

A művi terhességmegszakítások számának elemzése hazánkban

KOZINSZKY ZOLTÁN DR.¹, CSATORDAI SAROLTA²,
CSEPINÉ SZŰCS GIZELLA³, RABI SÁNDORNÉ³,
LADÁNYI MIKLÓSNÉ⁴, PÁL ATTILA DR.¹

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (Igazgató: Pál Attila dr., egyetemi tanár)¹, Egészségügyi Főiskolai Kar, Védőnő Szak (Igazgató: Pogány Magdolna dr., főiskolai docens)², ÁNTSZ Szeged Városi Intézete, Csongrád megyei Családvédelmi Szolgálat (Tisztifőorvos: Hunyady Ildikó dr.)³, ÁNTSZ Csongrád Megyei Intézete (Tisztifőorvos: Kovács Ferenc dr.)⁴ közleménye

Összefoglalás: Magyarországon a terhességmegszakítások száma az utóbbi időben folyamatosan csökken, míg a születések száma stagnál (nyílik a „reprodukciós olló”). Hazánkban viszonylag magas a megbízható fogamzásgátló módszerek alkalmazásának aránya, mégis magas a terhességmegszakítások rátája. Vizsgáltuk a művi terhességmegszakítások számát befolyásoló tényezőket és az abortusz prevenciók lehetőségeit. A magyarországi termékenységi adatokat hasonlítottuk össze a Szegedi Tudományegyetem (SZTE) Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján, illetve a Csongrád megyében 1993 és 2004 között megjelent terhességmegszakítást kérők szociodemográfiai adataival. Az SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán (2004: 43,0%), illetve Csongrád megyében (2003: 53,1%) jelentősen alacsonyabb a 100 élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma, mint országosan (2003: 56,8%). Jellemző, hogy hazánkban konstans módon magas a fiatalok (20 éven aluliak 2003-ban: 11,8%), a gyermektelenek (2003-ban: 19,7%), illetve az egyedülállók aránya (2003-ban: 33% az abortuszt kérők körében). A terhességmegszakítást az elmúlt évtizedekben túlnyomó többségben (98%) szociális indokkal hajtották végre ($P>0,05$), és a kétüléssel tanácsadás nem csökkentette jelentősen az indukált abortuszt Csongrád megyében. Klinikánkon 1999 között a barrier módszert használók közül kértek legtöbbször a terhességmegszakítást, és 1995-höz képest jelentősen csökkent a nem védekezők aránya. A terhességmegszakítások számát csökkenteni lehetne a megbízható fogamzásgátló módszerek alkalmazásával kapcsolatos tájékoztatás fokozásával. A tinédzserek körében az abortusz megelőzését elősegíti a szakszerű és rendszeres felvilágosítás az iskola és a média részéről, valamint a hatékonyabb családi nevelő tevékenység.

Kulcsszavak: terhességmegszakítás, élveszületés, fogamzásgátlás

Rövidítések: SZTE: Szegedi Tudományegyetem,
OF: fogamzásgátló tabletta, IUE: intrauterin eszköz

Bevezetés

A születésszabályozás egészségre legveszélyesebb módja a terhességmegszakítás, amely nagy vitákat gerjeszt a szakemberek és a lakosság körében egyaránt. Magyarország populációjára a természetes fogyás a jellemző, amely hazánk lakosságát évente mintegy 25000 fővel csökkenti [1]. A lélekszám alakításában szerepet játszik a két legfontosabb termékenységi mutató: a terhességmegszakítások és az élveszületések alakulása [1] (1. ábra). A száz élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma (abortusráta) egy ország egészségügyi kultúrájának érzékeny mutatója [1].

Magyarországon az utóbbi években a terhességmegszakítások száma folyamatosan csökken, míg a születések száma stagnál (nyílik a „reprodukciós olló”) [1] (1. ábra). Az abortusráta azonban még mindig magas (2003-ban: 56,83%) a környező közép-kelet-európai (2003-ban: Csehország: 33,1%; Szlovénia: 25%; Horvátország: 34%), illetve a nyugat-európai országokhoz képest is (2003-ban: Hollandia: 7%, Németország: 9%) [1, 2, 3].

