

# **AZ ABORTUSZ TÁRSADALMI MEGÍTÉLÉSE**

LUV714

2023. 11. 07.

|                                                                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Bevezetés .....</b>                                                                                                    | <b>3</b>  |
| <b>2. A terhességmegszakítás szabályozása az Európai Unió tagállamaiban .....</b>                                            | <b>3</b>  |
| <b>3. A kereszténység állaspontja a terhességmegszakításról .....</b>                                                        | <b>7</b>  |
| <b>4. A terhességmegszakítás történelme Magyarországon .....</b>                                                             | <b>8</b>  |
| 4.1. A terhességmegszakítások szabályozása az államalapítástól a 19. század végéig .....                                     | 8         |
| 4.2. A terhességmegszakítások szabályozása a 20. század első felében .....                                                   | 8         |
| 4.3. A terhességmegszakítások szabályozása a Rátkó-korszakban.....                                                           | 10        |
| 4.4. A terhességmegszakítások szabályozása a Kádár- korszakban .....                                                         | 12        |
| 4.5. A terhességmegszakítások jelenkori szabályozása .....                                                                   | 14        |
| <b>5. Az 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről; a terhességmegszakítás feltételei és folyamata .....</b>        | <b>14</b> |
| <b>6. A fogamzásgátlás történelme.....</b>                                                                                   | <b>17</b> |
| 6.1. A fogamzásgátlók megjelenése Európában .....                                                                            | 17        |
| 6.2. A fogamzásgátlók megjelenése Magyarországon.....                                                                        | 18        |
| 6.3. A fogamzásgátlási szokások változása Magyarországon.....                                                                | 18        |
| 6.4. Napjaink fogamzásgátló eszközei .....                                                                                   | 19        |
| <b>7. A párkapcsolatban élő nők fogamzásgátlási szokásainak elemzése .....</b>                                               | <b>20</b> |
| <b>8. A Magyarországon élők fogamzásgátlási ismeretei .....</b>                                                              | <b>21</b> |
| <b>9. A terhességmegszakítás mellett döntő személyek indokai és védekezési szokásai Győrben.....</b>                         | <b>22</b> |
| <b>10. A kutatás körülményei .....</b>                                                                                       | <b>23</b> |
| <b>11. A kutatás eredményeivel kapcsolatos hipotézisek .....</b>                                                             | <b>24</b> |
| <b>12. A kérdőív eredményeinek ismertetése .....</b>                                                                         | <b>24</b> |
| 12.1. A demográfiai adatok ismertetése .....                                                                                 | 24        |
| 12.2. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök általánosságban .....                                                | 25        |
| 12.3. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök alakulása a nő és férfi kitöltők esetében .....                      | 28        |
| 12.4. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök alakulása a különböző korosztályokba tartozó kitöltők esetében ..... | 30        |
| 12.4.1. A betöltött 18 évesek vagy annál fiatalabbak és az 50 év és annál idősebbek attitűdjei .....                         | 31        |
| 12.4.2. A 19-25 és a 26-33 év közöttiek attitűdjei .....                                                                     | 33        |
| 12.4.3. A 34-41 és a 42-49 év közöttiek attitűdjei .....                                                                     | 35        |

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 12.5. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök alakulása a vallásos és nem vallásos kitöltők esetében ..... | 37        |
| 12.6. A kitöltők szerinti leggyakoribb, a terhességmegszakítások hátterében álló lehetséges okok .....               | 40        |
| <b>13. Következtetések .....</b>                                                                                     | <b>42</b> |
| <b>14. Összefoglalás .....</b>                                                                                       | <b>42</b> |
| <b>Irodalomjegyzék .....</b>                                                                                         | <b>44</b> |
| <b>Internetes források .....</b>                                                                                     | <b>46</b> |
| <b>Jogszabályok .....</b>                                                                                            | <b>48</b> |

## **1. Bevezetés**

Dolgozatom témája a terhességmegszakítások megítélése Magyarországon. Azért gondolom azt, hogy az általam választott témakört fontos kutatni, mert egy időtálló társadalmi kérdésként tekintek rá. Magyarországgal kapcsolatban azt tapasztalom, hogy felettébb változékonyak lehetnek az abortusszal kapcsolatos meglátások és vélemények, de nem egyértelmű, hogy azokat a más és más tényezők hogyan befolyásolhatják.

Megmutatom, hogy napjaink Európájában mik az aktuális, a terhességmegszakítást érintő szabályozások, majd bemutatom a kereszténység abortuszról alkotott véleményét. Ezt követően rátérek arra, hogyan változtak az államalapítástól kezdve a különböző korszakokon át a hazai vélemények és jogszabályok és hogyan épül fel a jelenlegi magyar szabályozás. Végül bemutatom a múlt- és jelenkori nem kívánt terhesség elleni védekezési módszereket és lehetőségeket.

A dolgozatomhoz kapcsolódó kvantitatív kutatás fő célja, hogy a lehető legátfogóbban bemutassa az itthoni társadalom abortusszal kapcsolatos véleményét és az azon belüli összefüggéseket. Ezek segíthetik az esetleges jövőbeli történések megértését és kutatások megtámogatását. Azt vizsgálom, hogy a kérdőívet kitöltők véleményére hogyan hatnak a megfogantatás és a terhesség különböző körülményei, mitől válik számukra az abortusz elfogadhatóbbá vagy éppen elfogadhatatlanabbá, valamint hogyan gondolkodnak az terhességmegszakítás okairól. A vélemények keresztmetszeti kutatásához az attitűdvizsgálat módszerét használok egy önkéntes, önkitöltős, Likert-skálát és pozitív állításokat tartalmazó, anonim kérdőív formájában.

## **2. A terhességmegszakítás szabályozása az Európai Unió tagállamaiban**

Az abortusztörvény három paraméter alapján vizsgálható: hozzáférhetőség, időtartam és az engedélyezéshez szükséges feltételek (Grebelyné, 2018). A korlátozások mikéntjét tekintve megkülönböztetünk indikációs és időbeli korlátozást. Az indikációs korlátozás esetében csak valamilyen jogilag meghatározott ok fennállása esetén engedélyezhető az abortusz, az időbeli korlátozás szerint pedig meghatározott időpontig (általában a 12. hétig) az állapotos személy szabadon dönthet a terhessége megszakításáról (Csákó, 2019).

Belgiumban a terhesség a 14. hétig megszakítható, utána csak akkor, ha az a terhes nő életét veszélyezteti, továbbá, ha a születendő gyermek orvosilag igazoltan gyógyíthatatlan betegségben szenvedne. Az abortuszt kérvényező nőnek részt kell vennie egy tanácsadáson, amit követően

legkorábban 6 nappal később tud élni a beavatkozás lehetőségével (<https://www.zanzu.be/en/abortion-0>. Letöltés ideje: 2023. 10. 08.).

Észak-Írorszában a feltétel nélküli abortusz határideje a terhesség 12. hete, azt követően a szabályozás hasonló az Egyesült Királysághoz (<https://www.msichoice.org.uk/abortion/considering-an-abortion/abortion-and-your-rights/>. Letöltés ideje: 2023. 10. 08.).

Finnországban a terhesség a 12. hetéig megszakítható az állapotos nő egészségére, betegségeire, szociális helyzetére hivatkozva. Ezen kívül az abortusz elvégezhető, ha az állapotos nő 17 év alatti vagy 40 év feletti, vagy már négy gyermeket szült. A 12. hetet meghaladva a terhességmegszakítást a Valvira – a finn Szociális és Egészségügyi Minisztérium alatt álló nemzeti ügynökség (<https://www.suomi.fi/organization/national-supervisory-authority-for-welfare-and-health/746538f1-6ddc-4042-bd7b-923d6401ecae>. Letöltés ideje: 2023. 10. 08) – által engedélyezett esetekben lehet végrehajtani (<https://www.infofinland.fi/en/health/abortion>. Letöltés ideje: 2023. 10. 08).

A terhességmegszakítást Spanyolországban a terhesség 14. hetéig (Pálos – Hajdu, 2022), Németországban a 12. hetéig (<https://www.profamilia.de/en/topics/abortion>. Letöltés ideje: 2023. 10. 08.), Portugáliában pedig a 10. hetéig lehet kérvényezni. Mindhárom országban 3 nap kötelező gondolkodási időt ír elő a törvény a szándék kinyilvánítása és az abortusz tényleges elvégzése között (Pálos – Hajdu, 2022), valamint megszakítható a terhesség a már említett határidőn túl is az állapotos nő egészsége és élete megőrzése érdekében (Center for Reproductive Rights, 2020). Németországban kötelező a terhességmegszakítást kérvényező nőnek részt vennie tanácsadáson, aminek célja a magzat megtartatása. Az egészségügyi biztosítás alacsony jövedelem igazolása esetén fedezi az abortusz költségeit (Grebelyné, 2018).

Olaszországban az állapotos nő hivatkozhat a szociális és családi körülményeire, mint a terhességmegszakítás okára (Center for Reproductive Rights, 2020). A megszakítás alapvetően a terhesség 12. hetéig végezhető el (Pálos – Hajdu, 2022).

Hollandiában a jogszabály szerint az abortusz a fogamzás és az életképesség közötti időszakban kivitelezhető. Ez a terhesség 24. hetére tehető, de a 22. hét után ritkán végeznek megszakítást (Grebelyné, 2018). Az országban az alsó- és felsőház is megszavazta 2022-ben az 5 napos gondolkodási idő eltörlését a beavatkozás valós ideje és a szándék jelzése között

(<https://rutgers.international/news/end-of-five-day-legal-reflection-period-for-abortion-in-the-netherlands/>. Letöltés ideje: 2023. 10. 10.).

Ausztriában a terhesség első trimeszterében kérvényezhető az abortusz az állapotos nő életének, fizikai vagy lelki egészségének védelme érdekében, valamint abban az esetben, ha a magzat valószínűsíthetően súlyos fejlődési rendellenességgel születne meg (Grebelyné, 2018). Nincs kötelező tanácsadás és várakozási idő (Center for Reproductive Rights, 2020), a társadalombiztosítás pedig fedezi a beavatkozás költségeit, ha arra orvosi okok miatt kerül sor (<https://www.oesterreich.gv.at/en/themen/frauen/schwangerschaftsabbruch.html>. Letöltés ideje: 2023. 10. 09.).

Dániában és Bulgáriában szinte ugyanazok a szabályozások érvényesek, mint Ausztriában (Grebelyné, 2018; Center for Reproductive Rights, 2020). Szlovákiában is az első trimeszter az időkorlát (Grebelyné, 2018), viszont kötelező a tanácsadáson való részvétel (Pálos – Hajdu, 2022).

Franciaországban a terhesség a 14. hetéig szakítható meg, mióta a parlament 2022. február 23-án megszavazta a 12 hetes időkorlát kibővítését (Margolis, 2022). Az országban nincs kötelező tanácsadás és gondolkodási idő (Center for Reproductive Rights, 2020).

Svédországban indoktól függetlenül a 18. hétig lehet kérvényezni az abortuszt, azt követően pedig a 22. hétig orvosi hozzájárulás szükséges a beavatkozás elvégzéséhez (Grebelyné, 2018). A 22. hét után akkor kerül sor terhességmegszakításra, ha a terhesség a nő életét veszélyezteti (RFSU, 2020).

Görögországban az első trimeszterben van lehetősége az állapotos nőnek a terhességét megszakíttatni, miután tájékoztatva lett az állami anya- és gyermekvédelmi jogokról, más családtervezési lehetőségekről, a megszakítás következményeiről, valamint meg kell vizsgálni a fizikai és mentális egészségét. Ha a terhesség szexuális erőszak következménye, az abortuszt a 19. hétig lehet elvégezni, magzati rendellenességek esetén pedig a 24. hétig. A várandós nő életének és fizikai, mentális egészségének megőrzése érdekében a terhességmegszakítás időkorlát nélkül elvégezhető (<https://www.globalcitizensolutions.com/greece-abortion-law/#mandates-of-greeces-abortion-law>. Letöltés ideje: 2023. 10. 11.).

Észtországban alapvetően a terhesség 12. hetéig lehet abortuszra menni. Az időkorlát a 22. hétig meghosszabbítható az állapotos nő egészsége érdekében, valamint, ha a magzatnak súlyos mentális vagy fizikai rendellenessége van, ha az állapotos nő betegsége akadályozza a magzat

fejlődését, vagy ha az állapotos nő 15 év alatti vagy 45 év feletti (<https://www.eesti.ee/en/family/pregnancy/termination-of-pregnancy-ie-abortion>. Letöltés ideje: 2023. 10. 11.).

Lettországra (<https://abortion-policies.srhr.org/country/latvia/>. Letöltés ideje: 2023. 10. 11.) és Litvániára szintén a 12 hetes időkorlát a jellemző (<https://reproductiverights.org/maps/provision/lithuanias-abortion-provisions/>. Letöltés ideje: 2023. 10. 11.), de Lettország esetében a gondolkodási idő, Litvánia esetében pedig a tanácsadason való részvétel a kötelező (Center for Reproductive Rights, 2020).

Luxemburgban a 12. hétig megszakítható a terhesség, emellett az érintetteknek kötelező két tanácsadason részt venniük, amik között 3 nap gondolkodási időnek kell eltelnie (Schnuer, 2023). Cipruson is 12 hét az alapvető időkorlát. Ha a várandós nő házasságban van, a házastársának is bele kell egyeznie az abortusz végrehajtásába (<https://www.globalcitizensolutions.com/cyprus-abortion-law/#abortion-in-cyprus>. Letöltés ideje: 2023. 10. 12.).

Szlovéniában és Horvátországban is a 10. hétig kérvényezhető az abortusz (Pálos – Hajdu, 2022; <https://rodilista.roda.hr/english/birth-control,-plan-b-and-abortion-in-croatia.html>. Letöltés ideje: 2023. 10. 12.). Míg Szlovéniában nincs kötelező tanácsadás és gondolkodási idő (Center for Reproductive Rights, 2020), addig Horvátországban igen: az állapotos nőnek legalább 6 nappal a beavatkozás előtt kell megjelennie a tanácsadason (<https://rodilista.roda.hr/english/birth-control,-plan-b-and-abortion-in-croatia.html> Letöltés ideje: 2023. 10. 12.).

Romániában a 16. életévüket betöltött nők kérhetik a terhességük megszakítását, ha az nem haladta meg a 12. hetet. Az abortuszt nem előzi meg sem nőgyógyászati- és pszichológiai vizsgálat, sem tanácsadás (Molnár, 2018).

Az eddig felsorolt országokban mind liberálisabbak az abortuszra vonatkozó törvények, mint Máltán, vagy Lengyelországban; Máltán semmilyen esetben nem engedélyezett a terhességszakítás (Center for Reproductive Rights, 2020); Lengyelországban az alkotmánybíróság 2021. januárjában hirdette ki, hogy a beteg magzatok abortálása alkotmányellenes. Korábban az ezekre hivatkozott terhességszakítások az összes beavatkozás 98%-át tették ki. A hatályos szabályok szerint már csak nemi erőszak, vérfertőzés, vagy az állapotos nő életét veszélyeztető terhesség esetén lehet elvégezni az abortuszt (Csatári, 2021).

A későbbiekben láthatjuk majd, hogy a hatályos magyar szabályozás időhöz kötött, és inkább a liberálisabb kategóriába tartozik.

### **3. A kereszténység álláspontja a terhességmegszakításról**

A következőkben ismertetem az egyik legnagyobb monoteista vallás, a kereszténység, álláspontját a terhességmegszakításokról.

A keresztény többségű országokban széles skálán mozognak a terhességmegszakításokkal kapcsolatos törvények a teljes tiltástól a teljes engedélyezésig. Megfigyelhető, hogy azokban az országokban – többek között Lengyelországban vagy Máltán – szigorúbbak a jogszabályok, ahol a konzervatív keresztény nézetek erősebben megjelennek a politikai képviseletben (Puskás, 2021).

Általánosságban elmondható, hogy a legtöbb keresztény felekezet ellenzi a terhességmegszakítást, csupán néhány van, amelyek bizonyos körülmények között engedékenyebbek az abortusszal kapcsolatban (Puskás, 2021).

A legnagyobb keresztény felekezet, a Római Katolikus Egyház – aminek követőinek száma 2022-ben 2 643 855 volt Magyarországon (KSH, 2023) – minden körülmények között ellenzi a terhességmegszakítást (Puskás, 2021). A katolikus egyházfő, Ferenc pápa 2016-ban minden római katolikus papra kiterjesztette az abortuszon átesett nők feloldozásának jogát, amely korábban csak a csak a püspökök és a különleges gyóntatópapok kiváltsága volt (Grebelyné, 2018). Ettől függetlenül a pápa bérnyilkosságnak tekinti a beavatkozást, és hiába nem lehet szerinte elítélni a nőt, aki a terhességmegszakítást választja, ezt a lépését igazolni sem helyes (Német, 2023).

A protestáns egyházak eltérő álláspontokat képviselnek; egyesek az abortusz ellen vannak, de ha az anya élete veszélybe kerül, akkor megenyhülnek. A legnagyobb amerikai református felekezet, a presbiteriánus egyház például liberálisan áll a témához, és teljes mértékben a várandós nő személyes döntésének tekinti a terhesség megszakítását. Az evangélikus egyházak is eltérően vélekednek, de az Amerikai Evangélikus-Lutheránus Egyház a 24. hétig engedélyezi az abortuszt (Puskás, 2021).

Összességében elmondható, hogy a kereszténység általános álláspontja szerint az ember alapos indok nélkül nem jogosult arra, hogy az Isten által teremtettséget elvetesse. Ettől függetlenül az anya életét több esetben védelmezik és előrébb helyezik, mint a magzatot (Puskás, 2021).

#### **4. A terhességmegszakítás történelme Magyarországon**

Mielőtt rátérek a jelenlegi jogszabályokra, áttekintem az abortuszsabályozás itthoni történelmét.

##### **4.1. A terhességmegszakítások szabályozása az államalapítástól a 19. század végéig**

Magyarországon az államalapítástól fogva mélyen elítélt volt a terhességmegszakítás. A magzatot jogi védelem illette meg, annak elpusztítása szembement a keresztény ideológiákkal, és nem maradhatott elégtétel nélkül (Hámori, 1997). Már Könyves Kálmán is törvényileg tiltotta és büntette az abortuszt a büntető törvénykönyve első fejezetének 58. szakaszában (Mikes, 2017), az 1279-es budai zsinat döntése alapján pedig minden olyan nőt kiátkoztak – vagyis kirekesztettek a társadalomból –, akik elhajtották a magzatukat (Hámori, 1997). A középkorban legkeményebben a fogantatást követő 40 napon túli elhajtasokat büntették, mivel azok már gyermekgyilkosságnak számítottak. Ilyen esetekben különböző halálnemeket alkalmaztak, mint például máglyahalál, vízbefolytás, vagy élve eltemetés (Magyary-Kossa, 1931). Emericius Kelemen 1814-ben írta meg az *Institutiones juris privati Hungarici* c. tankönyvében, hogy az állapotos nőket előnyben kell részesíteni, így megillette őket például az enyhébb büntetés, valamint a súlyosabb testi sértés alól való felmentés (Hámori, 1997).

