményük szerint a fiatalok úgy is megszerzik a szükséges ismereteket maguktól, ha eljön az ideje. Vajon tényleg felesleges lenne a szexuális nevelés?

Az egyén szexuális viselkedésére a biológiai szintű meghatározottságon túl a környezetnek is nagy hatása van. A családnak, barátoknak, de a vallásnak is szoros lehet a befolyása, azonban ezen túlmenően a társadalmi elvárásoknak és a médiának is egyre nagyobb szerep jut ezen a téren. A szexedukáció azonban nem merül ki csupán abban, hogy tisztában vagyunk bizonyos biológiai és szexuális ismeretekkel, hanem szerves részét képezi az is, hogy különböző társadalmi, vallási és kulturális csoportból származók normáit és különbözőségeit megpróbáljuk megérteni és elfogadni. Így az oktatókra is nagyobb feladat hárul, hiszen a gyerekek etnikai és vallási hátterét, szexuális identitását figyelembe véve kell az oktatást megszervezni és ez nem merülhet ki csupán az élettani folyamatok ismertetésében. **(Hiba! A hivatkozási forrás nem található.)** Az emberek többsége a szexuális felvilágosítás időpontját a nemi éréshöz, a serdülőkorhoz köti, pedig ez a folyamat már jóval előbb elkezdődik és el is kell, hogy kezdődjön. Egy gyerekből, legyen az akár fiú, akár lány, akkor válhat egészséges és a megfelelő normákkal, lelki és szellemi egészséggel rendelkező felnőtt, ha a szexuális felvilágosítása és nevelése már egész kisgyerekként megkezdődik. Ennek első lépése a megfelelő családi példa, az anya és apa szerepének, a család és párkapcsolat harmóniájának, a felek egymáshoz való viszonyulásának megismerése. Persze ez nem minden esetben van így, hiszen a válások számának drasztikus növekedésével sok egyszülős család alakult ki, mely által az ideális családról alkotott kép egyensúlya felborulhat. [48]

A társadalom nagy része, sok szülő tabuként kezeli a szexualitás témáját, „amiről nem beszélünk, az nem fáj, nem létezik” taktikát követve. Ezzel nemhogy segítenek, hanem rontanak a helyzeten, mivelhogy a fiatalok elhidegülését éri el vele, mely olyan következményekkel is járhat, hogy egy szexuális erőszakot vagy egy esetlegesen bekövetkezett terhességet is eltitkolnak szüleik elől a serdülők. Így tabuként kezelni e témát komoly következményekkel járhat, melyet minden szülőnek mérlegelnie kell. Ha sem az iskolában, sem otthon nem várhat támogatást a serdülő, akkor sokszor a TV-ből, internetről, újságokból vagy kortársaiktól tájékozódhatnak, amik azonban gyakran nem helytálló és egymásnak ellentmondó információkat közölnek, így nem csoda, ha a fiatalok nincsenek tisztában saját testük folyamataival. Mai felgyorsult világunkban a pornográf tartalom már a tízes éveik elején járó fiatalok életében is kiemelkedően jelen van, legyen szó akár a TV-ről, közösségi médiáról nap, mint nap találkozunk ilyen jellegű tartalmakkal. A felnőtt filmek azonban egyáltalán nem mutatnak jó példát a fiataloknak, hiszen az érzelem és védekezés nélküli aktus, mely során a nő sokszor csak eszközként van kezelve egyáltalán nem az a minta, amit a fiataloknak követni kellene. Ha a szülő tudja magáról, hogy nem szeretne, nem képes a témában komoly beszélgetést folytatni a gyermekével, legyen az ok akár a szülő felkészültségének hiánya, vagy a kínos helyzetek elkerülése, a legjobb, amit ilyen helyzetben tehet, hogy szakembert hív segítségül. Hiszen egy orvos vagy védőnő bármikor felkereshető a témában. Mindennél fontosabb tehát a megfelelő kommunikáció akár a szülők, akár a pedagógusok részéről, ugyanis ez adhatja meg az alapját a gyerekek jövőbeli döntéseinek. [49]

Véleményem szerint a helyes szexuális nevelés célja a prevenció kell, hogy legyen. Ez az a szó, amit szem előtt kell tartani, hiszen kifejezi azt, hogy a védekezési módszerek és a helyes szexuális magatartás elterjesztésével megelőzhetőek lennének a nem kívánt események. Igaz ez a nevelési módszerekre is, hiszen ha az általános tapasztalat azt mutatja, hogy a fiatalok előbb esnek át az első szexuális aktuson, mint 10-20 éve, akkor ezt igenis felismerve és tudomásul véve előbb kell cselekedni és korábban meg kell tartani a kellő felvilágosítást számukra. A megelőzés igaz arra is, hogy a fiatalokat is rá kell, hogy vezessük egy olyan gondolkodásmódra, hogy előre tervezzenek, ugyanis egy védekezés nélküli aktus után már nincs sok minden, amit tenni lehet. Ezzel szemben az együttlét előtt igenis van választása az embernek. Mindezek alapján a prevenciót szem előtt tartva kell cselekedni, mellyel a tudatosan tervezett gyermekvállalást tudjuk elősegíteni. [4]

Zárásként pár adat, melyek az előbbieket igazolják. Egy 2008-ban zárult felmérés szerint (amelyben 1500 főt kérdeztek meg) a fiatalok 97%-a elégedetlen a jelenleg működő szexuális neveléssel, mivel annak keretében nem esik elég szó az érzelmekről, a párkapcsolatokról és a nemi szerepekről (Kolonits és Tárkányi, 2010). [44] Évente átlagosan 160 tizennégy év alatti lány kényszerült abortuszra. A 15-19 év közötti lányok közül évente átlagosan hétezer esnek át hasonló műtéten, 17 éves korukig a fiatalok 40%-a túljutott az első nemi aktuson. [45]