A magas terhességmegszakítási ráta ellenére, hazánkban ugyanazok a fogamzásgátló módszerek állnak rendelkezésre, mint a nyugat-európai országokban [2]. Az egyes országok abortusrátája fordított arányban áll a megbízható fogamzásgátló módszerek alkalmazásának gyakoriságával [2]. Nagy-Britanniában a nők 73%-a, míg Németországban 75,7%-a használt megbízható kontraceptívumot (fogamzásgátló tabletta – OF –, intrauterin eszköz – IUE –, injekció, művi meddővé tétel), míg ez az arány Magyarországon 1992-ben 63,5% volt [2, 4], amely szintén magasnak mondható. A paradox jelenség lehet-

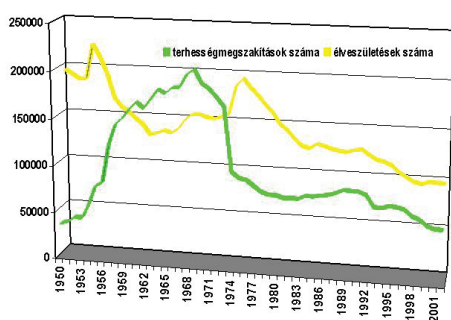
séges magyarázata, hogy a terhességmegszakítás háttérében sok egyéb tényező áll (anyagi indíték, karriercélok, életkor, elért kívánt gyerekszám, „instabil párkapcsolat”) [5]. A kevésbé megbízható módszert alkalmazók (óvszer, természetes módszerek, egyéb) száma magas az abortuszt kérők körében [5]. Ebben szerepet játszik a fogamzásgátlásra vonatkozó hiányos ismeret, a különféle módszerek hibás alkalmazása, illetve a nem megfelelő attitűd a megbízható, korszerű eljárásokkal szemben. Másrészt nagyfokú tudatlanság uralkodik a fogamzásgátló tabletta helyes alkalmazását tekintve, és magas a tablettaszedési hiba (más gyógyszerrel történő kombináció, elfelejtés, illetve gyomor-bél panaszok miatti fel-szívódási zavar) [5].

A terhességmegszakítás alapvetően minden társadalmi réteget érint [1, 5]. Dolgozatunkban arra kerestünk választ, hogy mely tényezők befolyásolják a terhességmegszakítások számának alakulását az utóbbi években, illetve milyen területi különbségek adódtak térségünkben és melyek a preventívus lehetőségek.

Statisztikai adatok szerint az első gyermekvállalás időszaka későbbi időre, míg az első menstruáció (jelenleg a menarche mediánja: 12,4 év) korábbra tolódásával párhuzamosan az első nemi érintkezés időpontja (sexarche) illetve a nemi érés szintén egyre fiatalabb korban következik be. Egyre hosszabb időszakot kell megfelelő fogamzásgátlással kivédeni a nem kívánt terhesség elkerülése érdekében [1, 4].

A terhességmegszakítások okai és epidemiológiája

Az 1952-es miniszteri határozat értelmében a terhességmegszakítás szinte teljesen tiltott volt, viszont bizonyos becslések szerint az illegális abortuszok száma a regisztrált művi vetélések három-négyszerese volt [6]. Az élveszületések számának mérséklődésével párhuzamosan az 1047/1956. (VI. 3.) terhességmegszakításra vonatkozó határozat bevezetését követően növekvő arányú terhesség terminálódott művi vetéléssel a liberalizáció miatt [6]. Ekkor még jobbára csak természetes módszerek álltak a lakosság rendelkezésére, és az 50–60-as években kezdett elterjedni a hatékony orális antikoncepció [2, 6]. Az 1960-as évekre a művi abortusz volt a születésszabályozás legfontosabb eszköze (a létrejött ter-