A több évszázados abortusztilalomnak az 1843-as büntető törvénykönyv-javaslat vetett volna véget, azonban törvény nem lett belőle (Hámori, 1997); a 138. § első pontja felmentette volna az érintetteket büntetésük alól, amennyiben az orvosi szabályok szerinti körülmények között, orvos által történő terhességmegszakítás annak érdekében végeztetik el, hogy a várandós nő élete megmeneküljön (Mikes, 2017).

Az 1878-as büntető törvénykönyv, a Csemegi-kódex továbbra is büntette a nőket, akik elhajtották magzatukat, és azokat is, akik ebben segédkeztek (Mikes, 2017).

##### **4.2. A terhességmegszakítások szabályozása a 20. század első felében**

Az 1900. évi Magánjogi Törvényjavaslat, amely hangsúlyozta az ember születésétől fogva fennálló jogképességét, 1928-ban bővült ki azzal, hogy „jogképes a méhmagzat is, arra az esetre, ha élve születik meg” (Mikes, 2017:9). Az abortusz tényleges jogszerűsége azonban még váratott magára, hiába foglaltak ezekben az időkben a magyar magánjogi szerzők (pl.: Vadász Lajos, Szladits Károly, Villányi László, Kolosváry Bálint) is állást a magzat feltételes jogképessége mellett (Hámori, 1997).

Az 1914. évi XVI. tc. 24. §-a szerint vétséget követett el az, aki „gyermeknemzést meggátló vagy magzatelhajtó szereket hirdet vagy magzatelhajtásra szolgáló módot vagy alkalmat ajánl” (Hámori, 1997:17). Hámori (1997:17) által „a korszak legkiemelkedőbb büntetőjogásának” nevezett Angyal Pál is a magzat védelme mellett foglalt állást (kivétel volt ez alól néhány végszükségleti orvosi beavatkozás).

Az első világháború alatt merült fel először társadalmi szinten a nemi erőszakból fogant terhességek megszakításának gondolata. 1914-15-ben, az észak- és kelet-magyarországi orosz betöréseket követően történt, az orosz hadsereg által elkövetett tömeges nemi erőszak fokozta a jogi, orvosi, erkölcsi és világnézeti vitákat. A sajtóviták során két oldalra oszlottak az álláspontot foglalók: voltak, akik szerint az államnak segíteniük kellett azoknak az erőszakot elszenvedett nőknek, akik nem kívánták megszülni az idegen katonáktól származó magzatokat, és voltak, akik a magzatok ártatlanságára hivatkozva előtérbe helyezték azok élethez való jogait. Tauffler Vilmos, a szülészet és a babaügy kormánybiztosa véleménye szerint az erőszaknak áldozatul esett nőknél a lelkiismeretes orvosnak el kell végeznie a beavatkozást, annak érdekében, hogy a leendő anyák fizikai egészségére ne lehessenek hatással az erőszak átéléséből fakadó lelki fájdalmak. A szóban forgó magzatelhajtások „szürke zónába” kerültek, a nők kapcsolati hálójától és anyagi lehetőségétől függött, hogy az orvosok vagy bábák elvégezték náluk a beavatkozást (Pető – Svégel, 2021).

1928. szeptember 8-án a Magyar Országos Orvosszövetség kongresszust tartott, ahol kidolgozták a legális terhességmegszakítás elveit és gyakorlatát. A Magyarországi Szociáldemokrata Párt Orvostagjai Szervezetének 1932. januárjában tartott népesedési ankétján felmerült a megengedő vélemények oldalán többek között a család romló egészségügyi helyzete, a törvénytelen státusszal járó rosszabb életfeltételek, és a túlnépesedéstől való félelem is. 1932. áprilisában a Budapesti Orvosegyesület Nőgyógyászati Szakosztályának ülésén Schulcz Ágost az 1928-as kongresszusra alapozva a legális abortusz intézményesítését magába foglaló törvényi szabályozást sürgetett (Pető – Svégel, 2021).

Bár a törvényalkotás elmaradt, végül 1933-ban a Kúria B.I. 118/1933. számú döntvénye által legálissá vált az állapotos nő életének és egészségének védelmében történő terhességmegszakítás (Hámori, 1997; Mikes, 2017; Pető – Svégel, 2021).

### **4.3. A terhességmegszakítások szabályozása a Ratkó-korszakban**

1945. február 14-én a Budapesti Nemzeti Bizottság kimondta, hogy az orvosok tisztiorvosi engedéllyel, kizárólag az egészségügyi intézményekben elvégezhetik a magzatelhajtásokat – ráadásul ingyenesen (Mikes, 2017; Pető – Svégel, 2021). Erre a németeket visszaverő szovjet sereg által elkövetett tömeges szexuális erőszakok miatt volt szükség (Tóth, 2018; Pető – Svégel, 2021). Az ötvenes évek elején jelentkező születésszám növekedés – másnéven a baby-boom – azonban Magyarországon elmaradt a többi szocialista országhoz képest, így ennek kérdésköre középpontba került a Rákosi-rendszer idejére jellemző pártpolitikában (Kocsis, 2016). Eltörlődött a szexuális erőszakra való hivatkozás, és megjelent a gyermektelenségi adó (Mikes, 2017).

Az abortuszszigorítást több központi intézkedés előzte meg, amiknek céljai a nők és anyák terheinek csökkentése voltak. 1949-től többször bővült az 1912-ben bevezetett családi pótlékra jogosultak köre, és a pótlék összege is több alkalommal megemelkedett. Továbbá, az akkori hivatalos propaganda harcolt a nők egyenlő bérezéséért, és hirdette az anyaság szépségét. A Magyar Népköztársaság kitüntette és pénzjutalomban részesítette azokat az anyákat, akik legalább hat gyermeket szültek meg és neveltek fel. Az állam bölcsődék, óvodák, napközi otthonok fenntartásával próbált hozzájárulni a dolgozó anyák segítéséhez (Kocsis, 2016).

A szakmai munkálatok 1951. tavaszán megkezdődtek; szeptemberben az országos egészségügyi nőgyógyászati szakorvoscsoport vezetőségi ülésén az orvosok véleményezték a későbbi rendelet tervezetét, ami magába foglalta a betegségek listáját, a büntetések mértékét és az abortuszbizottság felépítését (Pető – Svégel, 2021.)

Az Egészségügyi Minisztérium Felvilágosítási Osztályának az 1952. február 15-én kiadott körlevele elindította az abortusz elleni kampányolást. Ratkó Anna egészségügyi miniszter – akiről a Ratkó-korszak kapta a nevét – ugyanezen év április 11-én tartott egy, az abortusz elleni küzdelemről szóló értekezletet. Ezen a budapesti törvényszék orvos szakértőin kívül részt vettek a megyei szülész főorvosok és a szülész professzorok, továbbá szülésznők és védőnők is. Ratkó itt jelentette be: „aki ettől a naptól fogva abortuszt hajt végre, azt a legkeményebben büntetjük” (Kocsis, 2016).

1952. május 29-én adta ki Ratkó az Egészségügyi Minisztérium 81/34/1952. számú rendeletét, ami a művi terhességmegszakítást szabályozta. A rendelet értelmében a terhesség csak az első 28 hétben volt megszakítható, és csak akkor, ha a beavatkozás az állapotos személy életének megmentését szolgálta, illetve akkor, ha a magzat születés utáni életét súlyos károsodás

fenyegette. Kijelölésre kerültek a terhességmegszakítást végrehajtó intézmények, és létrehozták az I. és II. fokú bizottságokat (Kocsis, 2016; Pető – Svégel, 2021). Drexler Miklós miniszterhelyettes a bizottságokról úgy nyilatkozott, hogy „az elbírálás lazaságainak felszámolása céljából” jöttek létre (Kocsis, 2016).

Az 1952. november-december között Drexler miniszterhelyettesnek beérkezett, a bizottságok megalakulásáról szóló jelentésekből kiderül, hogy azok a legtöbb helyen 1952. június 10. és július 10. között jöttek létre (Kocsis, 2016). Az országban 71, megyénként átlagosan 3-4 elsőfokú bizottság működött, és csak súlyos betegségekre hivatkozva lehetett hozzájuk fordulni. Három tagból álltak: a helyi szülész-nőgyógyász főorvos vezetőből, egy belgyógyászból és az adott betegség szakorvosából (Pető – Svégel 2021). Ha az elsőfokú bizottság által nem lett engedélyezve a terhesség megszakítása, akkor az érintettek ezzel kapcsolatban a másodfokú bizottságnál fellebbezhettek (Kocsis, 2016). A másodfokú bizottságok öt tagból álltak, és a megyei kórházakban működtek. Vezetőik a megyei tanácsok végrehajtó bizottságának egészségügyi osztályvezetői voltak. Ha a terhes nő abortuszkérelmét a bizottságok elutasították, az bekerült a terhességi kiskönyvbe, így az érintett nők fokozott terhesgondozás alá kerültek. Ezzel elkerülhetővé vált, hogy máshogy próbálkozzanak a terhességmegszakítással (Pető – Svégel, 2021).

A 81/34/1952. EüM számú rendelet fellépett az illegális abortörök ellen, a rendőrség felé jelenti kellett a feltételezhető „bűnös vetéléseket” (Kocsis, 2016; Pető – Svégel, 2021). A 8100-1/1953. és a 8100-2/1953. EüM számú utasítások megjelenésével kötelezővé vált a terhességek és a méhüri beavatkozások bejelentése és nyilvántartása (Tóth, 2022).

A Minisztertanács 1953. februárjában adta ki az 1004/1953. (II. 8.) számú *az anya- és gyermekvédelem fejlesztéséről* c. határozatát, ami már biztosította, hogy a terhes nők munkába való állását várandósságukra hivatkozva ne lehessen megtagadni. Emellett a határozat VI. fejezete (*küzdelem a magzatelhajtás ellen*) kiemelte, hogy „az állami és társadalmi élet minden területén fokozni kell a küzdelmet a magzatelhajtás ellen”. Ugyanebben az évben kiegészült az 1951-ben kiadott Munka Törvénykönyve; a módosítás 12 hét szülési szabadságot biztosított a dolgozó nőknek, amit szülés előtt és után két részletben, vagy szülés után egyszerre lehetett kivenni (Kocsis, 2016).

A gyermektelenek adójáról szóló 8/1953. (II. 8.) MT rendelet adótétele a 20 és 50 év közti nőtlenek, és a 20 és 45 év közti hajadonok akkori egy százalékos jövedelemadóját négy

százalékponttal emelte meg. Ennek értelmében nekik ötször annyi jövedelemadót kellett fizetniük, mint a gyermekeseknek. A magyarázat erre az volt, hogy a gyermekteleneket nem terhelik a gyermekneveléssel kapcsolatos költségek, így az állam elvárta, hogy ők is kivegyék a részüket a (több)gyermekes családok támogatásából (Juhász, 2015).

A szakorvosok országszerte abortusz elleni felvilágosító előadásokat tartottak az Egészségügyi Minisztérium általi irányelvek szerint. Az előadásokat a kórházakban, a nagy-, közép- és kisüzemekben, a termelőszövetkezetekben, az iskolákban és az egészségvédelmi tanácsadókban tartották. A megyei tanácsok egészségügyi osztályai intézkedtek ezek megszervezéséről, és részletes beszámolót készítettek róluk az Egészségügyi Minisztérium számára. A legtöbb előadást azokban a megyékben tartották, ahol legnagyobb arányban fordult elő vetélés (Kocsis, 2016).

Ratkó Anna 1953. április 3-ig foglalta el a miniszteri posztját (Pető – Svégl, 2021). A Ratkó-korszak idején, 1949-1956 között (Juhász, 2015), a feljebb taglalt szabályozások mellett az akkor születettek száma körülbelül 80 000-rel nőtt, őket nevezik „Ratkó-gyermekek” (Kocsis, 2016; Konrád, 2021). 1950-1953 között a bejelentett művi vetélések száma 1700-2800 közé tehető (Zoller et al., 2004). 1956 júniusban oldották fel az abortusztilalmat, a gyermektelenségi adó pedig a forradalom után került eltörlésre (Mikes, 2017), de az abortuszbizottságok még 1988-ig működtek (Pető – Svégl, 2021). A Ratkó-korszakban számos nem kívánt gyermek született meg és több tiltott terhességmegszakítás végrehajtására volt példa (Tóth, 2022), amik során 1955-56-ban 152 nő veszítette életét (Tóth, 2018). Az 1933-1952 közötti tiltott abortuszok száma 35 000-40 000 közé tehető (Jobbágyi, 1990).

#### **4.4. A terhességmegszakítások szabályozása a Kádár- korszakban**

Az 1047/1956. (VI. 3.) MT határozat és a 2/1956. (VI. 24.) EüM számú rendelet *a terhesség megszakításával kapcsolatos eljárás szabályozásáról* a 12. hétig engedte az indoklás nélküli terhességmegszakítást, ami népesedési vitákat eredményezett (Mikes, 2017; Pető – Svégl, 2021). „1957–1966 között 1 642 417 abortuszt végeztek, az évenkénti átlagos szám 140–180 ezer közötti volt” (Tóth, 2022:69). A tetőpontot az 1968-69-es évek jelentették (Pető – Svégl, 2021); „1969-ben a művi vetélések száma 206 817 volt, akkor, amikor csak 154 318 kisbaba született” (Czeizel, 1997:102). Ezután csökkenés következett (Pető – Svégl, 2021): 1967-1976 között 25 630-cal kevesebb terhességmegszakítást végeztek el, mint 1957-1966 között (Tóth, 2022). Ez a fogamzásgátlás szélesebb körű elterjedésének és az új népesedéspolitikai intézkedéseknek volt

betudható (Pető – Svégel, 2021). Egyik ilyen intézkedés volt 1967-ben a GYES (gyermekgondozási segély) bevezetése (Tóth, 2022), ami az anya-státuszba terelt nők minél tovább tartó otthonlétét támogatta. Az állam így próbálta mérsékelni a gyermekgondozási intézményekben jelentkező férőhelyhiányt (Pető – Svégel, 2021). A GYES bevezetésének hatására 1974-1979 között éles ugrás volt tapasztalható a születések számában. Ebben az időben születtek meg a Ratkó-gyerekek utódai is (Konrád, 2021; Tóth, 2022).

Az 1973-ban kiadott 1040/1973. (X. 18.) MT határozat *a népességpolitikai feladatokról* némileg szigorította az 1956-tól fennálló feltételeket az abortuszhoz való hozzáféréshez (Tóth, 2022). A határozat főként a prevencióra (Mikes, 2017), az abortuszbizottságok szabályozására és az anyagi támogatásra fókuszált: emelte a családi pótlékot és a GYES-t, az anyák fizetett szabadnapjait, valamint meghatározta az egyszeri anyasági segély összegét. A 4/1973. (XII. 1.) EüM rendelet alapján a terhességmegszakítás papíralapú kérvényezését továbbra is az abortuszbizottság bírálta el (Pető – Svégel, 2021:59). Innentől kezdve elsőfokon a bizottság az orvos elnökből, egy tanácsi képviselőből és egy védőnőből, másodfokon pedig az elnök mellett a fővárosi, megyei szakszervezeti tanács képviselőjéből, egy védőnőből és két tanácsi képviselőből álltak (4/1973. (XII. 1.) EüM rendelet).

A bizottság akkor adott engedélyt a terhesség művi megszakítására a terhesség 12. hete előtt, ha a szülőknél fennálló vagy a születendő gyermeknél orvosilag valószínűsíthető egészségügyi ok azt indokolta; ha a terhes nő a 40. életévét betöltötte; ha nem volt házas; ha legalább háromszor szült már; ha neki vagy házastársának nem volt saját tulajdonú beköltözhető lakása vagy önálló bérlakása; ha a terhesség bűncselekmény következménye volt. Ezen okok mellett akkor volt még esély az engedélyeztetésre, ha a magzat életképessége egészségügyi szempontból várhatóan veszélyeztetett volt; ha a terhes nő házastársa fegyveres erőknél szolgált még legalább hat hónapig; ha ő vagy a terhes nő legalább hat havi végrehajtható szabadságvesztés büntetését töltötte; ha egyéb szociális okok az abortusz szükségességét alátámasztották. Ha a kérelmező kiskorú volt, akkor a terhességmegszakítás a terhesség 18. hetéig volt engedélyezhető (4/1973. (XII. 1.) EüM rendelet).

A 76/1988. (XI. 3.) MT rendelet összevonta a fenn említett okokat, így minden említett esetben megszakítható volt a terhesség. Emellett eltörölte az abortuszbizottság intézményét, az abortuszt kérvényező nők szociális háttérének kivizsgálására ideiglenesen a Család- és Nővédelmi Tanácsadót jelölte ki, majd szerepüket 1993-tól a Családvédelmi Szolgálat vette át

(Petős – Svégel, 2021:63). Az 1956-1990 közötti terhességmegszakítások száma kb. 4,5 millió volt (Jobbágyi, 1990).

#### **4.5. A terhességmegszakítások jelenkori szabályozása**

Az Alkotmánybíróság a 64/1991. (XII. 17.) határozatában kimondta, hogy a terhességmegszakítás feltételeinek megállapításakor nem lehet figyelmen kívül hagyni az anya önrendelkezési jogát és a magzatra kiterjedő állami életvédelmi kötelezettséget sem. Ezeknek fényében a teljes abortusztilalom és az indok nélküli abortusz is alkotmányellenes lenne.

A jelenleg is hatályos, *a magzati élet védelméről szóló* 1992. évi LXXIX. törvény ezeket az előzményeket követően született meg.

#### **5. Az 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről; a terhességmegszakítás feltételei és folyamata**

Az abortuszok szabályozásáról *a magzati élet védelméről szóló* 1992. évi LXXIX. törvény rendelkezik, és a 32/1992-es Népjóléti Miniszteri rendelet szabályozza annak végrehajtását (Zoller et al., 2004).

Az Országgyűlés a 48/1998. (XI.23.) AB határozatból folyó kötelezettségének megfelelően, az 1992. évi LXXIX. törvényt a 2000. évi LXXXVII. törvénnyel módosította (Mikes, 2017:14). A 2000. évi LXXXVII. törvény *a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény módosításáról* megfogalmazza a Családvédelmi Szolgálatok feladatait és a kötelező tanácsadások tartalmát is. Ezen kívül a törvény tisztázza, mit kell érteni a „súlyos válsághelyzet” alatt (Pálos – Hajdu, 2022).

Az Országgyűlés annak tudatában, hogy a fogantatással induló magzati élet védelmet érdemel, ami a gyermeket váró nőkről történő fokozott gondoskodással valósítható meg, megállapítja, hogy a magzatot és a gyermeket várókat is támogatás és védelem illeti meg (1992. évi LXXIX. törvény 1. §). Ugyanakkor a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége, csakúgy, mint a családtervezés. A családtervezésnek és a születésszabályozásnak a terhességmegszakítás nem eszköze.