1994 óta ugyan több változatban, de a Nemzeti Alaptanterv [50] részét képezi a „Családi életre nevelés” óra, mely 12. osztályig foglalkozik olyan témákkal, mint a felkészítés a családi életre, felelős párkapcsolat kialakítása, illetve szexuális kultúra. Úgy gondolom, ez nagyon pozitív, hogy létezik egy olyan tantárgy, mely nem feltétlenül a lexikális tudás kialakítására épít, hanem a fiatalok erkölcsi érzékének, önismeretének, testi és lelki egészségének támogatását tűzte ki célul. A tantárgy keretein belül olyan témák is helyet kaptak, melyek a család, mint a társadalom legalapvetőbb egységének működését, a családon belüli szerepet és munkamegosztás alakulását, a családtípusok és a családon belüli kommunikáció ismertetését hivatottak bemutatni. Az esélyegyenlőség is fontos szerepet kap az oktatásban. A nemiség és a szexualitás is témáját képezi az Alaptantervnek, mely által a diákokat segítik a nemek közötti alapvető különbségek megismerésében, de fontos szerepet kap a férfi/apa és a nő/anya szerepekhez kapcsolódó sztereotípiák ledöntése, a serdülőkorral járó változások ismertetése is. Az oktatás során egy érett, felelős, egészséges szexualitásra épülő házasság és családbarát szemlélet kialakítása a cél, mely által nemcsak a munkájukban, de a párkapcsolat szintjén is sikeres felnőttek válhatnak a diákokból.

Természetesen a korosztályoktól függően más-más értékek kerülnek a középpontba az oktatás során, így az 1-2. osztályos diákoknak főként a családi érték hangsúlyozása a cél. A szexualitás terén nekik még csak a higiénés szabályok ismertetésén túl az emberek kétneműségének bemutatása a tanárok feladata. Ezzel szemben 3-4. osztályban már a nemeknek megfelelő szerep ismertetése, illetve szükség esetén az érettebb diákoknak serdülőkori felvilágosítás is indokolt lehet, így az ezzel járó testi és lelki változások prezentálása a fő szempont. 5-6. osztályban sok új témával bővül a tananyag, hiszen ennek a korosztálynak tartják fontosnak hangsúlyozni a férfi és nő közötti biológiai, kulturális és pszichológiai különbséget, a megtermékenyítés folyamatát, a magzatvédelmet, illetve az anya és apa szerepén túl a csecsemőgondozás alapismeretei is ebben a tananyagban kaptak helyet. A 7-8. osztály esetében már a szex, mint alapvető emberi szükséglet is megjelenik. Ezzel együtt helyet kapott a nemi úton terjedő betegségek, a pornográf tartalmak és a prostitúció kérdésköre is. A fogamzásgátlás és az abortusz csak 9-10. osztályban kerül szóba, hiszen ekkorra a születésszabályozás és az ehhez kapcsolódó felelősség hangsúlyozása a fő téma. A meddőség mellett a művi terhességmegszakítás és ennek következményei is helyet kapnak. Végül pedig 11-12. osztályban a felelős szülőiségre való tudatos felkészüléssel együtt a szülés eseményeinek megismerése, a csecsemőgondozás és a gyereknevelés a fő tárgykörök.

A tantárgy keretein belül nem csak a nemiséggel kapcsolatos témák kerülnek feldolgozásra, azonban diplomamunkám szempontjából csak az ezen ismeretekre irányuló témaköröket áll módomban bemutatni. Úgy gondolom, ha az említett kérdéskörök mindegyike érintve van ezen órák keretein belül, akkor nagyon

pozitív irányba tud haladni az oktatás. A preventív szemlélet kialakításához járul hozzá a tárgy, hiszen már 1. osztálytól kezdve kellő alapot és tudást ad a gyerekek kezébe, olyan értékekkel képes megismertetni a diákokat, melyeket otthon nem biztos, hogy mindenki feltétlen megkap. Az azonban a tanáron múlik, hogy mennyire tud egy intim közeget, bizalmas beszélgetést kialakítani a diákokkal, a tanulók mennyire vonhatóak be a párbeszédbe, elvégre ez is nagyon fontos eleme lenne az oktatásnak. Azonban ha már csak egy kis hányada is megvalósul az Alaptantervben feltüntetetteknek, azt gondolom, hogy mindenképp jó úton járunk. [50]

A WHO 2018-ban kiadott egy „International technical guidance on sexual education” című dokumentumot, mely egy nagyon pontosan meghatározott programot állít fel, mely egészen az 5-18 éves korosztály körében alkalmazható, természetesen korosztályonként más és más témákkal foglalkozva. A program célja, hogy felkészítse a fiatalokat egy biztonságos életre egy olyan világban, ahol szembe kell nézni a nemi betegségekkel, a nem tervezett terhességekkel és a nemek közötti egyenlőtlenségekkel. A program által a későbbiekben egy tájékozott, informált döntést lesznek képesek hozni a fiatalok akár a szexualitással, akár a párkapcsolataikkal kapcsolatban. Az oktatásban helyet kap az emberi jogok tisztelete, a nemek egyenlősége, a vallási és kulturális különbségek, mely által a diákok jobban megismerhetik a társadalmat és így elfogadóbbak lehetnek a jövőben társaikkal. [51]

Konklúzióként az iskolákban sokkal többet kellene foglalkozni a témával, hiszen ha megvannak a kellő alapok és a felvilágosítás, akkor a későbbiekben elkerülhető akár a nem kívánt terhesség, akár a nemi betegségek terjedése. Ezen kérdések vizsgálatakor figyelembe kell venni a tény, hogy a szexuális élet kezdete, az első nemi kapcsolat egyre korábbra tehető és sokszor védekezés nélkül zajlik. Ennek oka lehet egyrészt a tudatlanság, hiszen a fiatalok nem is gondolják sokszor, hogy ebből később probléma lehet mondván „csak egyszer fordult elő”. Ez pedig megelőzhető lenne, ha kellő időben beavatkozunk. Manapság a világ gyorsulásával egyre elterjedtebb, hogy az első együttlétnek nincs súlya, csak úgy megtörténik, esetleg a lány nincs is tudatában a történéseknek. A gyakori partnerváltás, alkalomszerű együttlét is egyre gyakoribb, így ezt látva azt mondhatom, hogy nem lehet elég korán elkezdni a felvilágosítást.