1. ábra Élveszületések és terhességmegszakítások száma Magyarországon

hesség 52%-a volt nem kívánt terhesség), és tovább csökkent az élveszülések száma [1]. Az 1040/1973. (X. 18.) Mt. sz. határozat alapján „abortuszbizottságokat” állítottak fel. Az abortusz restriktálása, illetve az orális antikoncepció elterjedése folyamatosan csökkentette a terhesség művi terminálását, míg az élveszülések száma 1975-ig emelkedett [6]. Az indukált terhességmegszakítások száma az 1970-es évek közepén ugrásszerűen csökkent, amely tendencia mérsékelten folytatódott napjaink történelmi minimum pontjáig [1]. A gyakorlatilag 1974-ben megvalósuló intézkedésnek, illetve az orális hormonális fogamzásgátlás egyre nagyobb térnyerésének [2] köszönhetően hirtelen 40 %-kal zuhant az indukált terhességmegszakítások száma [1]. Az 1990-es években bizonyult a legliberálisabbnak az abortusz jogi szabályozása. Családvédelmi Szolgálatok alakultak, ahol speciálisan felkészített védőnők vizsgálják meg a terhességmegszakítások szociális indokát (*I. táblázat*), amely az elmúlt évtizedekben változatlanul a legmeghatározóbb (97–98%, $P=0,97$) [6]. A Családvédelmi Szolgálatnál megjelenő terhességmegszakításért folyamodóknak az első ülést követően 3 nap múlva egy újabb tanácsadason kell részt venniük, amelyen kéri a nem kívánt terhesség megszakítását. A gondolkodási idő lehe-

tőve teszi a terhességmegszakítást kérő szándékának megváltoztatását, illetve az abortusz elkerülését. A tanácsadáson nyugodt körülmények között megbeszélhetik a válságot előidéző tényezőket és azok megoldásának lehetőségeit. Tájékoztatást kapnak a szociális támogatásokról és a személyre szóló fogamzásgátlásról.

Az 1990-es években fordult elő először, hogy mind a terhességmegszakítások, mind az élveszülések száma folyamatosan és jelentősen csökkent. A termékenység és a születésszám együttes mérséklődése nem kedvező a lakosságszám szempontjából. Az abortusz-ráta váltakozó mértékben fluktuált, de összességében véve mérsékelten csökkent (*I. ábra*) [1].

Napjainkban az élveszülések száma, illetve a termékenység zuhanásszerű csökkenése (a meddőség egyre gyakoribbá válásával) súlyos demográfiai probléma, viszont kedvező, hogy a művi vetélések száma nem emelkedik [1]. Valószínű azonban, hogy jelenleg jóval több nem kívánt terhességet előznek meg fogamzásgátlással a párok, mint akár 1990-ben vagy korábban, ami egy felelősségteljesebb családtervezési magatartást és gyermekvállalást jelent, de a bekövetkezett terhességek közül napjainkban is sok végződik művi vetéléssel, és az arányokat tekintve nem kielégítő a változás [1].

I. táblázat

A terhességmegszakítások oka hazánkban

Év	A nő betegsége	Genetikai ok	A terhesség bűncselekmény következménye	Szociális válsághelyzet (anyagiak, párkapcsolati problémák, befejezett családtervezés)	Ismeretlen
1993	1,5	0,7	0,0	97,8	0,0
1994	1,3	0,7	0,1	97,8	0,1
1995	1,3	1,0	0,0	97,7	0,0
1996	1,3	1,0	0,1	97,5	0,1
1997	1,3	0,8	0,2	97,8	0,1
1998	1,0	0,7	0,1	98,2	0,1
1999	1,0	0,7	0,1	98,2	0,0
2000	1,0	0,8	0,1	98,1	0,0
2001	1,1	0,7	0,2	98,9	0,1
2002	1,2	0,8	0,1	97,8	0,1
2003	1,1	0,9	0,2	97,8	0,0

* Az adatok százalékos megoszlást tükröznek a terhességmegszakítások teljes számához viszonyítva (%)
 Forrás: Központi Statisztikai Évkönyv

A természetes termékenység számának alakulásán túlmenően az élveszületések alakulását befolyásolják az infertilitás és kezelése, a szociodemográfiai és gazdasági viszonyok, ám mindent egybevetve a létrejött terhességek aránya jelenleg nagyon alacsony [2, 7]. A népesség gyermekvállalási attitűdje időtávlatokban, a családok szerkezetét és a kívánt gyerekszámot tekintve is jelentősen változott. (Jelenleg a gyermekek közel 30%-a házasságon kívül, élettársi kapcsolatba születik) [1]. A szexuális gyakorlat, a nemi erkölcsökről vallott nézetek, illetve a válás is jelentősen befolyásolják a gyermekvállalási kedvet [2].