Az egészség és az emberi élet értékéről, az egészséges életmódról, a felelősségteljes párkapcsolatokról, az emberhez méltó családi életről, az egészségre ártalmatlan születésszabályozási módszerekről szóló oktatás az alap- és középfokú oktatási intézményekben történik. Válsághelyzet esetén, annak feloldása érdekében az állami családvédelmi szolgálat vagy az egészségügyi államigazgatási szervhez bejelentett családvédelmi szolgálat tanácsadást végez.

Az állam rászorultságtól függően elősegíti a fogamzásgátló készítmények és eszközök kedvezményes igénybevételét, támogatja a magzati élet védelmét szolgáló tevékenységet, szervezeteket (különösen azokat, amelyek anyagi támogatást is nyújtanak az arra rászoruló várandós anyáknak), gondoskodik a gyermeket váró nők fokozott munkahelyi védelméről, és segíti a születendő gyermek vállalását és felnevelését (1992. évi LXXIX. törvény 2. §).

A terhesség csak veszélyeztetettség, illetőleg az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén szakítható meg. Súlyos válsághelyzet az, amely testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okoz (1992. évi LXXIX. törvény 5. §).

A terhesség a 12. hetéig szakítható meg, ha az az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyezteti, ha a terhesség bűncselekmény következménye, ha a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved, valamint az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén (1992. évi LXXIX. törvény 6. §). A súlyos válsághelyzet jelentheti azt, hogy valaki még túl fiatalnak vagy túl idősnek érzi magát a gyerekvállaláshoz, esetleg anyagi, családi, munkahelyi, tanulási vagy egyéb okok miatt nem tudja vállalni a terhességet és a gyereket. Ezeket az indokokat a családvédelmi szolgálat nem ellenőrzi, tehát nem kell semmilyen módon igazolni. Kizárólag az érintett jogosult meghozni az erről szóló döntést (<https://tasz.hu/terhessegmegszakitas>. Letöltés ideje: 2023. 08. 05.).

Ha az állapotos nő egészsége veszélyben van a terhessége végett, arról két, szakmailag illetékes szakorvos ad ki véleményt. Ugyanez vonatkozik arra az esetre is, ha a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved (Grebelyné, 2018). A szexuális erőszak elkövetését, illetőleg annak gyanúját a büntetőügyben eljáró szerv által kiadott igazolás igazolja (1992. évi LXXIX. törvény 12. §).

Az említett feltételek teljesülése esetén a terhesség a 18. hetéig szakítható meg, ha az állapotos nő a terhességét neki fel nem róható egészségügyi ok vagy orvosi tévedés miatt nem ismeri fel korábban, vagy az egészségügyi intézmény, illetve valamely hatóság mulasztása végett haladta meg a terhessége a 12 hetet. Ezen kívül a 18 hetes időhatár akkor érvényes, ha az állapotos nő korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen (1992. évi LXXIX. törvény 6. §).

A terhesség a 20. – a diagnosztikus eljárás elhúzódása esetén 24. – hetéig szakítható meg, ha legalább 50% a valószínűsége annak, hogy a magzat genetikai, teratológiai ártalommal születne

meg (1992. évi LXXIX. törvény 6. §), mint például a Down-szindróma (<https://egeszsegvonal.gov.hu/d/891-down-szindroma.html>. Letöltés ideje: 2023. 09. 29.).

A terhesség az időtartamától függetlenül az állapotos nő életét veszélyeztető egészségi ok miatt, illetve a magzatnál a szülés utáni élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség fennállása esetén szakítható meg (1992. évi LXXIX. törvény 6. §), például Edwards-szindróma esetében (<https://egeszsegvonal.gov.hu/e-e/1089-edwards-szindroma.html>. Letöltés ideje: 2023. 07. 25.).

A terhesség megszakítása az állapotos nő írásbeli kérelme alapján végezhető el, kivéve, ha a megszakítást egészségi ok indokolja (1992. évi LXXIX. törvény 7. §). A terhességmegszakítás iránti kérelmet a terhességet megállapító szülész-nőgyógyász szakorvos által kiállított igazolással együtt, személyesen kell előterjeszteni (1992. évi LXXIX. törvény 8. §). A 6. §-ban megfogalmazott feltételek fennállását a Családvédelmi Szolgálatnak a főiskolai képzésben védőnő szakképzettséget szerzett, és szakirányú tanfolyamot elvégzett munkatársa állapítja meg (32/1992. (XII. 23.) NM rendelet).

A beavatkozás első lépése az „A” tanácsadás, aminek célja a magzat megtartatása (<https://tasz.hu/terhessegmegszakitas>. Letöltés ideje: 2023. 08. 05.). A munkatárs tájékoztatja az állapotos nőt a gyermek vállalása esetén elérhető anyagi és természetbeni támogatásokról, az erkölcsi és anyagi segítséget nyújtó szervezetekről és intézményekről, valamint az örökbeadásról lehetőségeiről. Ezen kívül szó esik a magzat fejlődéséről és a terhességmegszakítás veszélyeiről is (1992. évi LXXIX. törvény 9. §). Az „A” tanácsadáson az állapotos nő még maradhat névtelen, az adataival kitöltött formanyomtatványt egy zárt, jeligével ellátott borítékba helyezhető el, ami megsemmisülésre kerül abban az esetben, ha nem jelenik meg a „B” tanácsadáson (<https://tasz.hu/terhessegmegszakitas>. Letöltés ideje: 2023. 08. 05.). A munkatárs igazolást ad ki a kérelmező számára a tanácsadáson történő megjelenéséről (32/1992. (XII. 23.) NM rendelet).

Ha az állapotos nő fenntartja a terhesség megszakítása iránti szándékát, leghamarabb a tájékoztatást követő 3. napon jelenhet meg ismét a „B” tanácsadáson, ahol megszűnik az anonimitása (32/1992. (XII. 23.) NM rendelet). Itt a munkatárs tájékoztatja őt a jogszabályi feltételekről, a beavatkozás körülményeiről és módjáról, a beavatkozást elvégző egészségügyi intézményekről és a terhességmegszakítást követő, a Családvédelmi Szolgálat nyújtotta segítség lehetőségeiről (1992. évi LXXIX. törvény 9. §). A „B” tanácsadásra az állapotos nőnek vinnie kell magával az „A” tanácsadáson kapott igazolást, valamint a várandósság tényét és idejét megállapító, szülész-nőgyógyász szakorvos által kiállított orvosi igazolást (32/1992. (XII. 23.)

NM rendelet). A tanácsadáson a kérelmező és a munkatárs kitöltik a terhesség megszakítása iránti kéremlapot, amit a munkatárs 24 órán belül megküld a beavatkozást elvégző intézmény részére (1992. évi LXXIX. törvény 9. §), továbbá kiállítja a térítési díj befizetésére szolgáló utalványt (32/1992. (XII. 23.) NM rendelet). Ha a terhesség szexuális erőszak következménye, az ismételt megjelenés a tanácsadáson nem szükséges (1992. évi LXXIX. törvény 9. §).

Az állapotos nő 8 napon belül jelentkezik a választott egészségügyi intézményben, ahol aláírásával ismét megerősíti a kérelmét (1992. évi LXXIX. törvény 10. §). Az intézményben ismételt orvosi vizsgálatot végeznek, amit követően jóváhagyható a terhességmegszakítás, majd kijelölésre kerül a beavatkozás időpontja (<https://tasz.hu/terhessegmegszakitas> Letöltés ideje: 2023. 08. 05.). A terhességmegszakítás elvégzésének feltétele, hogy a kérelmező igazolja, hogy befizette a térítési díjat (32/1992. (XII. 23.) NM rendelet).

## **6. A fogamzásgátlás történelme**

A modern fogamzásgátló eszközök, mint például az óvszer, a méhen belüli eszközök és a hormonális módszerek csak a 20. század közepétől jelentek meg a fejlett országokban. Ezek az eszközök hozzájárultak ahhoz, hogy a gyermekvállalás tudatos tervezés és időzítés keretében valósuljon meg (Makay, 2014).

### **6.1. A fogamzásgátlók megjelenése Európában**

A 19. századig főleg a népi módszerek (például együttlét utáni köhögés vagy ugrálás), az önmegtartóztatás, illetve a megszakított közösülés szolgált arra, hogy a fogantatás megelőzhető legyen. Ezek bár megbízhatatlan eszközök voltak, mégis elég hatékonyak voltak ahhoz, hogy a 17-18. századtól csökkenésnek induljon a termékenység. Az orvostudomány a 20. század közepén jutott el arra a szintre, hogy megfelelően ismerje a fogantatás élettani menetét, a technikai fejlődés pedig ekkor ért el olyan pontra, hogy bárki számára elérhetővé válhattak a megfelelő megbízhatóságú és áru eszközök. Lehetővé vált a szintetikus hormonok előállítása, ami kedvezett az orális tabletták előretörésének, valamint elkezdődött a folyékony latex gyártása, amely lehetővé tette a modern óvszerek kifejlesztését (Makay, 2014).

A katolikus többségű európai országokban azonban nagy volt a vallási és morális ellenállás a fogamzásgátlási módszerek ellen, csak az önmegtartóztatás számított elfogadhatónak (Makay, 2014). Emiatt csak az 1961-től lett engedélyezve Európában a fogamzásgátló tabletták forgalmazása, holott Amerikában az Élelmiszer és Gyógyszer Engedélyezési Hivatal már 1960-ban engedélyezte azok bevezetését (Zsákai, 2015).

## 6.2. A fogamzásgátlók megjelenése Magyarországon

Magyarországon a Kádár-korszakban a fogamzásgátlók elterjedéséig korlátozott joga volt a nőknek arra, hogy eldönthesse, vállal gyermeket vagy sem. A leggyakoribb módszer hazánkban is a megszakított közösülés – szlengként emlegetve „Kelenföldnél kiszállok” – volt (Tóth, 2022). 1697-ben készült el az első magyar fogamzásgátló tablettá, az Infecundin (Makay, 2014; Zsákai, 2015), majd 1970-től Bisecurint, azt követően pedig Postinort (esemény utáni tablettát) is szedhettek a magyar nők (Tóth, 2022).

Az Infeducint, mint magas hormontartalmú gyógyszert csak szakorvos írhatta fel, és kezdetben kevés patikában lehetett kapni. Ahogy enyhültek az alkalmazást szabályozó rendelkezések, és az alacsonyabb hormontartalmú variánsok is napvilágot láttak, úgy a használók száma is fokozatosan növekedett. 1973-tól már minden orvos felírhatta a társadalombiztosítás költségeire a fogamzásgátló tablettákat. Ennek, valamint a terhességmegszakításokat szigorító 1040/1973. (X. 18.) *a népességgazdasági feladatokról* szóló MT határozat hatására 1974 első háromnegyedében 71%-kal nőtt a modern fogamzásgátlók használata, és 40%-kal csökkent a végrehajtott művi vetélések száma (Makay, 2014).

„Az 1970-es évek elején jelent meg a spirál (...), melynek felhelyezése csak fekvőbeteg-szakintézetben történhetett. Használatában így erős területi egyenlőtlenségek alakultak ki, hiszen nem minden térségben létezett megfelelő betegellátó intézmény” (Makay, 2014:133).

## 6.3. A fogamzásgátlási szokások változása Magyarországon

Korábbi felmérésekből megtudhatjuk, hogy Magyarországon 1958-1993 között nagy változások történtek a házas vagy partnerkapcsolatban élő nők fogamzásgátlási szokásaiban. Egyrészt 58%-ról 94%-ra emelkedett azoknak a száma, akik védekeztek a nem kívánt terhességek ellen, másrészt eltérbe kerültek a modern módszerek, melyeknek használata 21%-ról 87%-ra nőtt. „Elsősorban a tablettá és a méhen belüli eszközök alkalmazása ugrott meg, miközben a megszakított érintkezést alkalmazók aránya visszaesett” (Makay, 2014:133).

1970-ben 40-50%-a a magyar lakosságnak még mindig a megbízhatatlan megszakított közösülést használta. A módszer mellett jellemző volt még a coitus reservatus, mely azt jelentette, hogy a férfi az együttlét során nem ejakulált, valamint a Knaus-Ognio eljárás, amely szerint csak a peteérés nélküli napokon volt ajánlott közösülni. (Tóth, 2022). Az 1990-es évek elején, amikor is az Európai Termékenységi és Családvizsgálat felmérése készült, Magyarországon 100 élveszületésre több, mint 70 terhességmegszakítás jutott, hiába nőtt 21%-ról 87%-ra a modern

fogamzásgátló eszközöket használó nők aránya (Makay, 2014). Szintén ekkortájt a terhességmegszakítást kérők 30%-a semmilyen módon nem védekezett (Tóth, 2022).

#### **6.4. Napjaink fogamzásgátló eszközei**

A napjainkban leggyakrabban használt fogamzásgátlási módszerek a következő csoportokba sorolhatók: természetes módszerek, mechanikai módszerek, kémiai módszerek, hormonális módszerek, spermiogenezis gyógyszeres gátlása, és meddővé tétel (Zsákai, 2015). Magyarországon egyetlen módot sem támogat a társadalombiztosítás (Makay, 2014).

A természetes módszerek közül a legnépszerűbb a megszakított közösülés, melynek megbízhatósága nagyon rossz és a nemi úton terjedő betegségek ellen sem nyújt védelmet. A „kimosakodásról”, a naptáras és a hőmérős módszerről ezek úgyszintén elmondhatók. A PI (Pearl-index) értéke – ami arról árulkodik, hogy a módszert használó nők átlagosan hány százaléka esik teherbe egy év alatt – a naptáras módszernek a legrosszabb: 14-47% (Zsákai, 2015).

A mechanikai módszerek közül a legelterjedtebb az óvszer használata, amit a pesszárium és a spirál követ. Mindegyik eszköz sokkal hatékonyabb a természetes módszereknél, ráadásul az óvszer a nemibetegségektől is szinte 100%-ban véd. A spirálnak a legjobb a PI értéke: 1-6% (Zsákai, 2015).

A kémiai fogamzásgátló módszerek helyben fejtik ki spermaölő hatásukat, ilyen például a hüvelykúp. Hatékonyságuk  $PI=1-40\%$  mértékű (Zsákai, 2015).

A hormonális fogamzásgátló szerek PI értéke nagyon jó, 2-5% között mozog. Ide tartoznak a kombinált összetételű, a csak progeszteront tartalmazó és az esemény utáni tabletták, az injekciós készítmények, az implantátumok, a méhen belüli hormonális fogamzásgátló eszközök (Zsákai, 2015) és a tapasz (<https://ragaszkodjhozza.hu/fogamzasgatlas>. Letöltés ideje: 2023. 07. 27.).

A spermiogenezis hormonális befolyásolásán a férfi hormonális fogamzásgátlást értjük, amit a megemelkedett tesztoszteron-szint lehetséges későbbi mellékhatásai miatt nagyon kevesen használnak (Zsákai, 2015). Kutatók szerint azonban ígéretesnek tűnik annak a hormonmentes, férfiak számára kifejlesztett fogamzásgátló tablettának a tesztelése, ami néhány órán keresztül képes megakadályozni a spermák mozgását. Az egyelőre egereken végzett vizsgálatban a TDI-11861 nevű gyógyszer egyetlen adagja három órán keresztül immobilizálta a spermiumokat, mindezt hormonok nélkül, így csak az együttlétek előtt kellene bevenni. Előnye, hogy nem üti ki

a tesztoszteront, és – a nők által szedett fogamzásgátlókkal ellentétben – nem okoz hormonhiányos mellékhatásokat a férfiak szervezetében (Aradi, 2023).

A meddővé tétel – másnéven sterilizáció – egy visszafordíthatatlan beavatkozás (Zsákai, 2015), amit hazánkban csak a 18. életév betöltése után lehet kérvényezni, általában akkor, ha az illető már három vér szerinti gyermekkel rendelkezik, vagy elmúlt 40 éves (1997. évi CLIV törvény). A módszer hatékonysága értelemszerűen  $PI=0\%$  (Zsákai, 2015).

### **7. A párkapcsolatban élő nők fogamzásgátlási szokásainak elemzése**

Makay Zsuzsanna (2014) tanulmánya bemutatja nekünk a Magyarországon párkapcsolatban élő nők fogamzásgátlási szokásait 2009-ben. Makay arra kereste a választ, hogy mely tényezők határozzák meg, hogy a nők védekeznek-e nem kívánt teherbeesés ellen, vagy nem, és hogy elsődlegesen milyen módszert használnak. Ezek az ismeretek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy feltáruljanak azok a lehetőségeket, amelyek elősegíthetik az abortuszok számának további csökkenését.

Makay (2014) az elemzés során a Népeségtudományi Kutatóintézet *Életünk fordulópontjai* c. vizsgálata harmadik kérdezési hullámának adatait használta fel, azon belül is a 20 és 49 éves kor közötti, produktív életkorban lévő nők válaszait, akiknek az adatfelvételkor volt partnerük, nem voltak terhesek, és nem is szerettek volna gyermeket. Az elemzett adatállomány így 1824 személy választ tartalmazza.

A tanulmányból megtudhatjuk, hogy a megkérdezett nők 12,4%-a nem védekezett semmilyen módon a terhesség ellen. Legnagyobb arányban – 28,8%-ban – a 45-49 év közötti nők nem védekeztek, legkisebb arányban – 3,1%-ban – pedig a 20-24 év közötti nők. A párkapcsolati helyzet szerint az látható, hogy minél „biztosabb” a párkapcsolati helyzet, annál kisebb a védekezők aránya; a házastárssal élők 85,3%-a, az élettárssal élők 90,3%-a, a partnerükkel nem együtt élők 93,2%-a védekezett a nem kívánt terhesség ellen (Makay, 2014).

Iskolai végzettség szerinti bontásban az volt látható, hogy az egyetemen végzett nők 92,6%-a, a főiskolát végzett nők 89,7%-a, az érettségizettek 90,3%-a, a szakmunkás végzettségű nők 13,3%-a, a 8 osztály végzett nők 76,5%-a védekezett. Elmondható, hogy minél magasabb volt a válaszadó nők iskolai végzettsége, annál gyakoribb volt a nem kívánt terhesség elleni védekezés (Makay, 2014).

Az adatfelvétel több kérdést is tartalmazott a válaszadók életszínvonalával kapcsolatban, amik közül egy „szubjektív” változó volt elemezve, ami a jövedelemmel való gazdálkodás

lehetőségét és az elégedettség mértékét fejezte ki. A kategóriák a következők voltak: a válaszadók nehezen (nélkülözések vagy anyagi gondok között), elfogadhatóan (beosztással épphogy kijönnek a pénzükből), vagy jól (elfogadhatóan, gondok nélkül) élnek. A nehezen élők 18%-a, az elfogadhatóan élők 12%-a, a jól élők 10%-a nem védekezett. Látható, hogy az életszínvonal csökkenésével nőtt azoknak az aránya, akik nem védekeztek nem kívánt terhesség ellen (Makay, 2014).