## Összegzés

Dolgozatom főként nőkről szól, a női problémák közül párról, melyeket nők ezreinek kell megtapasztalnia nap, mint nap. A tudomány fejlődésével a rendelkezésre álló fogamzásgátló eszközöket igenis elérhetővé kellene tenni mindenki számára, gondolok itt akár az ingyenessé tételre, hiszen a társadalom egy bizonyos, és elég széles rétege nem engedheti meg magának ezen eszközök használatát. Így ki kellene dolgozni egy olyan rendszert, mely akár a legszegényebbeket támogatva elérhetővé tenné számukra a fogamzásgátlás lehetőségét, hiszen, mint a statisztikák is alátámasztják, a 8 osztályt nem végzettek, illetve az ország fejletlen, elmaradottabb területein élők körében beszélhetünk a legnagyobb terhességmegszakítási számokról.

Döntő jelentőségű lenne ezen felül, ha a férfiak fogamzásgátlására új módszerek kerülnének kifejlesztésre, melyek alapjaiban változtathatnák meg a kérdéskört. Így remélem, hogy a jövő mindenképpen pozitív eredményeket hoz ebben a tekintetben.

Az abortusz igen összetett kérdését tekintve pedig nem célom állást foglalni sem a „pro life”, sem a „pro choice” támogatók mellett. Viszont az egyértelműen látszik, hogy a társadalomnak sokkal elfogadóbbnak kellene lenni egy ilyen nehéz döntést meghozó nővel szemben, hiszen a műtetet elvégzettető nőben mély lelki folyamatok játszódnak le, melyek a külvilág számára sokszor rejtve maradnak ugyan, de nem szabad róluk megfélemezni. A műtetre vonatkozó jogszabályok esélyt kínálnak a terhesség megszakítására, viszont az apa érdekeiről és jogairól nem értekeznek, mely véleményem szerint egy olyan terület, melyet érdemes lenne tisztázni.

Még egyszer fontosnak tartom hangsúlyozni a prevenció jelentőségét, valamint azt, hogy a lexikális tudáson túl az egyéb értékek hangsúlyozására is időt kellene fordítani az oktatás során, hiszen a társadalom érdeme is, hogy a tudatosan tervezett és várt gyermekek megfogadását segítsük elő.

Egyik kérdéskört sem sikerült minden aspektusából körbejárnom, azonban nem szerettem volna a dolgozatomban csak a fogamzásgátlók legrészletesebb ismertetéséről írni, hanem orvosi, etikai, gazdasági és társadalmi szempontokat is figyelembe véve egy átfogó képet festeni legfőképp a nőket, de egész társadalmunkat éppúgy érintő problémákról és fontos témákról.

## Önálló kutatás

### Bevezetés

Az akceleráció tényét alapul véve a serdülők egyre korábbi életszakaszban kezdik meg a szexuális életüket, mellyen szemben a szexuális felvilágosítás nem feltétlenül történik meg hamarabb az iskolákban.

### Célkitűzés

A felmérésem célja a szexuális neveléssel kapcsolatos tapasztalatok vizsgálata, a fogamzásgátlás módszerek ismeretének és alkalmazásának megismerése, illetve az abortusszal kapcsolatos megítélés és tájékozottság vizsgálata.

### Módszert

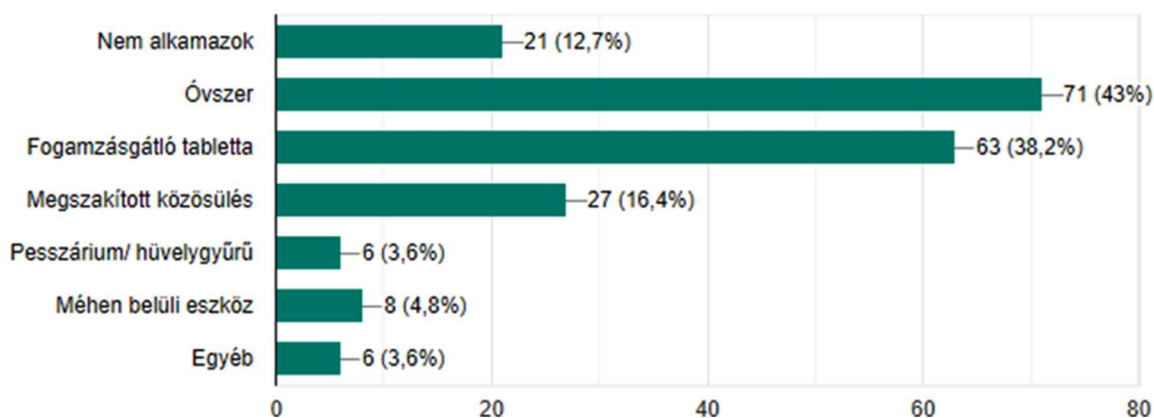
A vizsgálat önkitöltéses, anonim, elektronikus kérdőív formájában történt, 14 év feletti nők körében (N=165) 2020-ban.