A terhességmegszakítások szociodemográfiájának változása

1990 óta az abortáló nők között jelentősen nőtt a hajadonok aránya, és 1998-ban a még nem házason végrehajtott terhességmegszakítások aránya egyharmaddal volt magasabb, mint a megfelelő korú férjzett vagy elvált nőké [1]. Az abortuszok számának csökkenése nem érintette jelentősen a fiatal korosztályt az elmúlt 50 évben. A művi terhességmegszakítások súlypontja 1960-ban a 25–34 éves korúakat jellemezte, majd 1980-ban már több tinédzser és 40 éven felüli kért abortuszt, de még mindig leginkább a 25–34 éves korúak voltak túlsúlyban [1]. 1995–1999-ben egyre fiatalabb életkorok felé tolódott el a terhességmegszakítás, és a 20–29 évesek között volt a leggyakoribb [1]. 1995-ben a terhességmegszakítást kérők 16,9%-a volt tizenéves, később a tinédzserek terhességmegszakításának aránya csökkent, és a terhességmegszakítás mediánja későbbi életkor felé tolódott el. Napjainkban az abortuszon átesők

még mindig több mint 10%-a 20 év alatti [1] (II. táblázat).

A terhességi előzmények szerint is voltak változások a terhességmegszakításért folyamodók között [1]. A művi vetélés választását a gyerekszám, illetve az előzetes terhességek száma befolyásolja. Amennyiben egy család elérte a kívánt gyerekszámot, akkor a továbbiakban nem óhajtja terhességét megtartani. A III. táblázat bemutatja, hogy amíg 1994-ben jobbra megelőző terhesség nélkül vagy 1 terhességet követően, addig 2003-ban már 1, 2, 3 vagy akár 4 szülészeti esemény után is választanak terhességmegszakítást [1].

Magyarország és egyéb országok viszonya

Azokban az országokban, ahol a nem kívánt terhességet megelőzik, ott alacsony az abortusz aránya [2, 3, 8]. Svédországban médiakam-

III. táblázat

*Terhességmegszakítások hazánkban a nő előző terhessége szerint az elmúlt években**

Terhességek száma	1994	1999	2003
0	56,4%	20,3%	19,7%
1	26,1%	15,6%	15,6%
2	10,1%	19,4%	18,8%
3	3,9%	16,2%	15,8%
4	1,8%	10,9%	11,1%
5	0,8%	6,6%	6,9%
>5	0,9%	11,0%	12,1%

* az adott évben a terhességmegszakítások számához viszonyítva ($P < 0,05$)

Forrás: Központi Statisztikai Évkönyv

II. táblázat.

Terhességmegszakítások kormegoszlása hazánkban (%-os összetételben)

Életkor	19 év alatt	20–24 év	25–29 év	30–34 év	35–39 év	40 év felett
1960	5,2	22,2	28,5	24,1	15,5	4,6
1970	9,5	24,7	27,0	20,6	13,4	4,7
1980	10,1	18,4	24,2	21,2	16,6	9,5
1990	13,3	19,1	18,1	20,7	19,5	9,4
1995	16,9	23,9	20,8	16,4	14,5	7,6
1999	13,0	26,1	23,0	18,4	12,8	6,7
2003	11,8	21,6	25,6	20,6	14,3	6,2

Forrás: Központi Statisztikai Évkönyv

pányt folytattak, mellyel sikerült a megbízható kontracepcióról szóló információt eljuttatni széles néptömegeknek, illetve az iskolai egészségnevelésbe bevonni, aminek következtében a tinédzserek körében is elérték a terhességmegszakítás arányának csökkenését [2]. Ez azért hasznos, mert akiket felvilágosítottak, azok később is kisebb eséllyel folyamodnak terhességmegszakításhoz. Egy skót tanulmány viszont leírta, hogy a serdülők kevésbé ismerik az OF pontos hatását, illetve alkalmazását [2].