A legtöbb fogamzásgátló módszert alkalmazó nő óvszert (36,8%) használt, ezt követte a tabletta (30,5%), a spirál (18%), a természetes módszer (13,4%), és az egyéb hormonális módszer (1,3%). Óvszerrel legnagyobb arányban az egyetemet végzettek (55,6%), a 20-24 évesek (41,7%), a jól élők (39,8%) és partnerükkel nem együtt élők (38%) védekeztek. Tablettával legnagyobb arányban a 20-24 évesek (50,1%) és a partnerükkel nem együtt élők (47,3%) védekeztek, őket követték az érettségivel rendelkezők (35,5%) és a jól élők (32,4%). Spirált legnagyobb arányban a 45-49 évesek (32,6%), a szakmunkások (23,6%), a nehezen megélők (23,3%), majd a házastárssal élők (22,6%) használták. Végül az egyéb módszereket legnagyobb arányban a 8 osztályt végzettek (20,2) a 45-49 évesek (19,9%), a nehezen megélők (18,2%) és a házastárssal élők (16,1%) használták (Makay, 2014).

Összefoglalva, minél stabilabb volt a megkérdezettek párkapcsolata, minél fiatalabbak voltak, minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek, és minél jobb anyagi körülmények közt éltek, annál gyakrabban védekeztek. Az óvszer és a fogamzásgátló tabletta voltak a legnépszerűbb fogamzásgátló eszközök köreibben.

## **8. A Magyarországon élők fogamzásgátlási ismeretei**

A Ragaszkodj hozzá! program 2022 őszén végzett egy nem reprezentatív kutatást, mely során 307 18-45 év közötti nőt és férfit kérdeztek a fogamzásgátlási ismereteikről. A kitöltők 87,9%-a volt nő, akik legnagyobb arányban 36-45 év közöttiek (42,6%), városiak (75,8%), házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők (69,6%) voltak és leginkább középiskolai végzettséggel rendelkeztek (48,3%). A férfiak zöme 36-45 közötti (38,9%), városi (77,7%), házasságban élő (32,4%) volt, és legtöbbször a nőkhez hasonlóan középiskolai végzettséggel rendelkeztek (56,8%)

([http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a\\_fogamzasgatlot\\_szedok\\_kozel\\_fele\\_nincs\\_tisztaban\\_a\\_helyes\\_alkalmazassal](http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a_fogamzasgatlot_szedok_kozel_fele_nincs_tisztaban_a_helyes_alkalmazassal). Letöltés ideje: 2023. 07. 27.).

A megkérdezett nők 13,9%-a, a férfiak 38,9%-a semmilyen felvilágosítást nem kapott a védekezéssel, fogamzásgátlással kapcsolatban a szexuális életük megkezdése előtt. Azok a nők, akik mégis kaptak, azok leginkább az általános és/vagy középiskolában (42,3%), online (42,3%), valamint szakorvos (22,8%), szülők (22,8%) és szakkönyvek által (18,7%) jutottak hozzá információkhoz. A férfiak többsége (55,6%) szintén az általános és/vagy középiskolában kapott felvilágosítást, ezt követte a szakkönyvek (33,3%), az online tájékozódás (27,8%), a szülői (11,1%) és a szakorvosi felvilágosítás (2,8%) ([http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a\\_fogamzasgatlot\\_szedok\\_kozel\\_fele\\_nincs\\_tisztaban\\_a\\_helyes\\_alkalmazassal](http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a_fogamzasgatlot_szedok_kozel_fele_nincs_tisztaban_a_helyes_alkalmazassal). Letöltés ideje: 2023. 07. 27.).

Leghatékonyabb módszernek a nők a fogamzásgátló tablettát tartották, majd az óvszert, míg a férfiaknál ez fordítva volt. Mindkét nemnél ezek után a spirál, az injekció és a tapaszt következett. A naptármódszer megbízhatóságában egyöntetűen nem hittek ([http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a\\_fogamzasgatlot\\_szedok\\_kozel\\_fele\\_nincs\\_tisztaban\\_a\\_helyes\\_alkalmazassal](http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a_fogamzasgatlot_szedok_kozel_fele_nincs_tisztaban_a_helyes_alkalmazassal). Letöltés ideje: 2023. 07. 27.).

Hiába volt első helyen a nőknél a tabletta, 36,5%-uk nem volt tisztában a helyes használattal: úgy gondolták, hogy azonnali védelmet nyújt. Összességében a válaszadók közel 60%-a rosszul tájékozott a tabletta használatának kérdéskörében. Emellett a férfiak közel 30%-a és a nők 11,1%-a úgy vélte, nem lehetséges a teherbeesés, ha menstruáció közben történik az együttlét ([http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a\\_fogamzasgatlot\\_szedok\\_kozel\\_fele\\_nincs\\_tisztaban\\_a\\_helyes\\_alkalmazassal](http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a_fogamzasgatlot_szedok_kozel_fele_nincs_tisztaban_a_helyes_alkalmazassal). Letöltés ideje: 2023. 07. 27.).

Összefoglalva, a megkérdezettek zöme az általános és/vagy középiskolában kapott szexuális felvilágosítást, legnépszerűbb fogamzásgátló eszközök a tabletta és az óvszer voltak, de ennek ellenére sokan nem voltak tisztában a helyes alkalmazásával ([http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a\\_fogamzasgatlot\\_szedok\\_kozel\\_fele\\_nincs\\_tisztaban\\_a\\_helyes\\_alkalmazassal](http://pharmaonline.hu/gyogyszerek/cikk/a_fogamzasgatlot_szedok_kozel_fele_nincs_tisztaban_a_helyes_alkalmazassal). Letöltés ideje: 2023. 07. 27.).

## **9. A terhességmegszakítás mellett döntő személyek indokai és védekezési szokásai Győrben**

2022. március 21-én készítettem egy interjút S. R. családvédelmi szakügyintézővel, aki egyike azon személyeknek, akik fogadják a telefonon keresztül érkező terhességmegszakítás iránti igényeket. R. megosztotta velem a Népegészségügyi Központ 2022-es adatait, melyek Győr és vonzáskörzetében élő, az abortusz mellett döntő nőkről szóló információkat tartalmaznak.

2022-ben 601-en mentek el a „B” tanácsadásra Győrben. Az érintettek közül szinte mindenki győri lakos, és általában 5-9 hetes terhesek voltak, amikor a „B” tanácsadásra érkeztek. A 601 nőből 510 egyedül érkezett a tanácsadásra, 91 kísérvével – 36 nőt a partnere kísért el, 55-öt más. A legtöbben 20-29 év közöttiek (293 fő) voltak, őket követték a 30-39 év közöttiek (204 fő), a 15-19 év közöttiek (56 fő), a 40 év felettiak (46 fő) és a 15 év alattiak (2 fő). A legtöbben (218 fő) legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkeztek, de magas volt a legfeljebb középiskolát végzettek (163 fő) és a legfeljebb szakmunkás végzettséggel rendelkezők (123 fő) száma is.

A 601 főből 302-nek nem volt előzőleg abortusza, 139-nek csak egy, 62-nek kettő, 15-nek három, 33-nak legalább négy abortusza volt. 179 főnek nem volt gyermeke, 169-nek egy volt, 151-nek kettő, 65-nek három, 37-nek négy vagy több.

310 nő védekezett a terhességét megelőzően; a legtöbben óvszert (220 fő) vagy fogamzásgátló tablettát (45 fő) használtak. 24 fő védekezett hüvelyi módszerrel, 10 fő naptári módszerrel, 5 fő sürgősségi tablettával, 3 fő spirállal. 2 fő két védekezési módszert használt egyszerre, 1 fő pedig fogamzásgátló injekciót.

A 601 nőből 600 nyilatkozott a súlyos válsághelyzetük háttérében álló okokról. A legtöbben vagy a párkapcsolatukban jelentkező problémákkal (185 fő), vagy az anyagi helyzetükkel (157) indokolták meg a válsághelyzetüket. 69 fő nem akart több gyermeket a meglévők mellé, 64 fő egészségügyi problémákkal küzdött, 61 fő túl fiatalnak vagy túl idősnek érezte magát a gyermekvállaláshoz, 50 fő pedig tanulmányokat folytatott a B tanácsadáson való megjelenésekor.

Összességében a Győr és környéki nők főleg egyedül jelentek meg a „B” tanácsadáson, a legtöbben 20-29 év közöttiek voltak, leginkább csak az általános iskolai tanulmányokat végezték el. Legnagyobb arányban óvszerrel védekeztek, a legtöbben pedig párkapcsolati problémákkal indokolták meg a terhességmegszakításukat.

## **10. A kutatás körülményei**

2023. augusztus 19-én tettem közzé online platformokon az általam szerkesztett kérdőívet, amit a kitöltőknek 2023. október 25-ig volt lehetőségük kitölteni. Tartalmát a feljebb taglalt jogszabályok, szakirodalmak, kutatások segítségével és a tanulmányaim során szerzett ismeretek és információk alapján állítottam össze. A kapott eredmények nem reprezentatívak.

A kérdőív három szakaszból épül fel: ezek a demográfiai adatok begyűjtése, a Likert-skála módszerével, pozitív állításokon keresztül a terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök felmérése, és a kitöltők szerinti, a terhességmegszakítások háttérében húzódó személyes okok

feltárása. A kérdőív legvégén hagytam lehetőséget arra, hogy a kitöltők részletezhessék véleményeiket és gondolataikat a témával kapcsolatban, valamint megosztottam az elérhetőségemet arra az esetre, ha bárki el szeretne volna mesélni az abortusszal kapcsolatos saját tapasztalatát. Ugyan senki nem keresett a megadott e-mail címen, de úgy éreztem, hogy a téma érzékenységeiből adódóan nem várhatom el, hogy kötelező jelleggel bárki megossza velem a történetét.

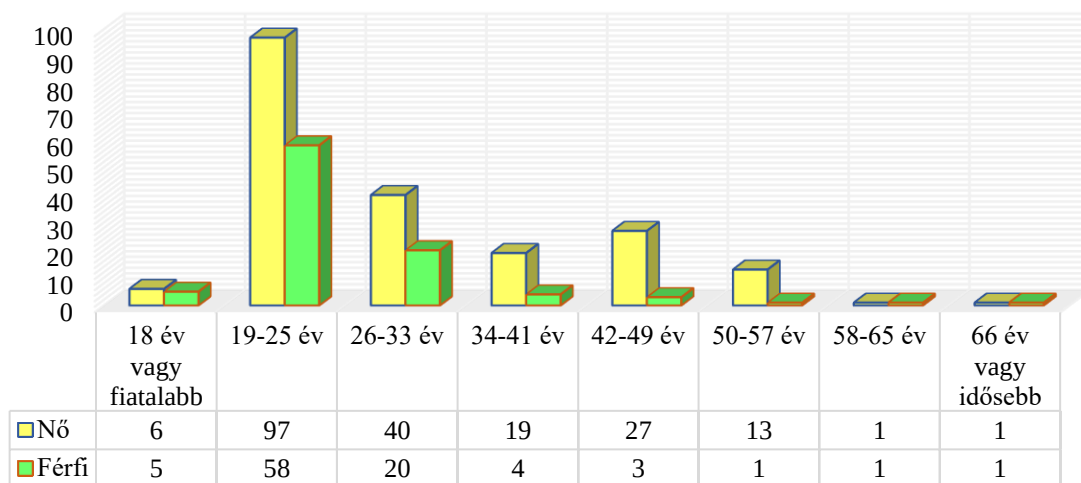
## 11. A kutatás eredményeivel kapcsolatos hipotézisek

Három hipotézis fogalmazódott meg bennem a kérdőív nyilvánosságra hozatala előtt; a nők engedékenyebb attitűdöket mutatnak a terhességmegszakításokkal szemben, mint a férfiak; a fiatalabb korosztályok elfogadóbb válaszokat adnak, mint az idősebbek; a vallásosok szigorúbbak a terhességmegszakítást illetően, mint a nem vallásosok.

## 12. A kérdőív eredményeinek ismertetése

### 12.1. A demográfiai adatok ismertetése

1. diagram: A kitöltők korosztályok és nemek szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

A kérdőívet kerekén 300-an töltötték ki. A 300 kitöltő közül 297-en nyilatkoztak nemükről; 204 a női kitöltők száma (68,7%), a férfiaké pedig 93 (31,3%).

Az oszlopdiagramról leolvasható, hogy a legtöbb kitöltő – 155 fő – (51,7%) 19 és 25 év közötti, a legkevesebb – 4 fő – (1,3%) pedig 58 éves vagy idősebb. Mivel a legidősebb korosztályokból elenyésző számú fő kerül ki, ezért a későbbiekben a következőképpen csoportosítom a kitöltőket: betöltött 18 évesek és fiatalabbak, 19-25 év közöttiek, 26-33 év közöttiek, 34-41 év közöttiek, 42-49 év közöttiek, és 50 év és idősebbek.

Lakhelyüket tekintve az összes kitöltő közül 65-en (21,7%) laknak fővárosban, 66-an (22%) vármegyeszékhelyen, 94-en (31,3%) városban és 75-en (25%) faluban vagy községben.

Legmagasabb iskolai végzettségüket nézve a legtöbb kitöltő – 115 fő – legfeljebb érettségivel rendelkezik (38,3%). Utánuk következnek az alapidiplomások – 59 fő – (19,7%), a felsőoktatási szakképzést végzettek – 38 fő – (12,7%), a mesterdiplomások – 37 fő – (12,3%), az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők – 21 fő – (7%), a befejezett nyolc osztállyal rendelkezők – 16 fő – (5,3%), valamint az osztatlan – 7 fő – (2,3%), a doktori képzést – 2 fő – (0,7%) és a kevesebb, mint nyolc osztályt végzők – mindössze 1 fő (0,3%). 4 fő (1,3%) nem válaszolt erre a kérdésre.

A kitöltők nyilatkoztak a vallásosságukról és arról is, hogy ismernek vagy nem ismernek olyan személyt a környezetükben, akinek volt már ezelőtt abortusza. Az ezzel kapcsolatos adatokat a kérdőív válaszainak elemzése közben ismertetem.

## **12.2. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök általánosságban**

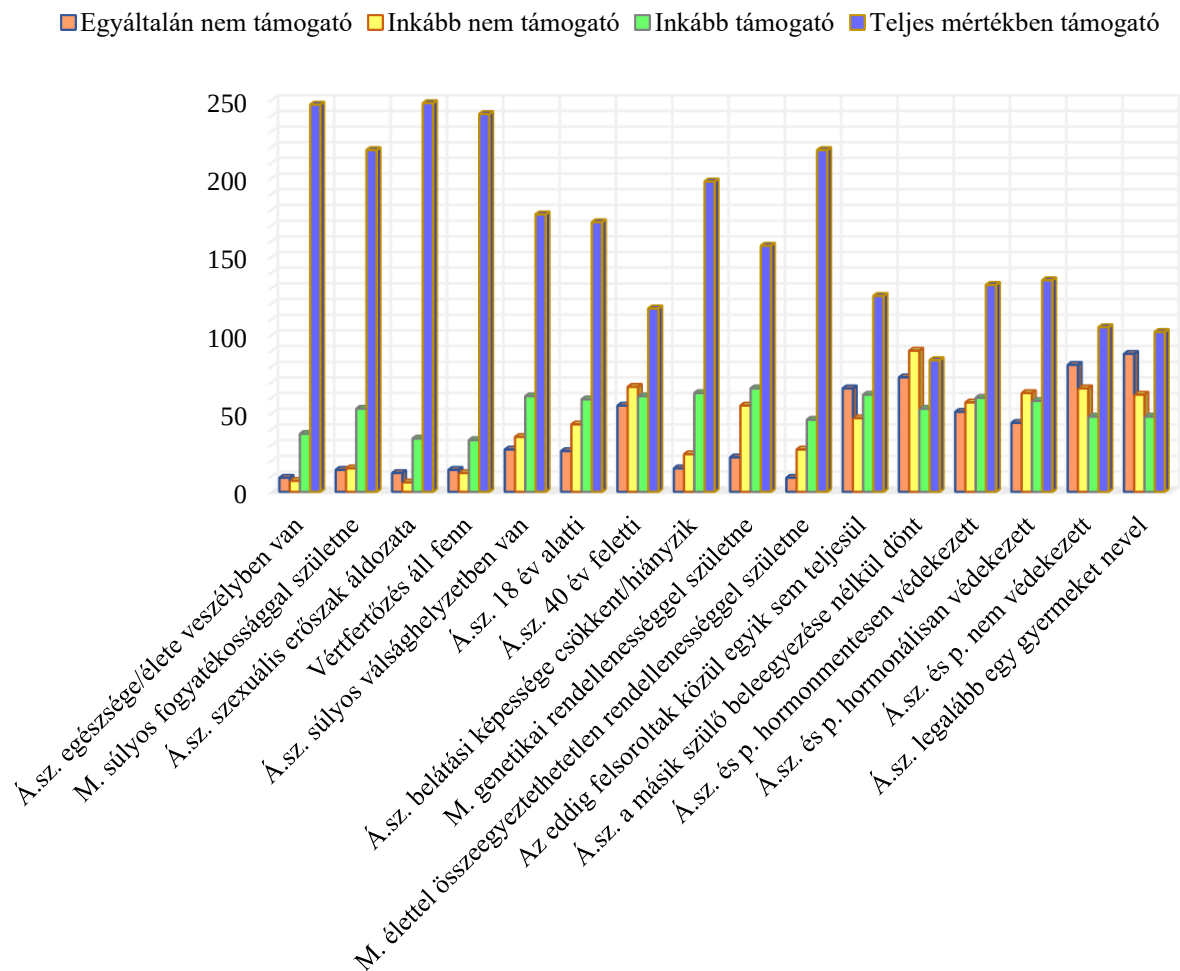
A kérdőív ezen részében azt vizsgálom, hogy a kitöltők terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdjei hogyan változnak és alakulnak a különböző feltételek (nők vagy férfiak, fiatalabbak vagy idősebbek, vallásosok vagy nem vallásosok) teljesülése esetén. Előtte azonban ismertetem az általánosságban kapott eredményeket.

A kitöltők a kérdőívben 16 különböző állítást olvashattak, amelyek mindegyike úgy kezdődött, hogy „Támogatom a terhességmegszakítást, amennyiben...”, majd egy bizonyos feltétellel folytatódott. Négy válaszlehetőséget választhattak attól függően, mennyire értenek egyet az adott állítással. Válaszaikat négy típusra osztottam: egyáltalán nem támogató (ENT), inkább nem támogató (INT), inkább támogató (IT) és teljes mértékben támogató (TMT) válaszokra, amik mellett feltüntettem a felfele kerekített mintaátlagot is. Az általam készített oszlopdiagramban az állapotos személyt á.sz-nek, a magzatot m-nek, az állapotos személy partnerét p-nek rövidítettem.