### Eredménye:

A felmérésben 165 fő vett részt. 60%-uk 14 és 25 év közötti, 20%-uk 25 és 35 év közötti volt a válaszadóknak. A legtöbbször által alkalmazott fogamzásgátlási módszer az óvszer (43,4%) és a fogamzásgátló tabletta (38%) volt, viszont majdnem minden hatodik válaszadó a megszakított közösülés módszerét alkalmazza.

Milyen fogamzásgátló módszert alkalmaz jelenleg? Jelöljön meg egyet vagy többet.

165 válasz



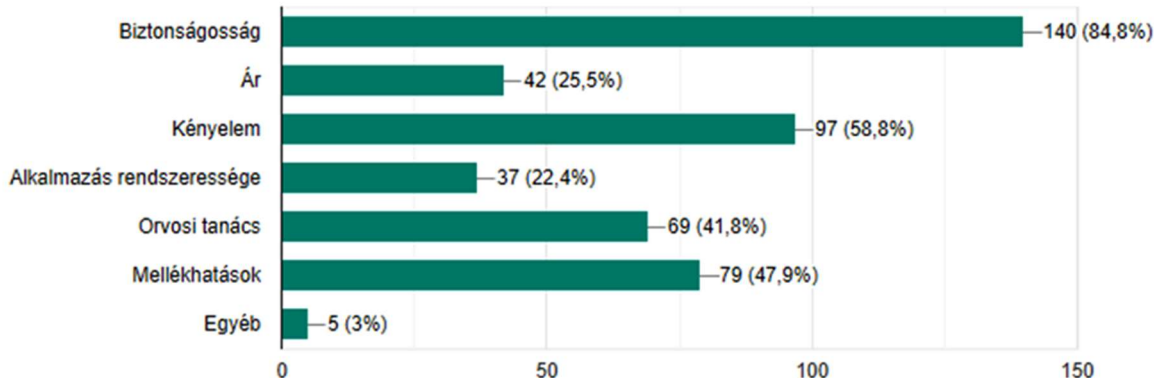
10. ábra Alkalmazott fogamzásgátló eszközök

A fogamzásgátlási módszerekről való tájékozódási platformokat illetően egészségügyi szakemberhez fordult a megkérdezettek majdnem 80%-a, viszont minden második (53,6%) nő az internetet is segítségül hívja ilyen jellegű kérdések esetén. A legfontosabb szempontok a megfelelő módszer kiválasztása során a biztonságosság (84,9%), a kényelem (58,4%), a mellékhatások (48,2%), illetve az orvosi tanácsok (41,6%).



Az alkalmazott fogamzásgátló módszer kiválasztása során mely szempontokat tartja a legfontosabbnak? Jelöljön meg egyet vagy többet.

165 válasz

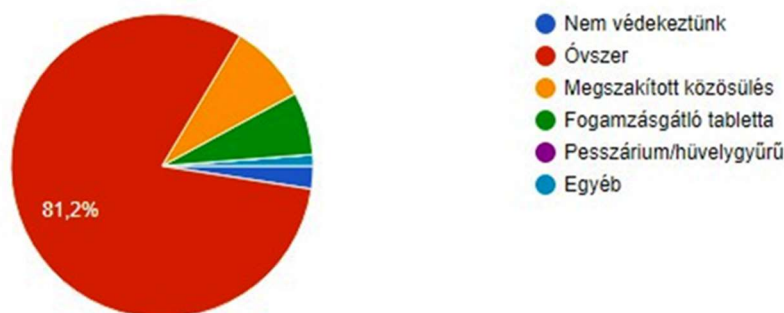


51. ábra Legfontosabb szempontok

Ennek ellenére a nők majdnem fele (45,2%) tapasztalt már nem várt mellékhatást a választott módszer esetében és 72,3%-uk több módszert is kipróbált, mielőtt a legalkalmasabbat megtalálta volna. Az első aktus során alkalmazott leggyakoribb eszköz az óvszer volt (81,3%). A megkérdezettek csak 36,1%-a nem létesített sosem védekezés nélküli szexuális kapcsolatot.

Milyen fogamzásgátló módszert alkalmazott az első szexuális együttléte során?

165 válasz



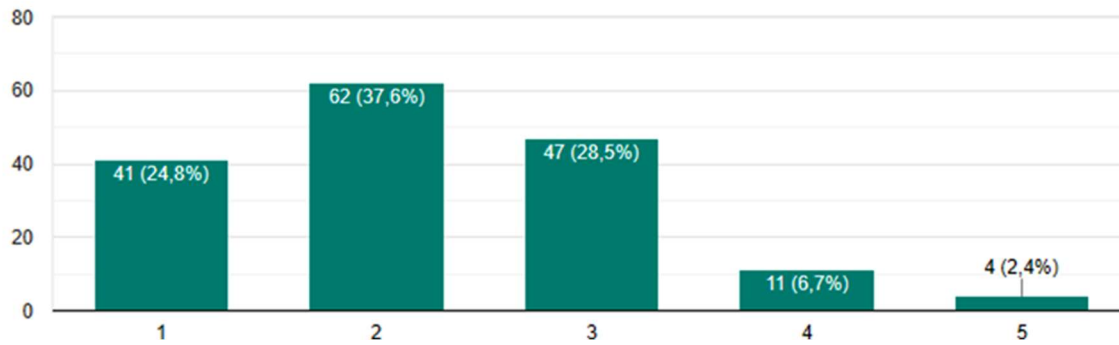
6. ábra Első együttlét során alkalmazott módszer

A megkérdezett nők több, mint a fele (54,8%) nincs tisztában az abortusszal kapcsolatos jelenleg érvényben levő jogszabályokkal, viszont 63,9%-uk ismer legalább egy nőt, aki átesett terhesség megszakításon. 66,3%-uk egyetért abban, hogy a magzatukat elvetető nőknek társadalmi elítéléssel kell szembenéznük.