Mindamellet a volt Szovjetunió tagállamaiban és néhány balkáni országban a számadatok jellegzetesen magas értékeket képviselnek [1, 2]. Kínában 1979 óta a lakosság számára ingyenesen hozzáférhető az abortusz, a fogamzásgátló szerek, illetve a sterilizáció. Abortusz idejére szükség esetén fizetett szabadságot biztosítanak [9].

A fejlett országok az elmúlt évtizedekben próbálják egyre szigorúbb kormányzati intézkedésekkel és a fogamzásgátlásra vonatkozó kampánnyal, mint prevencióval visszaszorítani az abortuszt. Írországban és Lengyelországban vallási okok miatt a terhességmegszakítás engedélyezése meglehetősen szigorú, és az anya életének védelme mellett csak egészségügyi (anyai vagy magzati) indikáció esetén hajtható végre [2, 3, 8].

A IV. táblázat a terhességmegszakítások számát a reprodukív korú nőkhöz viszonyítva 1996-ban több európai országban. Ezer 15–44

IV. táblázat

Ezer 15–44 éves nőre jutó terhességmegszakítások száma néhány európai országban (1996)

Albánia	27,2%	Jugoszlávia	54,6%
Belgium	6,8%	Lettország	44,1%
Bulgária	51,3%	Litvánia	34,4%
Csehország	20,7%	Magyarország	34,7%
Dánia	16,1%	Moldova	38,8%
Észtország	53,8%	Németország	7,6%
Finnország	9,9%	Norvégia	15,6%
Franciaország	12,4%	Olaszország	11,4%
Hollandia	6,5%	Oroszország	68,4%
Románia	78,0%	Spanyolország	5,7%
Svájc	8,4%	Svédország	18,7%
Szlovákia	19,7%	Szlovénia	22,8%

Forrás: Henshaw et al.

éves korú nőre jutó terhességmegszakítások száma nyugat-európai összehasonlításban még mindig nagyon magas [8]. Kedvezőtlen a fiatal, még gyermektelen nők magas abortuszgyakorisága, hiszen a terhesség műtéti úton történő megszakítása fiatal nők esetében nagyobb kockázatot hordoz a későbbi gyermekvállalás szempontjából (nő a koraszülés vagy a másodlagos meddőség rizikója) [7]. Az abortusz liberális szabályozása a skandináv országokban, illetve a volt szocialista országokban jellemző. A magyar gyakorlat megengedő, és hasonlóan az általános nyugat-európai törvényi szabályozáshoz, a művi abortusz egészségügyi és szociális okok mellett az anya válsághelyzete esetén is elvégezhető. Azonban a törvény a súlyos válsághelyzet igazolását ellenőrizetlenül hagyja. A volt szocialista országokban többnyire száz terhességnek legalább a fele megszakítással végződik, míg Nyugat-Európában ez az arány sehol nem haladja meg a 25%-ot [2, 3, 8]. A különbség Nyugat- és Kelet-Európa között az eltérő történelmi és kulturális fejlődésre, illetve gazdasági viszonyokra vezethető vissza [2, 8].

Statisztikai módszerek

A tanulmányban szereplő statisztikai számításokat SPSS for Windows [10] számítógépes statisztikai programmal határoztuk meg. Az egyes változók különböző szempontok szerinti gyakoriságának összehasonlítására χ^2 -próbát alkalmaztunk. Lineáris regressziós vizsgálatok esetében meghatároztuk a P értéket. Többváltozós összehasonlítások kapcsán loglineáris analízist alkalmaztunk, mely esetben szintén P értéket határoztuk meg. A statisztikai szignifikancia határának a $P < 0,05$ -öt vettük a többváltozós összehasonlítások esetében is [10].

Eredmények

A terhességmegszakítások számának alakulása klinikánk anyagában és Csongrád megyében

A Szegedi Tudományegyetem (SZTE) Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján elvégzett retrospektív vizsgálat során kívántuk 1993 és 2004 között vizsgálni a terhességmegszakítások kontraceptív és szociodemográfiai hátterét.