Az oszlopdiagram alapján láthatjuk, hogy bizonyos esetekben szignifikáns különbségekről beszélhetünk a válaszokat illetően. A kitöltők alapvetően főleg akkor támogatják a terhességmegszakítást, ha az állapotos személy egészsége vagy élete forog kockán (TMT=247) (mintaátlag: 3,74), ha az állapotos személy szexuális erőszak áldozata (TMT=248) (mintaátlag: 3,73), ha a terhesség vérfertőzés eredménye (TMT=241) (mintaátlag: 3,67), illetve, ha a magzat súlyos fogyatékossgal (TMT=218) (mintaátlag: 3,58) vagy élettel összeegyeztethetetlen

rendellenességgel jönne világra (TMT=218) (mintaátlag: 3,58). Szintén magas a teljes mértékben támogató válaszok száma azokban az esetekben, amikor az állapotos személy belátási képessége általánosan nagymértékben csökkent vagy tartósan teljes mértékben hiányzik (pl.: szellemileg sérült, szenvedélybeteg stb.) (TMT=198) (mintaátlag: 3,48), amikor az állapotos személy saját belátása szerint súlyos válsághelyzetben van (például anyagi gondokkal küzd) (TMT=177) (mintaátlag: 3,29), amikor még 18 évnél fiatalabb (TMT=172) (mintaátlag: 3,26), valamint amikor a magzat genetikai rendellenességgel születne meg (TMT=157) (mintaátlag: 3,19).

2. diagram: A kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

A rögzített válaszok alapján azt tapasztalom, hogy amennyiben olyan körülményről van szó, amely erős negatív hatással lehet a születendő gyermek vagy az állapotos személy egészségére és életére, a válaszadók engedékenyebbek a terhességmegszakítást illetően. A legutóbbi esetben kezd el növekedni azoknak a válaszoknak a száma, amelyek inkább nem támogatják a

beavatkozást (INT=55). Feltételezésem szerint befolyással lehet a kitöltők megítélésére az, hogy a magzat hiába születne genetikai rendellenességgel, az nem jelentene konkrét veszélyt az életére.

Azt már láthattuk, hogy az állapotos személy kiskorúsága esetén többségében teljes mértékben támogató válaszok érkeznek. Azonban, ha az állapotos személy 40 év feletti, abban az esetben az egyáltalán nem támogató válaszok száma 55-re, azaz kétszer annyira nő, mint a 18 év alatti állapotos személy esetében, a mintaátlag pedig 2,80. Számomra azért érdekes ez az arány, mert a kor előrehaladtával egyre kockázatosabb lehet a terhesség a nőkre nézve. (<https://gyerekszoba.hu/terhesseg/terhesseg-40-felett-valoban-tobb-a-kockazat/>. Letöltés ideje: 2023. 10. 27.). Ebből kifolyólag az állapotos személy 37 év feletti életkora esetén a genetikai tanácsadáson való részvétel kötelező (<https://egeszsegvonal.gov.hu/g-gy/1513-genetikai-tanacsadas.html>. Letöltés ideje: 2023. 10. 27.). Az eredmények azt mutatják, hogy a kitöltők bár támogatóbbak az abortusszal kapcsolatban akkor, ha a magzat genetikai rendellenességgel születne meg, mégis kevésbé támogatóak akkor, ha egy olyan feltétel teljesül, ami növelheti a genetikai rendellenesség kialakulásának kockázatát.

Ha az eddig említett feltételek egyike sem teljesül, de az állapotos személy így is szeretne élni a terhességmegszakítással, akkor a megszakítást teljes mértékben támogató válaszok száma 125-re csökken. Ennek ellenére még így is majdnem kétszer nagyobb az arányuk, mint az egyáltalán nem támogató válaszoké (ENT=66) (mintaátlag: 2,82).

Ha az állapotos személy és partnere – akár hormonális (TMT=135) (mintaátlag: 2,95), akár hormonmentes (TMT=132) (mintaátlag: 2,91) módszerrel – védekeztek a nem kívánt terhesség ellen, abban az esetben a válaszadók engedékenyebben viszonyulnak az abortuszhoz. Azonban már növekedés látható az inkább nem támogató (hormonális módszernél INT=63, hormonmentes módszernél INT=57) és egyáltalán nem támogató (hormonális módszernél ENT=44, hormonmentes módszernél ENT=51) válaszok száma esetében is. Ha azonban az állapotos személy és partnere semmilyen módon nem védekeztek, a kitöltők nagyobb számban biztosak abban, hogy egyáltalán nem támogatják a terhességmegszakítást (ENT=81) (mintaátlag: 2,59). A kérdőív eredményei között itt fordulnak elő a második legnagyobb arányban az egyáltalán nem támogató válaszok.

Az egyáltalán nem támogató válaszok száma abban az esetben a legnagyobb, amikor az állapotos személy legalább egy gyermeket nevel (ENT=88), ugyanakkor a teljes mértékben támogatóké még akkor is nagyobbban bizonyul (TMT=102). Viszont, ha az egyáltalán nem

támogató válaszokat összevonjuk az inkább nem támogatókéval, valamint az inkább támogatókét összevonjuk a teljes mértékben támogatókéval, akkor az így létrejött két csoportosításban 150-150 válasz lesz az eredmény (mintaátlag: 2,55). Sajnos az ebben az esetben kialakult egyenlő arányokból nem derül ki, hogy mik lehetnek azok az indokok, amik növelik vagy csökkentik az állítással való egyetértést.

Az összes körülmény közül csak egy olyan volt, amikor az inkább nem támogató válaszok többnek bizonyultak a teljes mértékben támogatókénál: ha az állapotos személy a magzat másik szülőjének beleegyezése nélkül dönt úgy, hogy a terhességmegszakítást választja (INT=90, TMT=84) (mintaátlag: 2,49). Megállapítható, hogy a kitöltők többségének inkább fontos lenne, hogy a magzat másik szülőjének is ugyanúgy lehessen lehetősége dönten a magzat sorsa felett, mint az állapotos személynek. Fontos azonban tisztázni, hogy az állításból nem derül ki, hogy az állapotos személy és a magzat másik szülője milyen viszonyban vannak egymással (pl.: házastársak, kapcsolatban élők, ismerősök stb.), pedig valószínűnek tartom, hogy ez is hatással lenne a válaszadók véleményének alakulására.

Összességében, a kitöltők szinte minden körülmény fennállása esetén zömében pozitív attitűdöket mutatnak a terhességmegszakításokkal kapcsolatban. A három körülmény, amikor a leginkább elfogadónak bizonyulnak, az az állapotos személy egészségére vagy életére veszélyt jelentő, a szexuális erőszakból adódó, és a vérfertőző szexuális kapcsolatból adódó terhesség. Ezzel szemben a leginkább elfogadhatatlan körülménynek az számít, ha az állapotos személy a másik szülő beleegyezése nélkül dönt a terhességmegszakításról, ha legalább egy gyermeket nevel, valamint, ha ő és partnere semmilyen védekezési módszert nem használ.

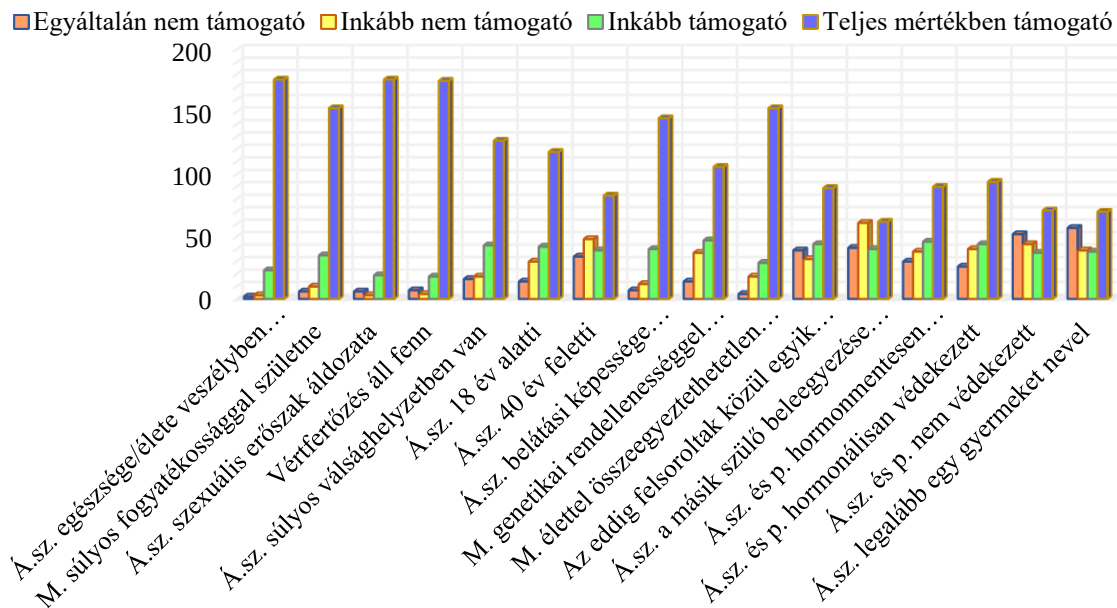
### **12.3. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök alakulása a nő és férfi kitöltők esetében**

A következőkben ismertetem a nő és férfi kitöltők felől beérkező válaszokat, és megvizsgálom az attitűdjeikben levő közös nevezőket és különbségeket. Ezek bemutatásához a nők és férfiak válaszaik alapján kapott mintaátlagokat fogom használni.

A nők válaszaival összességében nem látható szignifikáns különbség az általánosságban vizsgált válaszokhoz képest. Nincs olyan körülmény, melynek hatására engedékenyebbek vagy kevésbé engedékenyebbek lennének a női vélemények. A tényezők mintaátlagaik csökkenése szerinti sorrendje is teljes mértékben megegyezik az általánosságban vizsgált tényezők mintaátlagaik csökkenése szerinti sorrendjével. Csupán annyi a különbség, hogy a nők minden

körülmény fennállása esetén valamivel nagyobb arányban adnak inkább támogató válaszokat, mint inkább ellenzőket.

3. diagram: A női kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)

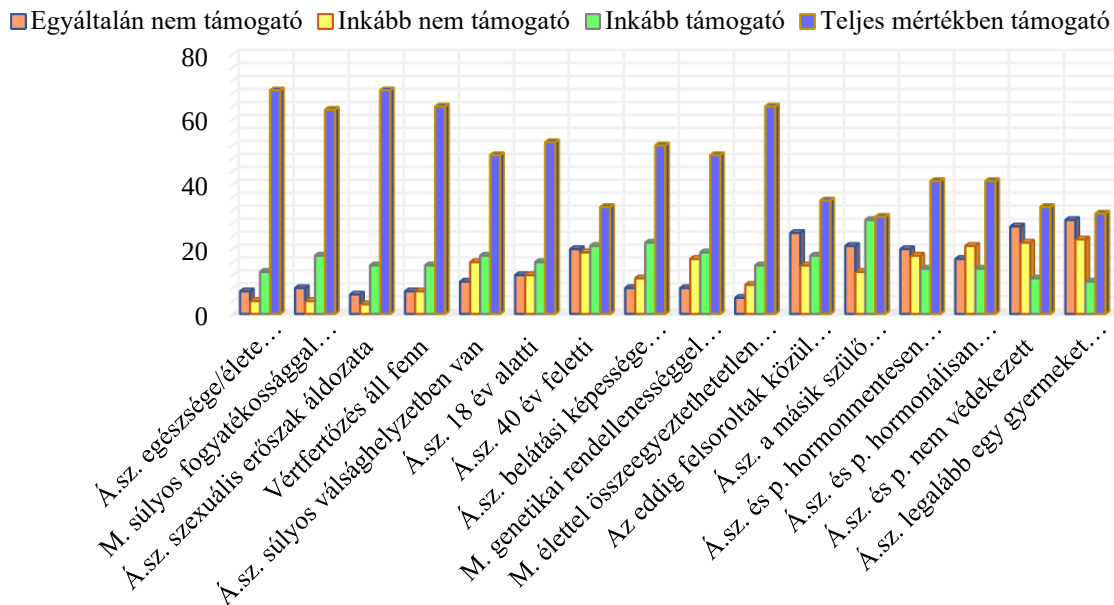


Forrás: saját szerkesztés

A férfiak válaszainál sem látható olyan körülmény, melynek fennállása esetén szignifikáns különbségek jelentkeznek az általánosságban vizsgált válaszokhoz képest. A válaszok mintaátlagait tekintve azonban valamelyest változott a sorrend abba a kérdésben, hogy mely tényezők esetén engedékenyebbek vagy kevésbé engedékenyebbek a férfi kitöltők. Náluk a szexuális erőszak az a körülmény, amelynél a legengedékenyebbnek mutatkoznak a válaszok (mintaátlag: 3,58). Ezt követi az állapotos személy egészségének vagy életének veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,55), a magzat élettel összeegyeztethetetlen rendellenességgel való világrajövetele (mintaátlag: 3,48), majd a vérfertőzés (mintaátlag: 3,46) és a magzat súlyos fogyatékossgal való megszületése (mintaátlag: 3,46). A felsorolt tényezők után az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,27) következik, utána az állapotos személy kiskorúsága (mintaátlag: 3,18), a magzat genetikai rendellenességgel való világrajövetele (mintaátlag: 3,17) és az állapotos személy súlyos válsághelyzete (mintaátlag: 3,14). Az inkább támogatandó körülményekhez sorolják a férfiak még azt, ha az állapotos személy 40 év feletti (mintaátlag: 2,72), és azt is, ha annak ellenére dönt a terhességmegszakítás mellett, hogy az eddig felsorolt körülmények közül egyik sem teljesül (mintaátlag: 2,68). A

továbbiakban a többi tényező mintaátlaguk szerinti csökkenő sorrendje ugyanaz, mint az általánosságban és a női kitöltők oldaláról vizsgált tényezők esetében.

4. diagram: A férfi kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

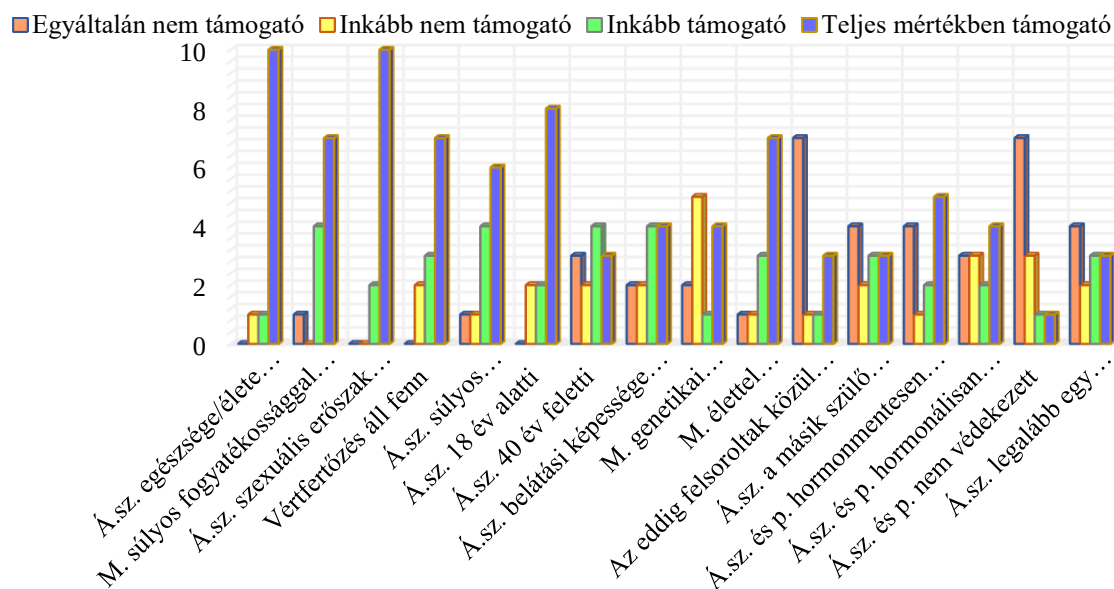
A női és férfi válaszok között nem csak abban látható különbség, hogy azok mely esetekben bizonyultak engedékenyebbnek és kevésbé engedékenyebbnek, hanem az engedékenység mértékében is. A női kitöltők mindegyik körülménynél valamivel magasabb mintaátlagot produkáltak, mint a férfi kitöltők. Ennek fényében megállapítható, hogy attitűdjüket tekintve a nők elfogadóbbak a terhességmegszakításokkal szemben, mint a férfiak.

#### 12.4. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök alakulása a különböző korosztályokba tartozó kitöltők esetében

Ebben a fejezetben bemutatom, hogy a kitöltők attitűdjei hogyan alakulnak annak függvényében, hogy melyik korosztályhoz tartoznak. Először összevetem a betöltött 18 év és annál fiatalabb korosztály attitűdjeit a betöltött 50 év és annál idősebb korosztályéval. Mivel ezen két korcsoport esetében nagyon alacsony a létszám, így releváns következtetéseket ugyan nem lehet levonni, de az adatok érdekességgé szolgálnak. Utána összehasonlítom a 19-25 év közöttiek véleményeit a 26-33 év közöttiekével, majd ugyanezt megteszem a 34-41 év és 42-49 év közöttiek esetében is. Azért ilyen módon mutatom be a kapott eredményeket, mert a kérdőív azon részén, ahol a kitöltők megadhatták az életkorukat, kategóriák közül választhattak, amiknek újra csoportosítására nincs lehetőség.