Az iskolákban zajló szexuális felvilágosítást a megkérdezettek több, mint fele (62,6%) 5-ből 1 vagy 2 ponttal értékelte, így nem meglepő, hogy 96,4%-uk egyetértett abban, hogy a szülői szerepkör ebben a kérdésben sem elhanyagolható. A szülőkön kívül viszont a barátok és az internet az elsődleges forrás a fiatalok szexuális ismereteiről való tájékozódási forrásait illetően a válaszadók szerint.

Mit gondol az iskolai szexuális felvilágosításról az Ön vagy gyermeke esetében tapasztaltak alapján?

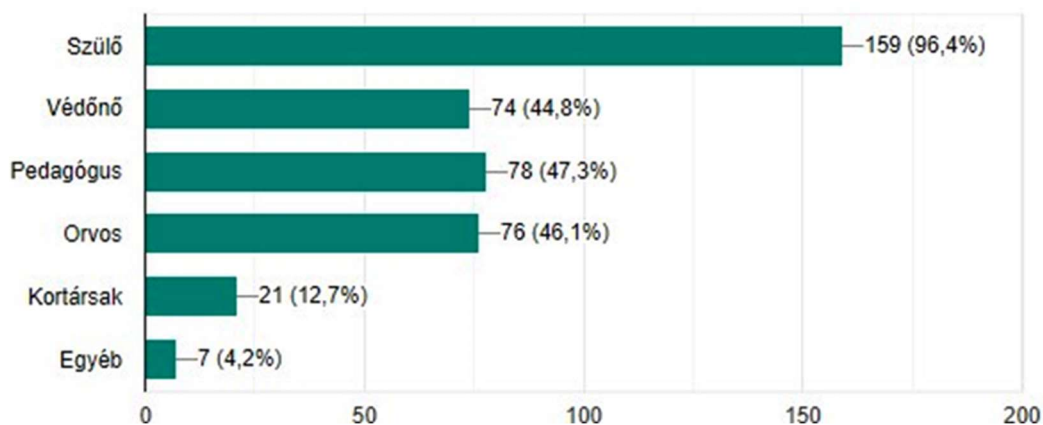
165 válasz



13. ábra Vélemény az iskolai felvilágosításról

Véleménye szerint kinek a feladata a szexuális felvilágosítás? Jelöljön meg egyet vagy többet.

165 válasz



14. ábra Kinek a feladata a felvilágosítás

#### 1. Hipotézis: fogamzásgátlás

Feltételezésem szerint napjainkban az óvszer, a fogamzásgátló tableta és a méhen belüli eszköz a legelterjedtebb fogamzásgátlási eszközök. Ezzel szemben a megszakított közösülés vagy a védekezés nélküli szexuális aktus egyre jobban visszaszorultak a nagyfokú megbízhatatlanságuk miatt. A fogamzásgátlási lehetőségekről való tájékozódás a mai világban elsősorban az internetről, esetleg nőgyógyásztól történik.

#### 1. A kérdőív eredményei alapján megállapítom:

A hipotézis első fele megfelel a kérdőív eredményeinek, hiszen az óvszer (43%) és a fogamzásgátló tableta (38,2%) bizonyult a legnépszerűbb módszernek. Ezzel szemben azonban a megszakított közösülés (16,4%) és a nem védekezők száma (12,7%) követte az előbb említett eljárásokat. A hipotézis második fele szintén jó feltételezést igazolt, hiszen az orvostól / gyógyszerésztől való tájékozódás 80%-os eredményt hozott, mögötte szorosan az internet bizonyult még tájékozódási alapnak (53,3%), illetve megemlítendő a család és barátok tanácsa is (39,4%). Nem meglepő, hogy a mai világban az internetet hívják sokan segítségül, azonban sokszor nem helytálló és egymásnak ellentmondó információkkal találkozhatjuk szembe magunkat,

így fontos, hogy a fiataloknak időben megtanítsuk, hogy kellő fenntartással kezeljék ezen oldalakat.

## 2. Hipotézis: fogamzásgátlás

A nők többsége több módszert és eszközt is kipróbált, mielőtt a jelenleg használt mellett döntött, hiszen nem biztos, hogy mindenkinek sikerült elsőre a tökéletes módszert megtalálnia. A módszerváltás hátterében állhat az esetlegesen tapasztalt mellékhatás, mely véleményem szerint szintén gyakori jelenség a témában.

### 2. A kérdőív eredményei alapján megállapítom:

A hipotézis félig valósul meg, hiszen hiába próbált ki a nők 72,1%-a valamilyen egyéb módszert a jelenleg alkalmazott előtt, ez azonban feltehetőleg nem a mellékhatások tapasztalása miatt volt, hiszen a megkérdezettek körülbelül fele (54,5%) nem tapasztalt sosem mellékhatást. Így valószínűleg egyéb tényezők játszottak szerepet a módszerek közötti váltásban, kérdőívem erre azonban nem tért ki.

## 3. Hipotézis: fogamzásgátlás

Az első szexuális aktus során leggyakrabban alkalmazott módszerek az óvszer, illetve a megszakított közösülés, de feltételezésem szerint a védekezés nélküli első szexuális aktus is nagyon gyakori. Ehhez kapcsolódóan, ha nem csak az első együttlét eseményét nézzük, hanem a teljes szexuális életet, véleményem szerint a legalább egyszeri, de feltételezhetően többszöri védekezés nélküli szex is igen gyakori a nők körében. Eme gondolathoz kapcsolódva pedig a nemi betegségek terjedése mindenképpen jelentősnek mondható.