Az abortuszráta a klinikánkon magasabb volt 1993 és 2000 között, mint az országos átlag,

amely 2000-től változott. A növekvő szülésszám tendenciája miatt az abortuszráta azonban csökkent, és 2000 után már jelentősen az országos átlag alá süllyedt [11] (V. táblázat).

1993 után Csongrád megyében folyamatosan csökkent az élveszülések száma, amely megtorpant, és 2000-től szinte stagnál, míg a terhességmegszakítások hányada csökkent. Ennek eredményeképpen a 100 élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma 1993-tól folyamatosan nőtt, majd 1997-ben elérte csúcspontját és azt követően 2003-ig nagy lépésekben csökkent [12] (V. táblázat).

Trendanalízist végeztünk, és összehasonlítottuk a klinikán, Csongrád megyében, illetve országosan a terhességmegszakítási ráták alakulását 1993 és 2003 között. Szignifikáns különbséget ($P < 0,05$) lehet tapasztalni, mivel a ráta a klinikán 1998-ig emelkedik, majd folyamatosan csökken; Csongrád megyében 1997-ig kisebb mértékű emelkedés, majd szintén csökkenés történt [12] (VI. táblázat).

Csongrád megye statisztikáját a klinika saját anyagához viszonyítva megállapítható, hogy

hasonló az abortusz trendje klinikánkon, mint a megyében. Az SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán jóval nagyobb ütemben csökkent az abortuszráta, mint megyénkben. Az észlelt jelenség magyarázható azzal, hogy a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika a Dél-Kelet Magyarországi Régió tercier központja, és az irányított betegellátási rendszer a klinikákra irányítja a kóros terhességek nagy hányadát. Másik oldalról a magzati élet védelméről szóló jogszabályok biztosítják, hogy a középidejű (a terhesség 12. hetétől a 24. hetéig) terhességmegszakítások végzésére csak a tercier centrumok rendelkeznek a beavatkozás megfelelő eszközeivel. A tényezők fokozzák a terhességmegszakítások és szülések számát klinikánkon, azonban a szülésszám nagyobb arányban emelkedik (VI. táblázat).

Magyarországon a száz élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások előfordulása hasonló tendenciát mutat, és nem tér el lényegesen a Csongrád megyei adatoktól ($P = 0,098$). Az országban 1997-ig jellemzően nőtt az abortuszráta, majd folyamatosan csökkent (VII. táblázat).

V. táblázat

Az élveszülések és a terhességmegszakítások száma klinikánk anyagában

Év	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Művi abortusz	1311	1372	1368	1222	1249	990	1120	929	911	903	886	854
Spontán abortusz	295	300	259	296	282	472	260	254	223	242	240	210
Összes abortusz	1606	1672	1627	1518	1531	1462	1380	1183	1134	1145	1126	1064
Élveszülések	2321	2250	2152	1812	1782	1668	1698	1771	2056	1941	2023	1988
Abortuszráta*	69,2	74,3	75,6	83,8	85,9	87,6	81,3	66,8	44,3	46,5	43,8	43,0

* 100 élveszületésre jutó összes terhességmegszakítások száma (%)

Forrás: Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Évkönyve 1995–2004

VI. táblázat

Az élveszülések és a terhességmegszakítások száma Csongrád megyében

Év	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Művi abortusz	3411	3350	3245	3206	3234	2948	2598	2400	2320	2151	2045
Élveszülések	4922	4772	4552	4290	3992	3883	3768	3841	3880	3824	3854
Abortuszráta*	69,3	70,2	71,3	74,7	81,0	75,9	69,0	62,5	59,8	56,2	53,1

* 100 élveszületésre jutó összes terhességmegszakítások száma (%)

Forrás: Csongrád Megye Statisztikai Hivatal 1993–2004

A terhességmegszakítás fogamzásgátlási háttere klinikánk anyagában

Megvizsgáltuk két közbülső évben (1995-ben, illetve 1999-ben) a terhességmegszakítást kérők kontraceptív hátterének változását klinikánk anyagában. A védekezés típusát figyelembe véve a nem védekezés jelentős mértékben csökkent, míg a barrier módszerek viszonylatában nőtt a gyakoriság az abortuszt kérők körében. A tablettahasználat, illetve a természetes módszerek elterjedtsége között nincs szignifikáns különbség. Meglepő eredmény, hogy a kettős védekezés aránya jelentősen nőtt, viszont az esemény utáni tabletta használata csökkent a terhességmegszakításért folyamodók esetében. Az intrauterin

eszközt alkalmazók megoszlása is mérséklődött az abortuszt kérők körében (VIII. táblázat).