### 12.4.1. A betöltött 18 évesek vagy annál fiatalabbak és az 50 év és annál idősebbek attitűdjei

5. diagram: A 18 éves és annál fiatalabb kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



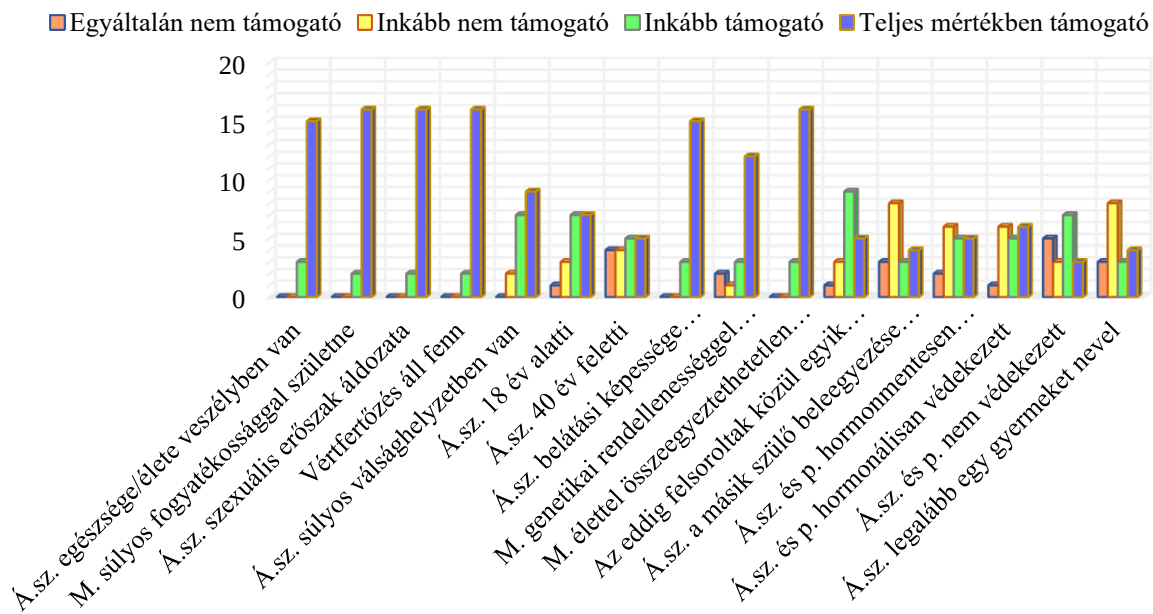
Forrás: saját szerkesztés

Az összes kitöltő közül a 18 évesek és annál fiatalabbak vannak a legkevesebben, mindössze csupán 12-en. A válaszaikat tekintve akkor a legelfogadóbbak, ha a terhesség szexuális erőszak eredménye (mintaátlag: 3,83). Ezzel az állapotos személy életének vagy egészségének veszélyeztetettsége a második helyen áll (mintaátlag: 3,75), mint elfogadható körülmény. Harmadik az állapotos személy kiskorúsága (mintaátlag: 3,50), negyedik a vérfertőzés (mintaátlag: 3,42) és a magzat súlyos fogyatékkal születése (mintaátlag: 3,42), ötödik a magzat születés utáni étellel összeegyeztethetetlen rendellenességének fennállása (mintaátlag: 3,33), hatodik pedig az állapotos személy súlyos válsághelyzete (mintaátlag: 3,25).

A mintaátlagukat tekintve 3,00 érték alatt van az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 2,83), a magzat genetikai rendellenességgel való megszületése (mintaátlag: 2,58), és az állapotos személy betöltött 40. éve (mintaátlag: 2,58), mint a terhességmegszakítás megítélését befolyásoló körülmények. Ha az eddig felsoroltak közül egyik sem áll fenn, a mintaátlag egészen 2,00 értékig csökken. A hormonális fogamzásgátlás (mintaátlag: 2,58) esetében kisebb az elfogadottság mértéke, mint a hormonmentes módszereknél (mintaátlag: 2,67). Ez a többi korosztálynál mind fordítva jelenik meg. A másik szülő beleegyezése nélküli abortusz támogatottságának értéke csupán 2,42.

Azokban az esetekben a legkisebb az elfogadottság mértéke, amikor az állapotos személy legalább egy gyermeket nevel (mintaátlag: 1,83), valamint amikor az állapotos személy és partnere semmilyen módon nem védekezett a terhességet megelőző együttlétek során (mintaátlag: 1,67). Ezen körülményeknél csak a 18 éves és az annál fiatalabb kitöltők válaszainak mintaátlagai mutatnak ennyire alacsony értéket.

6. diagram: Az 50 év annál idősebb kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

Az 50 év és annál idősebb kitöltők száma 18 fő. Esetükben a nemi erőszaknak, a vérfertőzésnek, a magzat súlyos fogyatékoságának és az élettel összeegyeztethetetlen rendellenességének mintaátlagai mind 3,89. Ezen tényezők átlagai ennél a korosztálynál a legmagasabbak. Ugyanez tapasztalható az állapotos személy egészsége vagy életének veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,83), a belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,83), és a súlyos válsághelyzete (mintaátlag: 3,39) esetében is.

Ha az állapotos személy 18 év alatti, a mintaátlag 3,11, ha 40 év feletti, akkor 2,61. A magzat genetikai rendellenessége esetén a mintaátlag 3,39. Ha az eddig felsorolt körülmények közül egyik sem áll fenn, de az állapotos személy ennek ellenére dönt az abortusz mellett, akkor a mintaátlag 3,00. Ez az arány szintén az 50 év feletti kitöltők esetében a legmagasabb az összes korcsoport közül.

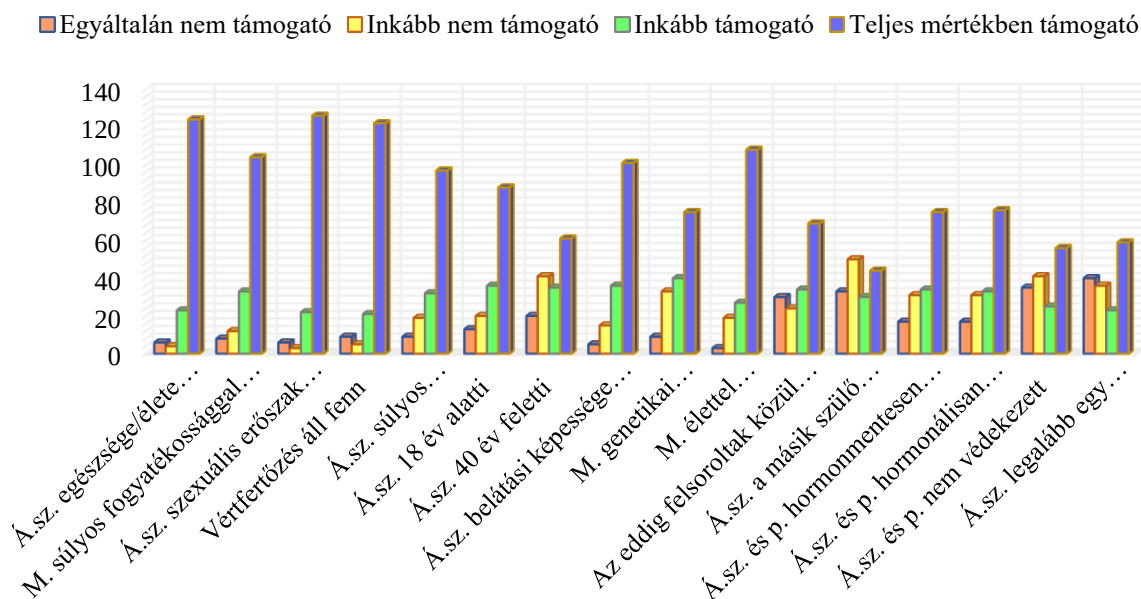
Ha az állapotos személy és partnere hormonális védekezési módszereket használnak, a mintaátlag 2,89 értéket mutat, ha hormonmenteset használnak, akkor 2,72-t mutat, ha sehogy nem

védekeznek, akkor pedig 2,44 a mintaátlag értéke. Ugyanennyi akkor is, ha az állapotos személy a magzat másik szülője nélkül dönt a beavatkozásról. Ha az állapotos személy legalább egy gyermeket nevel, a mintaátlag 2,61.

A két korosztály közül az 50 év és annál idősebbek bizonyulnak engedékenyebbnek. A betöltött 18 évesek és fiatalabbak egy tényező kivételével – ami az állapotos személy kiskorúsága – minden esetben elutasítóbbak a terhességmegszakításokkal szemben, mint az 50 év és annál idősebbek.

#### 12.4.2. A 19-25 és a 26-33 év közöttiek attitűdjei

7. diagram: A 19-25 év közötti kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)

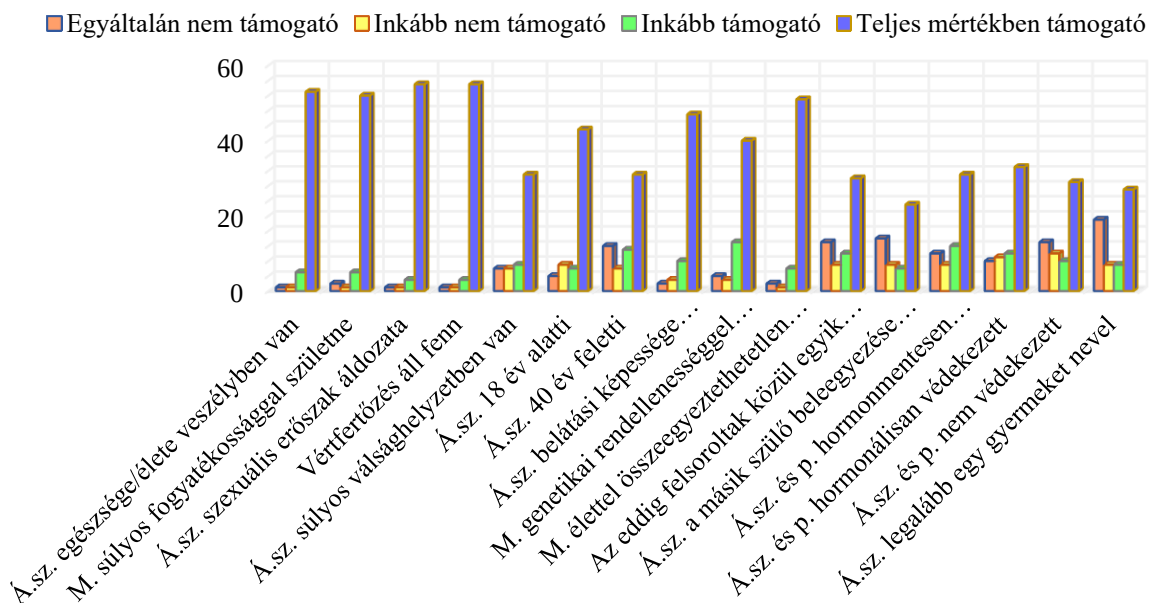


Forrás: saját szerkesztés

A 19-25 év közötti kitöltők száma 157 fő. Az első két legelfogadhatóbb körülménynek náluk ugyanazok bizonyulnak, mint a fiatalabb korosztálynál, viszont a harmadiknál már különbség látható: a 19-25 év közöttiek harmadik legelfogadhatóbb körülménye a vérfertőzés (mintaátlag: 3,63), míg az állapotos személy kiskorúsága csak a hetedik (mintaátlag: 3,27.) A kettő között helyezkednek el a magzat étellel összeegyeztethetetlen rendellenességgel történő születése (mintaátlag: 3,53), a súlyos fogyatékossgal történő születése (mintaátlag: 3,48), az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,48), valamint a súlyos válsághelyzete (mintaátlag: 3,38).

Amennyiben az állapotos személy 40 év feletti, a terhességmegszakítás elfogadottságát mutató mintaátlag mértéke egészen 2,87-ig csökken a 19-25 év közötti kitöltőknél. Ha a magzatnál genetikai rendellenesség áll fenn, a válaszadók még mindig elfogadóbbak a megszakítást illetően (mintaátlag: 3,15), viszont, ha az eddig felsoroltak közül egyik körülmény sem teljesül, akkor már kevésbé bizonyulnak támogatónak (mintaátlag: 2,90). A hormonális (mintaátlag: 3,07) és hormonmentes (mintaátlag: 3,06) védekezésnél szinte egyenlő mértékű a beavatkozás iránti engedékenység, míg a védekezés mellőzésénél (mintaátlag: 2,65) csökken az elfogadottság mértéke. A kitöltők hasonlóan kevésbé támogató válaszokat adnak azokban az esetekben is, ha az állapotos személy a másik szülő nélkül dönt a beavatkozásról (mintaátlag: 2,66), vagy legalább egy gyermeket nevel (mintaátlag: 2,54).

8. diagram: A 26-33 év közötti kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

A 26-33 év közötti kitöltők száma 60 fő. A legelfogadottabb körülmények náluk is a szexuális erőszak (mintaátlag: 3,87), a vérfertőzés (mintaátlag: 3,87), az állapotos személy egészségének vagy életének a veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,83), és a magzat súlyos fogyatékossgal (mintaátlag: 3,78), vagy élettel összeegyeztethetetlen rendellenességgel való világrajövetele (mintaátlag: 3,77). Ezeket a feltételeket követik az állapotos személy válsághelyzete (mintaátlag: 3,72) és belátási képességének csökkenése vagy teljes hiánya (mintaátlag: 3,67).

Az állapotos személy kiskorúsága (mintaátlag: 3,47) és a magzatnál fennálló genetikai rendellenesség (mintaátlag: 3,48) elfogadottságának értékei szinte ugyanazok, viszont az utóbbi értéke az összes korosztályhoz képest itt a legmagasabb. Ugyanez mondható el abban az esetben is, ha az állapotos személy elmúlt 40 éves (mintaátlag: 3,02); ennek a feltételnek a mintaátlag a többi csoportnál mind 3,00 alatt van. Ha az eddig felsoroltak közül egyik körülmény sem áll fenn, a mintaátlag már csak 2,95.

Ha az állapotos személy és partnere hormonálisan védekezik, akkor a mintaátlag értéke 3,13, ha hormonmentesen, akkor 3,07. Ez a két érték is ennél a korcsoportnál a legmagasabb, valamint annak az értéke is, ha az állapotos személy legalább egy gyermeket nevel (mintaátlag: 2,70), és annak az értéke is, ha a magzat másik szülője nélkül dönt a beavatkozásról (mintaátlag: 2,63). Ha az érintettek nem használnak semmilyen védekezési módszert, a mintaátlag értéke 2,95-re csökken.

Összességében a 26-33 évesek korosztálya – az állapotos személy életének vagy egészségének a veszélyeztetettségét és a védekezés elhagyását is ideértve – a felsorolt körülmények felénél a legelfogadóbbaknak bizonyulnak a terhességmegszakításokkal kapcsolatban. Ettől függetlenül a mintaátlagokat tekintve a 19-25 év közöttiek nem sokkal maradnak el az idősebb korosztályhoz képest, egy esetben – a súlyos válsághelyzet fennállásánál – pedig elfogadóbbak, mint a 26-33 év közöttiek.

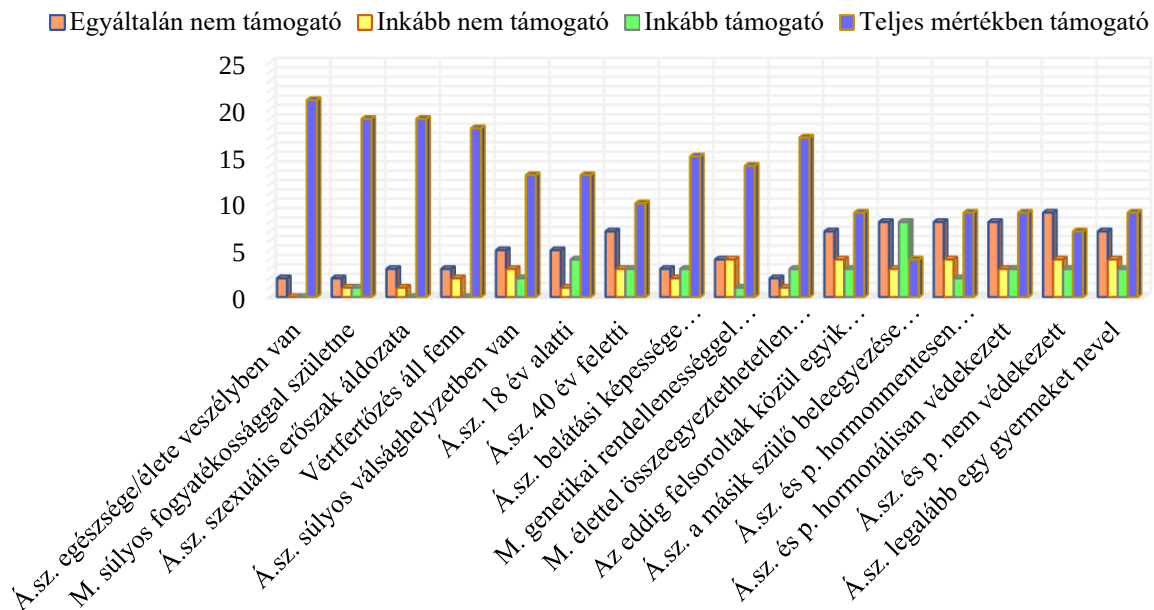
#### **12.4.3. A 34-41 és a 42-49 év közöttiek attitűdjei**

A következő korcsoport a 34-41 év közöttiek, akiknek létszáma összesen 23 fő. Az ő esetükben már nem a szexuális erőszak (mintaátlag: 3,52) számít a legelfogadottabb körülménynek, mint a fiatalabbaknál, hanem az állapotos személy egészségének vagy életének veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,74). Ezt követik a magzat súlyos fogyatékosága (mintaátlag: 3,61), az élettel összeegyeztethetetlen rendellenessége (mintaátlag: 3,52), a vérfertőzés (mintaátlag: 3,43), valamint az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,30).

Az előző két korosztállyal ellentétben a 34-41 év közötti kitöltőknél enyhítőbb feltételnek számít az, ha az állapotos személy 18 évnél fiatalabb (mintaátlag: 3,09), és ha a magzat genetikai rendellenességgel születne meg (mintaátlag: 3,09), mint az állapotos személy súlyos válsághelyzete (mintaátlag: 3,00). Ha a terhességmegszakítás mellett döntő személy betöltötte a

40-et (mintaátlag: 2,70), a válaszadók már kevésbé támogatóbb attitűdöket mutatnak. Ugyanez történik akkor is, ha az eddig taglalt körülmények közül egyik sem teljesül (mintaátlag: 2,61).

9. diagram: A 34-41 év közötti kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

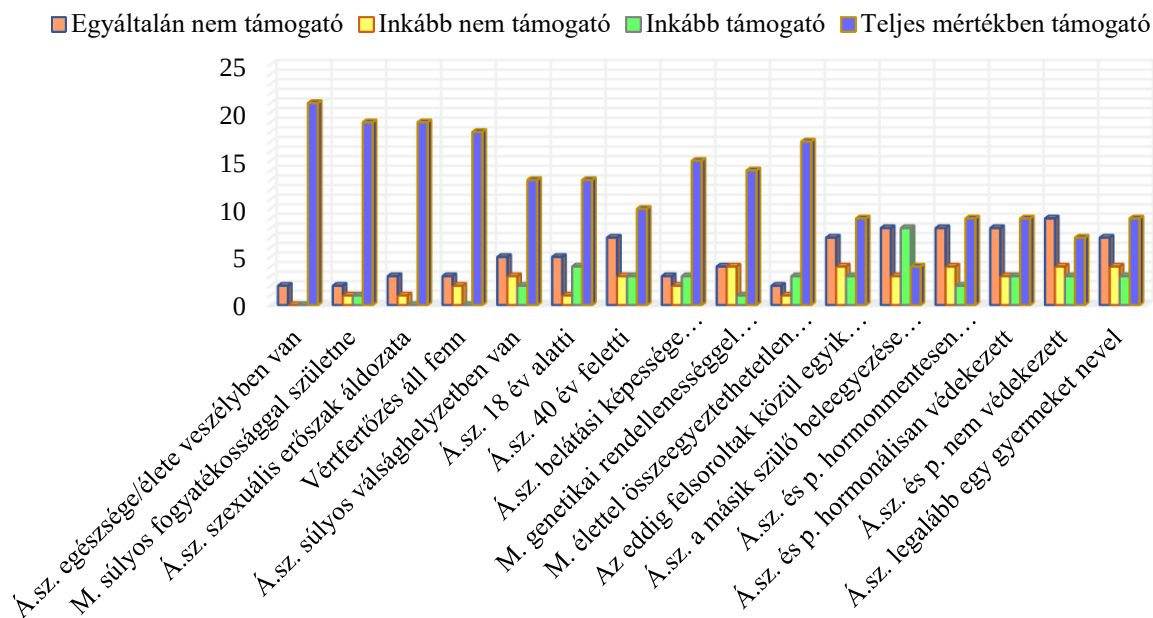
Ha az állapotos személy és partnere hormonális védekezési módszert használ (mintaátlag: 2,57), a 34-41 év közötti kitöltők engedékenyebb válaszokat adnak, mint a hormonmentes módszerek használata (mintaátlag: 2,52) esetében. Ha az érintettek sehogy nem védekeznek, a mintaátlag 2,35-re csökken. Ugyanennyi a mintaátlag értéke akkor is, ha az állapotos személy a magzat másik szülője nélkül dönt a beavatkozásról, és nagyobb akkor, ha legalább egy gyermeket nevel (mintaátlag: 2,61).