### 3. A kérdőív eredményei alapján megállapítom:

Az első aktus során a nők egyértelmű többsége óvszert használt (81,2%), emellett ugyan eltörpül, de a többi válaszhoz képest mégiscsak jelentős hányadot kapott a megszakított közösülés is. A védekezés nélküli szex kérdésében összességében 64,3%-uk létesített valaha védekezés nélkül kapcsolatot, azonban a kitöltők csak 16,4 %-a kapott el nemi betegséget partnerétől. Természetesen ez a partner váltogatások számától is függ, és egyes módszerek használata mellett is lehetőség van ilyen kellemetlenség előfordulására, azonban mindenképp számottevő értékről beszélhetünk.

## 4. Hipotézis: szexuális nevelés

Az iskolai szexuális felvilágosítással nincsenek megelégedve a nők, így igenis fontosnak tartják, hogy a szülők otthon foglalkozzanak ezzel a kérdéssel, és a szülő a legkompetensebb egyén, aki a szexuális felvilágosítást elvégezheti.

### 4. A kérdőív eredményei alapján megállapítom:

A hipotézis egyértelműen beigazolódnak sajnos, vagyis az iskolákban folytatott szexuális felvilágosítás a kitöltők szerint egyáltalán nem megfelelő, 1-3 pontot adott a kitöltők 90,9%-a. Az otthoni felvilágosítás fontosságában való egyetértés is egyértelmű (82,4%). A megkérdezettek 96,4%-a megjelölte a szülőt, mint a felvilágosításra legalkalmasabb személyt. Mindemellett a pedagógus, orvos, védőnő szerepének fontossága is egyértelműen megmutatkozik a kérdésben. Fontos lenne, hogy az iskolában is kialakuljon a pedagógus és a gyerekek között egy bizalmas környezet, mely során olyan kérdések is elhangozhatnak, melyeket a gyerekek otthon esetleg kínosnak tartani feltenni.

## 5. Hipotézis: szexuális nevelés

Mikor a fiatalok szexuális jellegű ismereteinek forrásáról van szó, feltételezésem szerint a kortársak, barátok és egyértelműen az internet szerepe kapja a legnagyobb hangsúlyt. A kitöltők szerint a 14-18 év közötti kor az, amikor manapság a fiatalok átesnek az első aktuson.

### 5. A kérdőív eredményei alapján megállapítom:

Valóban a barátok és az internet a tájékozódási pont a fiatalok számára, ha ilyen jellegű ismeretekről van szó. Ez úgy gondolom természetes, hogy a fiatalok között ilyen jellegű témákról is zajlik beszélgetés, emellett azonban fontos, hogy megfelelő szakemberektől, pedagógusoktól is hallják a szexualitással

kapcsolatos reális és valós információkat is. A szüzesség elvesztésére vonatkozó kérdés esetében is beigazolódott a hipotézis, 81,8% jelölte meg a 14-18 éves korosztályt, illetve az ideálisnak tartott kor esetében sokan nem korhoz, hanem egyéni érettséghez és a megfelelő partner meglétéhez kötötték az első szexuális aktus időpontját. Ezen adatok szintén az akceleráció tényét igazolják, melyet felismerve minél előbb el kell kezdeni a felvilágosítást a fiatalok körében.

### Összegzés

Az egyre modernebb és orvosilag korszerűbb technikákat magukba foglaló módszereknek ugyan nem sikerül az óvszer és a fogamzásgátló tabletták népszerűségét maguk mögé szorítaniuk, viszont az internet világának terjedésével egyértelmű, hogy innen tájékozódnak a legtöbben az eljárásokat illetően, de az egészségügyi dolgozók véleményét és tanácsát még mindig sokan kikérik és alapul szolgálhat a döntés meghozatalakor. Az ár nem feltétlenül a legfontosabb szempont a módszer kiválasztásakor, ellentétben a biztonságossággal és a kényelmes használattal. Azonban a megszakított közösülés vagy a védekezés nélküli aktus alkalmazásának sokszor lehet oka az egyéb fogamzásgátló eszközök magas költsége, melyet sok nő adott esetben nem engedhet meg magának. A megszakított közösülés és a védekezés nélküli szexuális kapcsolat sajnos a mai napig igen jelentős mértékben alkalmazott módszer, mely oka lehet egyrészt a nem kívánt terhességeknek, másrészt a nemi úton terjedő betegségeknek egyaránt. Kulcsfontosságú lenne a kérdéskörben, ha e módszerek alkalmazása minimálisra csökkenne, hiszen, mint említettem csak utolsó lehetőségként kellene rájuk tekinteni, és nem mint megbízható fogamzásgátlási módokra. Az abortuszt érintő stigmatizálás a megkérdezettek szerint is igen jelentősen jelen van a társadalomban, viszont a jelenleg érvényben levő erre vonatkozó jogszabályokkal csak kevesen vannak tisztában. Az iskolai szexuális felvilágosítást illetően egyértelmű az elégedetlenség, és a legtöbben a szülőt tartják a legkompetensebbnek erre a feladatra, hiszen az internetről való tájékozódás e téren nem biztos, hogy mindig a legpontosabb információkkal szolgál a fiataloknak. Azonban a pedagógusok szerepe sem elhanyagolható, hiszen az lenne az ideális, ha egy életkornak megfelelő nyelvezettel, játékos, interaktív módon történő foglalkozás keretein belül megismertetnénk a fiatalokkal a saját testük működését, az emberi élet keletkezésének folyamatát és a serdülőkori testi és lelki változásokat. Ezáltal kialakíthatnánk egy olyan szemléletet, mely segítségével a gyerekek a jövőben felelős döntéseket tudnának hozni a szexualitással kapcsolatban.