A terhességmegszakítások számának alakulása a Csongrád megyei, illetve a Szegedi Családvédelmi Szolgálat anyagában

A terhességmegszakítások száma Csongrád megyében az elmúlt 10 évben (1993–2003) körülbelül kétharmadára (67,8%-ra; $P < 0,05$) esett vissza. Az élveszületések száma kisebb mértékben (78,3%-ra; $P < 0,05$) csökkent a térségben. A száz élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma az országos ütemnél erőteljesebben csökkent ($P < 0,05$). A reprodukív korú nőkre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma is folyamatosan és szignifikáns mó-

VII. táblázat

A 100 élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások számának (%-os lebontásban) (abortuszráta) alakulása klinikánkon, Csongrád megyében, illetve Magyarországon ($P < 0,05$)

Év	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
SZTE Szülészeti Klinika	69,2	74,3	75,6	83,8	85,9	87,6	81,3	66,8	44,3	46,5	43,8
Csongrád megye	69,3	70,2	71,3	74,7	81,0	75,9	69	62,5	59,8	56,2	53,1
Magyarország	64,3	64,4	68,7	72,8	74,3	70,8	68,7	60	58,1	57,9	56,8

Forrás: Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Évkönyve 1995–2004, Csongrád Megyei Statisztikai Hivatal 1993–2004, Központi Statisztikai Hivatal 1993–2004

VIII. táblázat

Védekezés módja az abortuszt kérők körében klinikánk anyagában

Védekezés típusa	Abortusz (Év: 1999) (N=1368)		Abortusz (Év: 1995) (N=1120)		P érték	Odds-ráta (95% KI)
	n	%	n	%		
Nem védekezés	346	25,3	546	48,8	<0,001	0,36 (0,30– 0,42)
Természetes védekezés	241	17,6	169	15,1	Nem szignifikáns	1,20 (0,97– 1,49)
Barrier módszer	306	22,4	143	12,8	<0,001	1,97 (1,58– 2,44)
Fogamzásgátló tabletta	189	13,8	130	11,6	Nem szignifikáns	1,22 (0,96– 1,55)
Kettős védekezés*	208	15,2	13	1,2	<0,001	15,27 (8,67–26,9)
IUE**	59	4,3	91	8,1	<0,001	0,51 (0,36– 0,71)
Esemény utáni tabletta	13	1,0	26	2,3	0,009	0,40 (0,21– 0,79)
Hüvelyi vegyi módszer	6	4,4	2	0,2	Nem szignifikáns	2,46 (0,50–12,22)

* kettős védekezés – fogamzásgátló tabletta, illetve barrier módszer együttes alkalmazása

** IUE: intrauterin eszköz, hurok, spirál

Forrás: Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Évkönyve 1995–2004

don csökkenő tendenciát mutatott (31%-ról 20,5%-ra, $P < 0,05$) (IX. táblázat) [12].

Csongrád megyében a családvédelmi szolgálatoknál 1993 és 2002-ben megjelent terhességmegszakítást kérők közel állandó arányban, (5%) álltak el eredeti szándékuktól ($P > 0,05$) (X. táblázat) [12].

A Csongrád megyei Családvédelmi Szolgálatnál megjelent terhességmegszakításért folyamodók megelőző terhességeinek száma szerinti

csoportosítást mutatja be a XI. táblázat. 1994-től 2003-ig terjedő időszakban a primigravidák vagy a legalább 3 megelőző terhességet követő terhességmegszakítást kérők voltak többségben. Kettő illetve három megelőző terhesség az adott időszakban a vizsgált személyeknél szintén nem változott, és rendre 20% alatti értéket mutatott.