A 42-49 év közöttiek létszáma 30 fő. A mintaátlagokat nézve a legelfogadottabb körülmények náluk is az állapotos személy egészségének vagy életének veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,77) a vérfertőzés fennállása (mintaátlag: 3,63), az állapotos személy ellen elkövetett szexuális erőszak (mintaátlag: 3,57), a magzatnál fennálló súlyos fogyatékkal (mintaátlag: 3,57) vagy élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség (mintaátlag: 3,40), és az állapotos személy belátási képességének a csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,37).

Ha a magzat genetikai rendellenességgel jönne világra (mintaátlag: 3,03), abban az esetben a 42-49 év közti kitöltők még támogató válaszokat adnak, utána viszont a mintaátlagok csökkenni kezdenek; ha az állapotos személy 18 év alatti, akkor 2,90, ha 40 éven túli, akkor 2,27, ha súlyos válsághelyzetben van, akkor 2,83 a mintaátlagok aránya. Ha az eddig felsorolt körülmények

közül egyik sem áll fenn, akkor a mintaátlag 2,40-re csökken, ugyanúgy, mint a hormonális fogamzásgátló módszerek használatánál. A hormonmentesek esetében a mintaátlag 2,30, a védekezés elmulasztásánál 2,33. Ha az állapotos személy a magzat másik szülője nélkül dönt a beavatkozásról, a mintaátlag aránya 2,20, ha legalább egy gyermeket nevel, akkor 2,07.

10. diagram: A 42-49 év közötti kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

A 42-49 éves korcsoport a náluk felsorolt első három terhességmegszakítás megítélését befolyásoló tényezőnél valamivel elfogadóbb attitűdöket mutatnak, mint a 34-41 év közöttiek, utána viszont – az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya kivételével – végig kevésbé elfogadóbbak a többi tényező esetében. Ezen kívül több körülménynél is a 42-49 év közöttieknél mutatkoznak a legalacsonyabb mintaátlagok.

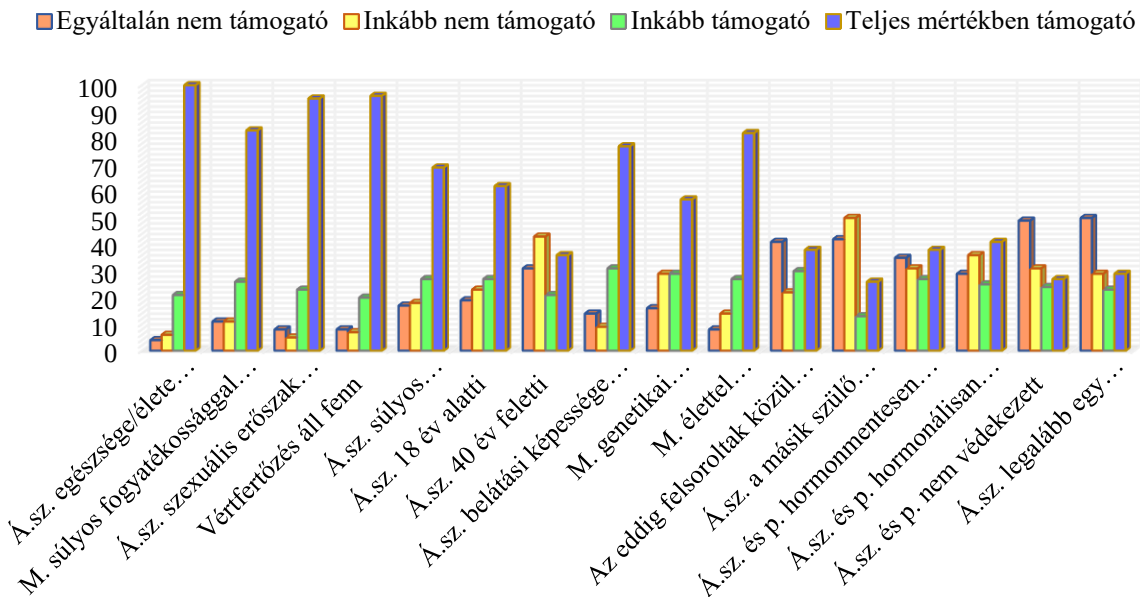
### 12.5. A terhességmegszakításokkal kapcsolatos attitűdök alakulása a vallásos és nem vallásos kitöltők esetében

A következőkben ismertetem a vallásos és nem vallásos kitöltők felől beérkező válaszokat, és bemutatom, hogyan alakultak az attitűdjeik a terhességmegszakítás különböző körülményeinek tükrében.

A kitöltők 4 opciót választhattak a vallásosság témáját illetően: keresztény vallásúak, más vallásúak, egyáltalán nem vallásosok, vagy nem kívánnak válaszolni. A 300 kitöltőből 32 (10,7%) nem kívánt válaszolni, a többi 268 kitöltőből 119 (44,4%) kereszténynek, 12 (4,5%) más

vallásúnak vallja magát, 137 (51,1%) pedig nem követ semmilyen vallást. Így a vallásosok és nem vallásosok aránya százalékban 48,9-51,1.

11. diagram: A vallásos kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

A vallásos kitöltőknél az első nyolc legelfogadottabb körülmények ugyanazok, mint az általánosságban vizsgált válaszok esetében: az állapotos személy egészségének vagy életének a veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,66), a vértartozás fennállása (mintaátlag: 3,56), az állapotos személy ellen elkövetett szexuális erőszak (mintaátlag: 3,56), a magzat születés utáni étellel összeegyeztethetetlen rendellenessége (mintaátlag: 3,40), vagy súlyos fogyatékkal (mintaátlag: 3,38), az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,31), a súlyos válsághelyzete (mintaátlag: 3,13), valamint a kiskorúsága (mintaátlag: 3,01).

A magzat genetikai rendellenessége esetén (mintaátlag: 2,97) még mindig inkább engedékeny attitűdök láthatók, de ha az állapotos személy 40 év feletti (mintaátlag: 2,47), abban az esetben már kevésbé engedékenynek bizonyulnak a vallásosok felől érkező válaszok. Ha az eddig felsorolt körülmények közül egyik sem áll fenn, megemelkedik az egyáltalán nem támogató válaszok száma (ENT=41) a teljes mértékben támogatókéval szemben (TMT=38), a mintaátlag értéke pedig 2,50.

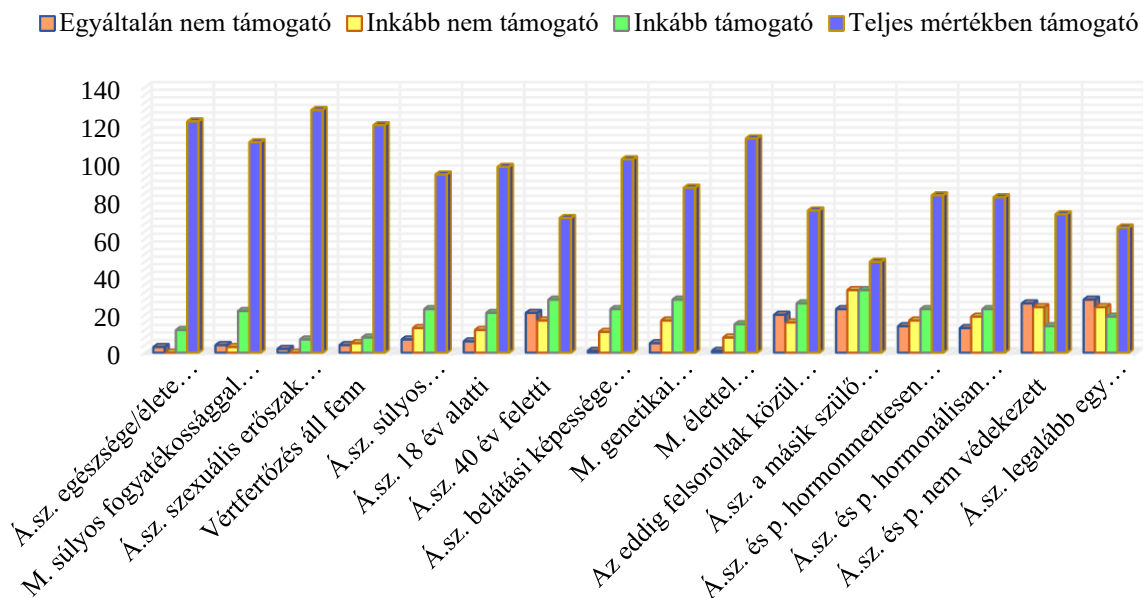
Ha az állapotos személy és partnere hormonálisan védekeztek a terhességet megelőzően, a mintaátlag 2,60 értékű, ha hormonmentesen védekeztek, akkor lecsökken 2,52-re. A védekezés

elmarasztalása esetén a legalacsonyabb a bekezdésben taglalt tényezők között a mintaátlag értéke, csupán 2,22. Ennél a körülménynél a második legtöbb egyáltalán nem támogató válasz – 49 –, és a második legkevesebb teljes mértékben támogató válasz – 27 – a vallásosoktól.

Ha az állapotos személy legalább egy gyermeket nevel, abban az esetben a mintaátlag értéke 2,24. Itt a legmagasabb az egyáltalán nem támogató válaszok száma – 50 –, és a harmadik legalacsonyabb a teljes mértékben támogató válaszoké – 29.

A vallásosok esetében akkor volt a legalacsonyabb a mintaátlag értéke, ha az állapotos személy a másik szülő beleegyezése nélkül dönt a beavatkozásról (mintaátlag: 2,18). Ennél a tényezőnél a legkevesebb a teljes mértékben támogató válasz – 26 –, és a legtöbb az inkább nem támogató – 50.

12. diagram: A nem vallásos kitöltők válaszainak típusok szerinti megoszlása (fő)



Forrás: saját szerkesztés

A nem vallásosok esetében nem az állapotos személy egészségének vagy életének a veszélyeztetettsége (mintaátlag: 3,85) áll az első helyen, mint a terhességmegszakítást elfogadóvá tevő indok, hanem az állapotos személy ellen elkövetett szexuális erőszak (mintaátlag: 3,91). Ezután következnek szinte ugyanolyan mintaátlaggal a vérfertőzés (mintaátlag: 3,78), a magzat súlyos fogyatékkal (mintaátlag: 3,77) és az étellel összeegyeztethetetlen rendellenesége (mintaátlag: 3,75). Az állapotos személy belátási képességének csökkenése vagy hiánya (mintaátlag: 3,65) és kiskorúsága (mintaátlag: 3,54) esetén is magas a mintaátlagok mértéke.

Ha az állapotos személy súlyos válsághelyzetben van (mintaátlag: 3,49), abban az esetben már 3,50 alá esik a mintaátlag értéke. Hasonlóan van ez a magzat genetikai rendellenességénél (mintaátlag: 3,44) is. Ha az állapotos személy betöltötte a negyvenet, a mintaátlag értéke már csak 3,09. Ha az eddig felsorolt feltételek közül egyik sem teljesül, a mintaátlag értéke 3,14.

Ha az állapotos személy és partnere a terhességet megelőzően akár hormonálisan (mintaátlag: 3,27), akár hormonmentesen (mintaátlag: 3,28) védekeztek, akkor a mintaátlagok még nem esnek 3,00 alá. Azonban, ha semmilyen védekezési módszert nem használtak, a mintaátlag értéke már csak 2,98.

Ha az állapotos személy legalább egy gyermeket nevel, a nem vallásos kitöltők válaszainak mintaátlaga 2,90 értéket mutat. Akkor a legalacsonyabb a mintaérték, ha az állapotos személy a magzat másik szülője nélkül dönt a terhességmegszakításról (mintaérték: 2,77).

A nem vallásos válaszadóknál minden, a kérdőívben felsorolt körülmény esetében magasabb volt a teljes mértékben támogató válaszok száma, míg a vallásosoknál azok öt körülménynél is alább maradnak a többi válaszlehetőséggel szemben. Emellett a vallásosok mintaértékei minden esetben alacsonyabb értéket mutatnak, mint a nem vallásosok mintaértékei. Ezen adatok ismeretében a nem vallásos kitöltők támogatóbbnak bizonyulnak a terhességmegszakításokat illetően, mint a vallásosok.

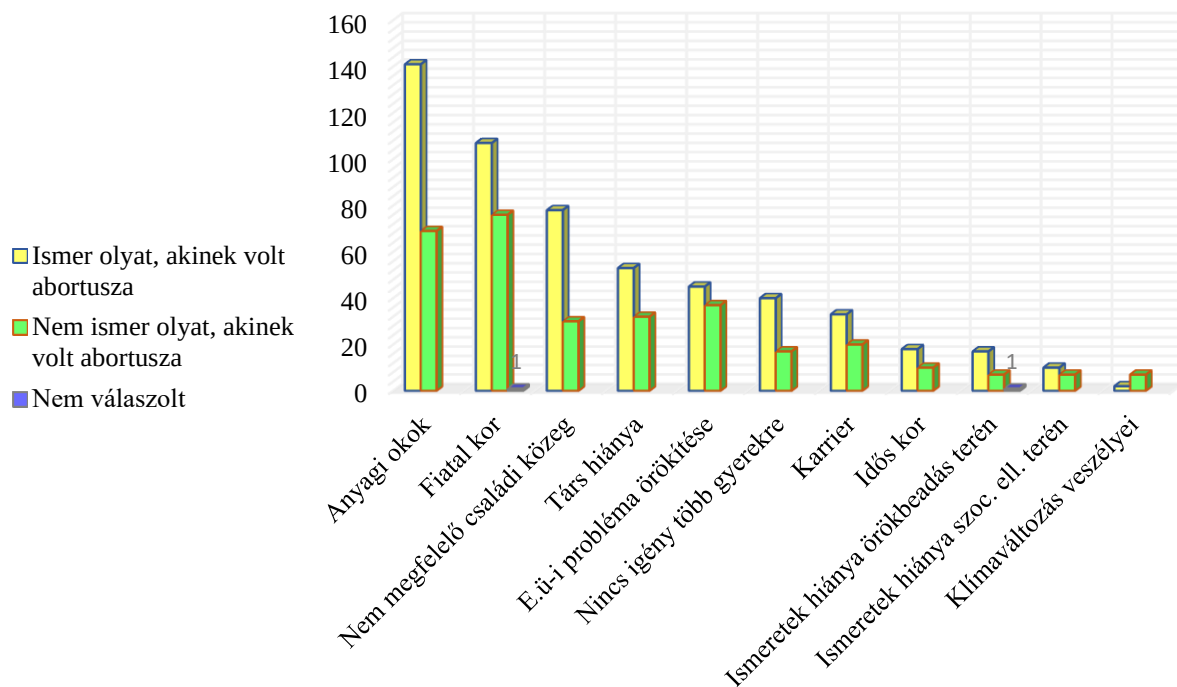
## **12.6. A kitöltők szerinti leggyakoribb, a terhességmegszakítások háttérében álló lehetséges okok**

A kérdőív utolsó részében a kitöltők megadhatták azokat a lehetséges személyes okokat, amik szerintük a leggyakrabban fordulhatnak elő a terhességmegszakítást átélők körében. Az általam szerkesztett oszlopdiagramról leolvasható, hogy két kritérium alapján osztottam el a válaszadókat: ismernek, vagy nem ismernek olyan személyt a közvetlen környezetükben, akinek volt már abortusza. Akik ismernek ilyen személyt, azoknak száma összesen 187 fő (62,3%), akik nem, azoknak 112 fő (37,3%). Egy ember nem válaszolt a kérdőívben erre a kérdésre.

A kitöltők 70%-a szerint a leggyakoribb indok az anyagi okok (210 jelölés), 61,7%-uk szerint a túl fiatal kor (185 jelölés), 36%-uk szerint pedig a gyermekvállaláshoz megfelelő családi közeg hiánya (108 jelölés). 28,3%-uk szavazott arra, hogy az érintetteknek társ nélkül kellene a gyermeket vállalni (85 jelölés), 27,3%-uk pedig arra, hogy az érintettek nem akarnának tovább örökíteni a náluk jelentkező egészségügyi problémákat (82 jelölés). 19% szerint az érintettek nem szeretnék több gyermeket a meglévők mellé (57 jelölés), 17,7% szerint pedig az érintettek nem

tudnák összeegyeztetni a gyermekvállalást a karrierjükkel (53 jelölés). 9,3% szavazott az érintettek idős korára (28 jelölés), 8,3% az érintettek hiányos ismereteire a Magyarországon történő örökbeadást illetően (25 jelölés), 5,7% pedig az érintettek hiányos ismereteire a Magyarországon igénybe vehető szociális ellátásokat illetően (17 jelölés). A legkisebb arányban – mindössze 3%-ban – arra szavaztak a válaszadók, hogy az érintettek nem mernének gyermeket vállalni a klímaváltozás lehetséges veszélyei miatt (9 jelölés).

13. diagram: A kitöltők szerinti leggyakoribb, a terhességmegszakítások hátterében álló lehetséges okok (fő)



Forrás: saját szerkesztés

Ha a kitöltők ismernek olyan személyt, akinek volt már abortusza, akkor az előbb bemutatott indokok sorrendje a legtöbbször jelöltől a legkevesebbszer jelöltig alapvetően nem változik. Azonban, akiknek nincs tudomásuk arról, hogy lenne a környezetükben bárki, aki volt már terhességmegszakításon, akkor ők már nem az anyagi okokat jelölték legtöbbször (69 jelölés), hanem az érintettek fiatal korát (76 jelölés). Ezt követi az egészségügyi probléma tovább öröklítésének elkerülése (37 jelölés), majd a társ hiánya (32 jelölés). A nem megfelelő családi közeg (30 jelölés) így az ötödik helyre csúszik. A karrier és gyermeknevelés összeegyeztetésének nehézsége (20 jelölés) áll a hatodik helyen, a több gyermek elvállalásának mellőzése a meglevők mellett a hetediken (17 jelölés), az érintettek idős kora (10 jelölés) pedig a nyolcadikon. Az érintettek hiányos ismeretei a Magyarországon történő örökbeadás menetéről és a szociális

ellátások igénybe vételéről, a klímaváltozás okozta veszélyektől való félelemmel együtt így a legkevesebbszer jelölt lehetséges okok (7-7-7 jelölés).