### Felhasznált irodalom

- [1] PAPP ZOLTÁN (Szerk.): *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve*, Semmelweis Kiadó, Budapest 2017, 321; 413-418.
- [2] DR. TIMMERMANN GÁBOR: *Amit egy előadónak illik tudnia az abortusz prevenció programhoz*, Ifjú Tudósok Társasága Alapítvány, Budapest 2011, 35-87.  
Available from: URL: <https://docplayer.hu/636853-Amit-egy-eloadonak-illik-tudnia-az-abortusz-prevencios-programhoz.html>
- [3] FITTLER ANDRÁS: Fogamzásgátlás és sürgősségi fogamzásgátlás-gyógyszerészi gondozási vonatkozások, *Gyógyszerészet*, LVI. évfolyam, 4.sz., 2012, 218-223.
- [4] DR. SEREGÉLY GYÖRGY: *Fogamzásgátlás*, Medicina Könyvkiadó, Budapest 1976, 7-27; 52.
- [5] DR. HÓTAY KÁLMÁN, DR. BÉKÉS GYÖRGY: *Fogamzásgátló módszerek*, Medicina Könyvkiadó, Budapest 1963, 26-53.
- [6] NEMESI ZSUZSANNA: Ürülékből labdacs, vakbélből kondom - A fogamzásgátlás kezdetei, *Hivatásunk*, 18.évfolyam 3. sz., 2013, 26-27.
- [7] Schering Holdfény Club: A fogamzásgátlás története, *Mindentudó*, 2003/2004 tél, 2-6.
- [8] *Teremtés könyve*, Available from: URL: <http://mek.oszk.hu/00100/00176/html/ter.htm>



- [9] GÉMES BALÁZS: *A népi születésszabályozás Magyarországon a XIX-XX. században*, MTA Néprajzi Kutatócsoport, Budapest 1987, 30-130.
- [10] DR. SEREGÉLY GYÖRGY, SZENTGYÖRGYI ISTVÁN: A gyógyszerészet történetéből, *Gyógyszerészet*, 13.évfolyam, 5. sz., 1969, 184-189.
- [11] DR. BUDA BÉLA, DR. LUX ELVIRA, DR. SZILÁGYI VILMOS: *A szexualitásról - A fogamzástól a felnőtté válásig*, Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest 1975, 237-238.
- [12] MAGYAR LÁSZLÓ ANDRÁS: *A repülőkenőcs*, Gondolat Kiadó, Budapest 2007, 11-41.
- [13] PÁL ATTILA (Szerk.): *A szülészet-nőgyógyászat egyetemi tankönyve*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest 2004, 35.
- [14] FÜRST ZSUZSANNA (Szerk.), GYIMES KLÁRA (Szerk.): *A farmakológia alapjai*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest 2011, 818-866.
- [15] DONALD E. GRAYDANUS, HATIM A. OMAR, LYUBOV A. MATYTSINA, ARTEMIS TSITSIKA: *Contraception, Pediatrics Faculty Publications*, Nova Science Publishers, Inc. 2010, 413-460.
- [16] 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.]  
Available from: URL: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
- [17] Available from: URL:  
[https://peterfykh.hu/attachments/article/57/Steriliz%C3%A1c%C3%B3%20beleegyez%C5%91%20nyilatkozat\\_nem%20orvosi%20indik%C3%A1ci%C3%B3.pdf](https://peterfykh.hu/attachments/article/57/Steriliz%C3%A1c%C3%B3%20beleegyez%C5%91%20nyilatkozat_nem%20orvosi%20indik%C3%A1ci%C3%B3.pdf)
- [18] SZ. MAKÓ HAJNALKA: *Döntés életről-halálról - A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai*, Pécsi Tudományegyetem, Pécs 2013, 11-61.  
Available from: URL: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15269/szentivanyi-mako-hajnalka-phd-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [19] DIÓS ISTVÁN (Szerk.): *Magyar Katolikus Lexikon*, I. kötet, Szent István Társulat, Budapest 1996, 16.
- [20] 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről, Available from: URL:  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv>
- [21] Családvédelmi Szolgálat: *Tájékoztatás a terhességmegszakításról*, Available from: URL:  
[https://www.kormanyhivatal.hu/download/9/73/06000/15613-3\\_5sz%20mell%20TERHESS%C3%89G%20MEGSZAK%C3%8DT%C3%81S\\_aktualiz%C3%A1lt%20korr%20n%200417%20PDF.pdf](https://www.kormanyhivatal.hu/download/9/73/06000/15613-3_5sz%20mell%20TERHESS%C3%89G%20MEGSZAK%C3%8DT%C3%81S_aktualiz%C3%A1lt%20korr%20n%200417%20PDF.pdf)
- [22] DR. KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2006, 293-349.
- [23] 2000. évi LXXXVII. törvény a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény módosításáról, Available from: URL: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000087.TV>
- [24] GREBELYNÉ KISS EVELIN: Az abortusz törvényi szabályozása és megítélése napjainkban, *Valóság*, LXI. évfolyam 5. sz., 2018, 410-417.
- [25] SÁNDOR JUDIT (Szerk.): *Abortusz és...*, Literatura Medica, Budapest 1992, 15-99; 127-140; 156-158.
- [26] Magyarország Alaptörvénye, Available from: URL:  
[https://www.keh.hu/magyarorszag\\_alaptorvenye/1515-Magyarorszag\\_Alaptorvenye&pnr=4](https://www.keh.hu/magyarorszag_alaptorvenye/1515-Magyarorszag_Alaptorvenye&pnr=4)
- [27] BATÁRI HENRIETTA: *Az élethez és az emberi méltósághoz való jog alkotmányos kérdései*,