Ha a Népegészségügyi Központ 2022-es, a győriek terhességmegszakításainak okairól szóló adataival összevetem a kitöltők válaszait, akkor közös pontként kiemelhető az anyagi helyzet. Ez az indok a győri adatoknál és a kitöltők válaszainál is az elsők közt szerepel. Ezzel szemben a fiatal és idős kor együtt a válaszadók szerint gyakoribb indok, míg a győri adatoknál az életkor az utolsó előtti helyen szerepel. Az egészségügyi problémák és az, hogy az érintettek nem szeretnék több gyermeket a meglevők mellé, mindkét esetben közepesen gyakorinak számítanak. A győri adatoknál ugyan nem tisztázott, mit jelent a párkapcsolati probléma, de míg az az első helyen áll az indokok, addig a kitöltőknél a társ hiánya – ami szintén adódhat párkapcsolati problémákból – a negyedik helyet foglalja el. A gyermekvállaláshoz megfelelő családi közeg hiánya a harmadik legtöbbször jelölt indok, de a győri adatoknál ez semmilyen formában nem szerepel. A kérdőív esetében a válaszadóknak volt lehetőségük arra, hogy megadjanak olyan indokokat is, amik a felsorolásban nem szerepeltek, de a 300 főből egyik sem írta az állapotos személy aktuális tanulmányait. Ez a tényező a győri adatoknál a legalacsonyabb számban fordul elő

### **13. Következtetések**

A kutatás eredményei igazolják azt a két hipotézist, miszerint a nők a férfiaknál, a nem vallásosok pedig a vallásosoknál elfogadóbb attitűdöket mutatnak a terhességmegszakításokkal szemben. Azonban a fiatalabb válaszadók nem feltétlenül bizonyulnak engedékenyebbek idősebb társaiknál; a betöltött 18 évesek és fiatalabbak szigorúbbak, mint az 50 évesek és annál idősebbek, és a 19-25 év közöttiek is szigorúbbak 26-33 év közöttieknél. Egyedül a 34-41 év közötti válaszadók voltak elfogadóbbak, mint a 42-49 év közöttiek.

### **14. Összefoglalás**

A dolgozat betekintést nyújt az Európai Unió tagállamainak aktuális szabályozásaiba a terhességmegszakításokat illetően, és a kereszténység abortuszról alkotott véleménybe. Ismerteti a magyar jogszabályok változását az államalapítástól kezdve napjainkig, és áttekinti 1992. évi LXXIX. törvényt *a magzati élet védelméről*, aminek keretein belül bemutatásra kerül a terhességmegszakítás folyamata is. A fogamzásgátlás történelmét és napjaink fogamzásgátló eszközeit is ismerteti, amivel kapcsolatban két kutatás kerül részletezésre. Ezekből kiderül, hogy a megkérdezettek nem voltak tisztában a legnépszerűbb fogamzásgátló eszközök – az óvszer és a

fogamzásgátló tabletta – helyes használatával, továbbá, hogy a párkapcsolatban élő nők annál gyakrabban védekeztek, minél stabilabb volt a párkapcsolatuk, minél fiatalabbak voltak, minél magasabb volt az iskolai végzettségük, és minél jobb anyagi körülmények közt éltek.

Az általam végzett kutatás eredményeinek ismertetése előtt bemutatásra kerülnek egy családvédelmi szakügyintézővel készült interjún keresztül a Népegészségügyi Központ 2022-es adatai, amik szerint Győrben a „B” tanácsadáson főleg egyedül jelennek meg a terhességmegszakítást kérők, akiknek zöme 20-29 év közötti, és legtöbbjük az általános iskola elvégzéséig jutott a tanulmányai során. Leggyakoribb okuk a terhességük megszakítására a párkapcsolatukban jelentkező problémák, legnépszerűbb védekezési módszer köreikben pedig a már említett kutatások résztvevőihöz hasonlóan az óvszer és a fogamzásgátló tabletta.

A 2023-ban felvett primer kutatás eredményei reflektálnak a Népegészségügyi Központ adataira, továbbá bemutatják a különböző korosztályok tendenciáit a terhességmegszakításokkal kapcsolatban. A hipotézisek nagyrészt beigazolódnak, viszont a korcsoportok véleményeinek vizsgálatai nem várt eredményekkel is szolgálnak. Ezekről a „Következtetések” c. fejezetben lehet olvasni.

## Irodalomjegyzék

Aradi Hanga Zsófia (2023): Ígéretesek a férfi fogamzásgátló tabletta első tesztjei. <https://telex.hu/tudomany/2023/02/15/ferfi-fogamzasgatló-hatekonysag-kutatas> (Letöltés ideje: 2023. 08. 07.)

Csákó Beáta (2019): Terhességmegszakítás – Képviselői Információs Szolgálat, 2019/33. Infojegyzet.

[https://www.parlament.hu/documents/10181/1789217/Infojegyzet\\_2019\\_33\\_terhesseggmegszakitas.pdf/801a8285-2f44-d6c2-54e5-5d89f61d1394](https://www.parlament.hu/documents/10181/1789217/Infojegyzet_2019_33_terhesseggmegszakitas.pdf/801a8285-2f44-d6c2-54e5-5d89f61d1394) (Letöltés ideje: 2022. 06. 06.)

Csatári Flóra Dóra (2021): Életbe lépett a lengyel abortusztörvény szigorítása. <https://telex.hu/kulfold/2021/01/27/eletbe-lepett-a-lengyel-abortusztorveny-szigoritasa> (Letöltés ideje: 2023. 07. 29.)

Czeizel Endre (1997): Infecundin '68. *Beszélő* 3. folyam 2. évfolyam 11. szám pp. 101-102. [https://adt.arcanum.com/hu/view/Beszelo\\_1997\\_2/?query=SZO%3D%28czeizel+AND+infecundin%29&pg=561&layout=s](https://adt.arcanum.com/hu/view/Beszelo_1997_2/?query=SZO%3D%28czeizel+AND+infecundin%29&pg=561&layout=s) (Letöltés ideje: 2023. 09. 24.)

*European Abortion Laws. A Comparative Overview* (2020). Center for Reproductive Rights New York <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/European-abortion-law-a-comparative-review.pdf> (Letöltés ideje: 2023. 10. 08.)

Grebelyné Kiss Evelin (2018): Az abortusz törvényi szabályozása és megítélése napjainkban. *Polgári Szemle* 1-3. szám pp. 410–417. <https://polgariszemle.hu/aktualis-szam/155-tudomanyos-muhely/978-az-abortusz-torvenyi-szabalyozasa-es-megitelese-napjainkban> (Letöltés ideje: 2022. 06. 06.)

Hámori Antal (1997): *A magzat életjoga*. Alfa Magzat-, Csecsemő-, Gyermek- és Családvédelmi Szövetség Budapest pp. 13-21. [https://alfaszovetseg.hu/storage/2021/07/hamori.indd\\_.pdf](https://alfaszovetseg.hu/storage/2021/07/hamori.indd_.pdf) (Letöltés ideje: 2023. 07. 21.)

Jobbágyi Gábor (1990): Magzatvédelem – Embervédelem. *Magyar Tudomány* 35. kötet 2. szám. pp. 138-146. [https://adt.arcanum.com/hu/view/AkademiaiErtesito\\_MATUD\\_1990/?query=Jobb%C3%A1gyi&pg=221&layout=s](https://adt.arcanum.com/hu/view/AkademiaiErtesito_MATUD_1990/?query=Jobb%C3%A1gyi&pg=221&layout=s) (Letöltés ideje: 2023. 09. 26.)

Juhász István (2015): Frucsa és rettenetes adófajták – I. <https://ado.hu/ado/furcsa-es-rettenetes-adofajtak-i/> (Letöltés ideje: 2023. 09. 10.)

- Konrád Flóra (2021): Születésszabályozás. Fogamzásgátlás, abortusz, szexuális nevelés. *Kaleidoscope – Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat* 20. szám (2021/5) p. 480. [https://semmelweis.hu/medicinatortenet/files/2021/08/24-3\\_konrad\\_kaleidoscope\\_2021\\_22.pdf](https://semmelweis.hu/medicinatortenet/files/2021/08/24-3_konrad_kaleidoscope_2021_22.pdf) (Letöltés ideje: 2023. 09. 19.)
- Magyarország, 2022 (2023). KSH, Budapest pp. 161-162. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo\\_2022.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo_2022.pdf) (Letöltés ideje: 2023. 10. 02.)
- Magyary-Kossa Gyula (1931): *Magyar orvosi emlékek. Értekezések a magyar orvostörténelem köréből.* 3. kötet. Magyar Orvosi Könyvkiadó társulat Budapest p. 215. [https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek\\_154/?pg=0&layout=s](https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_154/?pg=0&layout=s) (Letöltés ideje: 2023. 08. 31.)
- Makay Zsuzsanna (2014): Fogamzásgátlási módszerek alkalmazása párkapcsolatban élő nők körében. *A család vonzásában - Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére* (szerk.: Spéder Zsolt). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Budapest pp. 129-157. <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografuskonyvtar/article/view/2611/2432> (Letöltés ideje: 2023. 08. 06.)
- Margolis, Hillary (2022): France Expands Abortion Access in Two Key Moves. Positive Steps Advance Reproductive Rights. <https://www.hrw.org/news/2022/03/01/france-expands-abortion-access-two-key-moves> (Letöltés ideje: 2023. 10. 10.)
- Mikes Lili (2017): *Terhességmegszakítás (jogi és pszichológiai aspektusok).* pp. 8-14. <http://www.mabie.hu/index.php/cikkek-tanulmanyok/69-mikes-lili-terhesseggmegszakitas-jogi-es-pszichologiai-aspektusok> (Letöltés ideje: 2023. 07. 21.)
- Molnár Rajmond (2018): Rendkívül magas a fiatalkori terhességmegszakítások száma Romániában – Hargita megyében sem rózsás a helyzet. <https://szekelyhon.ro/aktualis/rendkivul-magas-a-fiatalkori-terhesseggmegszakitasok-szama-romaniaban-n-hargita-megyeben-sem-rozsas-a-helyzet> (Letöltés ideje: 2023. 10. 12.)
- Német Dániel (2023): Hús fiatal faggathatta szexről, abortusztól, feminizmusról Ferenc pápát. <https://magyarnemzet.hu/kultura/2023/05/ferenc-papa-szerint-az-abortusz-bergyilkossag> (Letöltés ideje: 2023. 07. 29.)
- Pálos Máté – Hajdu Miklós (2022): Az abortusz egyre inkább a 24 év alattiak tapasztalata Magyarországon. <https://g7.hu/adat/20220926/az-abortusz-egyre-inkabb-a-24-ev-alattiak-tapasztalata-magyarorszag/> (Letöltés ideje: 2023. 08. 05.)

Pető Andrea – Svégel Fanni (2021): A háborús nemi erőszak és a nőgyógyász lobbí hatása a magyarországi születésszabályozási rendszerre. *Per Aspera ad Astra* 8. évfolyam, 1. szám pp. 50-70. [https://epa.oszk.hu/02600/02696/00014/pdf/EPA02696\\_per\\_aspera\\_2021\\_1\\_050-070.pdf](https://epa.oszk.hu/02600/02696/00014/pdf/EPA02696_per_aspera_2021_1_050-070.pdf)

(Letöltés ideje: 2023. 09. 15.)

Puskás Balázs (2021): *Az abortuszhoz való jog a három nagy monoteista vallás tükrében*. Szent István Intézet Budapest. <https://szentistvanintezet.hu/az-abortuszhoz-valo-jog-a-harom-nagy-monoteista-vallas-tanitasainak-tukreben> (Letöltés ideje: 2023. 10. 16.)

RFSU. (2020): *About Abortion: Fighting for Body Rights Since 1933*. p. 6. [https://www.rfsu.se/contentassets/48adfec3a7254bd590c07c79766000a8/en\\_om\\_abort.pdf](https://www.rfsu.se/contentassets/48adfec3a7254bd590c07c79766000a8/en_om_abort.pdf)

(Letöltés ideje: 2023. 10. 10.)

Schnuer, Cordula (2023): Politics weekly: bankruptcy laws, abortion review, defence strategy. <https://delano.lu/article/politics-weekly-bankruptcy-law> (Letöltés ideje: 2023. 10. 12.)

Tóth Eszter Zsófia (2018): Az abortusz bizottság a szocialista időszakban. [https://ntf.hu/index.php/2018/04/02/az\\_abortusz\\_bizottsag\\_a\\_szocialista\\_idoszakban/](https://ntf.hu/index.php/2018/04/02/az_abortusz_bizottsag_a_szocialista_idoszakban/) (Letöltés ideje: 2023. 09. 20.)

Tóth Eszter Zsófia (2022): Abortusz a Kádár-korszakban – A terhességmegelőző módszerek átalakulásának évtizedei. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat* 12. évfolyam 2. szám pp. 67-79. <https://ojs.bibl.u-szeged.hu/index.php/tntef/article/view/44373/43167> (Letöltés ideje: 2023. 09. 04.)

Zoller Rezső – Harmathy Éva – Molnár László (2004): Nők az abortusz előtt. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 5. kötet 3. szám pp. 245-264. <http://real.mtak.hu/58489/1/mental.5.2004.3.3.pdf> (Letöltés ideje: 2023. 07. 21.)

Zsákai Annamária (2015): *Humánbiológia és egészségtan*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Budapest pp. 65-69. [http://pedagoguskepzes.elte.hu/images/anyagok/i3/8\\_Humanbiologia\\_es\\_egeszsegtan.pdf](http://pedagoguskepzes.elte.hu/images/anyagok/i3/8_Humanbiologia_es_egeszsegtan.pdf)

(Letöltés ideje: 2022. 06. 06.)

### **Internetes források**

Abortion and your rights <https://www.msichoice.org.uk/abortion/considering-an-abortion/abortion-and-your-rights/> (Letöltés ideje: 2023. 10. 08.)

Abortion <https://www.infofinland.fi/en/health/abortion> (Letöltés ideje: 2023. 10. 08.)

Abortion <https://www.profamilia.de/en/topics/abortion> (Letöltés ideje: 2023. 10. 08.)

Abortion <https://www.zanzu.be/en/abortion-0> (Letöltés ideje: 2023. 10. 08.)

Cyprus Abortion Law <https://www.globalcitizensolutions.com/cyprus-abortion-law/#abortion-in-cyprus> (Letöltés ideje: 2023. 10. 12.)

Egészségvonal <https://egeszsegvonal.gov.hu/d/891-down-szindroma.html> (Letöltés ideje: 2023. 09. 29.)

Egészségvonal <https://egeszsegvonal.gov.hu/e-e/1089-edwards-szindroma.html> (Letöltés ideje: 2023. 07. 25.)

End of five-day legal reflection period for abortion in the Netherlands (2022) <https://rutgers.international/news/end-of-five-day-legal-reflection-period-for-abortion-in-the-netherlands/> (Letöltés ideje: 2023. 10. 09.)

Genetikai tanácsadás <https://egeszsegvonal.gov.hu/g-gy/1513-genetikai-tanacsadas.html> (Letöltés ideje: 2023. 10. 26.)

Global Abortion Policies Database <https://abortion-policies.srhr.org/country/latvia/> (Letöltés ideje: 2023. 10. 11.)

Greece Abortion Law <https://www.globalcitizensolutions.com/greece-abortion-law/#mandates-of-greeces-abortion-law> (Letöltés ideje: 2023. 10. 11.)

Lithuania's Abortion Provisions <https://reproductiverights.org/maps/provision/lithuanias-abortion-provisions/> (Letöltés ideje: 2023. 10. 11.)

National Supervisory Authority for Welfare and Health <https://www.suomi.fi/organization/national-supervisory-authority-for-welfare-and-health/746538f1-6ddc-4042-bd7b-923d6401ecae> (Letöltés ideje: 2023. 10. 08.)

Pregnancy in Croatia. Birth Control, Plan B and Abortion in Croatia <https://rodilista.roda.hr/english/birth-control,-plan-b-and-abortion-in-croatia.html> (Letöltés ideje: 2023. 10. 12.)

Ragaszkodj hozzá! <https://ragaszkodjhozza.hu/fogamzasgatlas> (Letöltés ideje: 2023. 07. 27.)

Terhesség 40 felett: valóban több a kockázat? <https://gyerekszoba.hu/terhesseg/terhesseg-40-felett-valoban-tobb-a-kockazat/> (Letöltés ideje: 2023. 10. 26.)

Terhességmegszakítás tájékoztató <https://tasz.hu/terhessegmegszakitas> (Letöltés ideje: 2023. 08. 05.)

Termination of pregnancy  
<https://www.oesterreich.gv.at/en/themen/frauen/schwangerschaftsabbruch.html> (Letöltés ideje: 2023. 10. 09.)

Termination of pregnancy, (i.e. abortion) <https://www.eesti.ee/en/family/pregnancy/termination-of-pregnancy-ie-abortion> (Letöltés ideje: 2023. 10. 11.)

### **Jogszabályok**

1004/1953. (II. 8.) MT határozat *az anya- és gyermekvédelem továbbfejlesztéséről*  
<https://jogszabalyfigyelo.hu/index.php?id=cdl83ahrqkklfcmg8&state=19980701&menu=view>  
(Letöltés ideje: 2023. 09. 13.)

1992. évi LXXIX. törvény *a magzati élet védelméről*  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv> (Letöltés ideje: 2023. 07. 24.)

32/1992. (XII. 23.) NM rendelet *a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról* <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200032.nm> (Letöltés ideje: 2023. 09. 26.)

4/1973. (XII. 1.) EüM rendelet *a terhességmegszakítás iránt kérelem elbírálásáról*  
[https://jogkodex.hu/jsz/1973\\_4\\_eum\\_rendelet\\_3201961](https://jogkodex.hu/jsz/1973_4_eum_rendelet_3201961) (Letöltés ideje: 2023. 09. 20.)

64/1991. (XII. 17.) AB határozat <https://njt.hu/jogszabaly/1991-64-30-75> (Letöltési ideje: 2023. 09. 25.)

76/1988. (XI. 3.) MT rendelet *a terhességmegszakításról*  
<http://jogszabalyfigyelo.hu/index.php?id=iep8fmwupo1qjhqkp&state=19911217&menu=view>  
(Letöltés ideje: 2023. 09. 25.)