- Miskolci Egyetem Állam és Jogtudományi Kar, Miskolc 2013, 35-69.  
Available from: URL: <http://midra.uni-miskolc.hu/?docId=14036>
- [28] BRINDZIK BEÁTA: *Az apai hozzájárulás problémája a hazai és nemzetközi gyakorlatban*, 3-13.  
Available from: URL: <https://docplayer.hu/105056531-Az-apai-hozzajarulas-problemaja-a-hazai-es-nemzetkozi-gyakorlatban.html>
- [29] DR. RIGÓ ADRIENN, NAGY BEÁTA MAGDA: *A művi abortusz a férfi partner szemszögéből*, *Orvosi Hetilap*, 160. évfolyam, 18. sz., 2019, 694-699. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31350>
- [30] DR. GRADVOHL EDINA: Az abortusz megítélése az antik világban, *Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat*, VI. évfolyam, 11.sz., 2015, 1-10.
- [31] LÁSZLÓ LEVENTE: *Az abortusz erkölcssteológiai megítélése*, Pécsi Püspöki Hittudományi Főiskola, Pécs 2004, 7-38.  
Available from: URL: <https://adoc.pub/queue/pecsi-ppski-hittudomanyi-fiskola-az-abortusz-erklcsteologiai.html>
- [32] FARKAS TÜNDE ERZSÉBET: *Amikor minden más jogunk megszűnik*, Miskolci Egyetem Állam és Jogtudományi Kar, Miskolc 2015, 7-15; 40-55.  
Available from: URL: <http://midra.uni-miskolc.hu/?docId=20007>
- [33] Központi Statisztikai Hivatal: *Terhességmegszakítások*,  
Available from: URL: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/terhessegmegsz16.pdf>.
- [34] RABINÉ DR. SZAKÁLAS MÁRTA: *A méhmagzat jogképessége és életjoga a magyar jogban*,  
Available from: URL: [https://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/rabine\\_szakalas\\_marta\\_a\\_mehmagzat\\_jogkepessege\\_es\\_életjoga\\_a\\_magyar\\_jogban%5bjogi\\_forum%5d.pdf](https://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/rabine_szakalas_marta_a_mehmagzat_jogkepessege_es_életjoga_a_magyar_jogban%5bjogi_forum%5d.pdf)
- [35] DR. FORRAI JUDIT: *A magánélet és az egészség kultúrája*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs 2002, 57-58;309-312.
- [36] Kálmán Király Dekrétomainak Első Könyve, 58. fejezet a magzatjogot vesztő asszonyokról  
Available from: URL: <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=09500058.TV&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D2>
- [37] GÉMES BALÁZS: A magzatelhajtással kapcsolatos hiedelmek a magyarság körében, in *A szekszárdi Béni Balogh Ádám Múzeum Évkönyve, IV-V.*, 1975, 233-258.
- [38] 1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyve büntettekről és vétségekről, XVIII. fejezet, 284-286.§ Available from: URL: <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=87800005.TV>
- [39] PONGRÁCZ TIBORNÉ: A Ratkó-korszak, *Korfa*, XIII. évfolyam 1. sz., 2013, 1-4.
- [40] NAGY BEÁTA MAGDA, HUSZÁR KATALIN, KALÓ ZSUZSA, RIGÓ ADRIENN: Az abortuszstigma megjelenése a magyar online médiában, *Alkalmazott pszichológia*, 2019/1, 7-26.
- [41] LUX ELVIRA: *Női szerepek*, Minerva, Budapest 1982, 257-262.
- [42] WERNER MENDE: A terhességmegszakítás kockázatai, *Mérleg*, 1981/2, 147-151.
- [43] DR. FORRAI JUDIT: *Szexuális felvilágosítás és nevelés*, Aranyhíd Kft., Budapest 1994, 25-42.
- [44] SEMSEY GÁBOR: Szexuális nevelés az iskolában, *Iskolakultúra*, 28. évfolyam, 12.sz., 2018. 17-33.  
<https://doi.org/10.14232/ISKKULT.2018.12.17>
- [45] FÁBIÁN RÓBERT, DR. SIMICH RITA:  
*Meglévő és működő modellprogramok, valamint az iskolai szexedukációs események értékelése*, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2006, 5-45.  
Available from: URL: <https://mek.oszk.hu/08100/08125/08125.pdf>

- 
- [46] PONGRÁCZNÉ RUZSICSKA YVETTE: A fiatalok megváltozott lehetőségei a párkapcsolatok, fogamzásgátlás, abortusz, fiatalkori gyermekvállalás örökbeadás területein, *Jogelméleti Szemle*, 2013/4. szám, 85-193.
- [47] Miniszteri Tanács 1040/1973 (X.18.) sz. határozat  
Perniss Istvánné, Rimóczi Judit: *Az iskola együttműködése iskolán kívüli tényezőkkel a tanulóifjúság családi életre való felkészítésében és szexuális nevelésében*, Szeged 1984, 3-5.  
Available from: URL: [http://doktori.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/3774/1/1984\\_perniss\\_istvanne.pdf](http://doktori.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/3774/1/1984_perniss_istvanne.pdf)
- [48] DR. ASZMANN ANNA, DR. SZAMOSI TAMÁS, DR. JAKABFI PÉTER, DR. GÁDOROS JÚLIA, DR. MELEG CSILLA, DR. VASTAGH ZOLTÁN, DR. SZABÓ PÁL: *Serdülőek egészségi állapota egészségmagatartása*, Új-Aranyhíd Kft., Budapest 1995, 16-17.
- [49] DR. ELEK CSABA: *A fogamzásgátlásról*, Golden Book Kiadó, Budapest 1998, 17-19.
- [50] Nemzeti Alaptanterv 2020 - Családi életre nevelés,  
Available from: URL: [https://www.oktatas.hu/kozneveles/kerettantervek/2020\\_nat/kerettanterv\\_7\\_melleklet](https://www.oktatas.hu/kozneveles/kerettantervek/2020_nat/kerettanterv_7_melleklet).
- [51] UNESCO: *International technical guidance on sexuality education*, 2018.  
Available from: URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>