A XII. táblázat a megelőző művi beavatkozások száma szerint ábrázolja a Szegedi Családvé-

IX. táblázat

Termékenységi mutatók Csongrád megyében*

Év	Terhesség- megszakítások száma	Korai-, középidős és késői magzati halálozás	Élveszülések száma	Ezer 15–49 éves nőre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma
1993	3411	590	4922	31,0
1994	3350	469	4772	31,0
1995	3328	520	4534	31,0
1996	3206	570	4290	30,0
1997	3234	623	3992	31,0
1998	2948	613	3883	30,0
1999	2598	600	3768	25,0
2000	2400	622	3841	23,3
2001	2320	713	3880	21,6
2002	2151	667	3824	21,1
2003	2045	693	3854	20,5

* Az adatok százalékos megoszlást tükröznek a terhességmegszakítások teljes számához viszonyítva (%)
Forrás: Csongrád megyei Statisztikai Évkönyv

X. táblázat

A csongrád megyei családvédelmi szolgálatoknál megjelent terhességmegszakítást kérők adatai

Év	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Terhesség- megszakítást kérő	3349	3504	3490	3264	3287	3020	2767	2453	2338	2210
Terhesség- megszakítás végrehajtott	3171	3320	3321	3138	3124	2905	2635	2353	2260	2109
Végrehajtott terhesség- megszakítások aránya az abortuszt kérőkhöz képest	94,7	94,7	95,2	96,1	95,0	96,2	95,2	95,9	96,7	95,4

Forrás: Megyei Védőnő Szolgálat adatai

XI. táblázat

A Szegedi Családvédelmi Szolgálatnál terhességmegszakításért folyamodók megelőző terhességek száma szerinti csoportosítása

Év	Első (%)	Második (%)	Harmadik (%)	Negyedik és több (%)	Összesen
1994	30,8	16,8	18,3	34,1	2068
1995	32,7	17,8	18,0	31,6	2044
1997	30,8	17,3	19,2	32,7	1891
1998	31,0	17,3	19,1	32,5	1701
1999	30,5	18,0	20,8	30,8	1571
2003	25,9	18,2	19,6	36,4	1133
2004	26,0	19,2	21,3	33,4	1107

Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

XII. táblázat

A Szegedi Családvédelmi Szolgálatnál terhességmegszakításért folyamodók megelőző művi beavatkozások száma szerinti csoportosítása

Év	Nem volt megelőző művi beavatkozás (%)	1 megelőző művi beavatkozás (%)	2 megelőző művi beavatkozás (%)	3 megelőző művi beavatkozás (%)	4 vagy több megelőző művi beavatkozás (%)	Összesen
1994	59,8	25,9	8,9	3,1	2,3	2068
1995	62,3	25,3	8,0	2,6	1,8	2044
1997	61,1	25,6	8,6	2,6	2,0	1891
1998	60,7	26,0	7,5	2,6	3,2	1701
1999	58,8	25,3	11,3	2,2	2,4	1571
2003	56,2	26,4	9,5	4,3	3,5	1133
2004	54,8	23,2	13,7	4,9	3,3	1107

Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

XIII. táblázat

A Szegedi Családvédelmi Szolgálatnál terhességmegszakításért folyamodók életben lévő gyermekek száma szerinti csoportosítása

Év	Nincs (%)	Egy (%)	Kettő (%)	Három (%)	Négy vagy több (%)	Összesen
1994	40,5	20,2	27,2	9,6	2,5	2068
1995	42,8	20,1	26,1	7,4	3,6	2044
1997	39,6	22,3	25,3	8,9	3,9	1891
1998	39,8	21,0	26,6	9,2	3,4	1701
1999	39,7	22,5	25,1	8,7	3,6	1571
2003	33,5	26,2	25,4	10,9	3,9	1133
2004	35,0	25,5	25,2	9,3	5,1	1107

Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

delmi Szolgáltatnál megjelent személyeket. A terhességmegszakítást kérők egyre kisebb hányadának volt egyre több megelőző abortusza. 1994-től 2004-ig nem következett be lényeges változás a gyakorisági megoszlásokban. A primigraviditás minden évben 60% körüli, míg a 3-nál több megelőző művi abortusz elenyésző gyakoriságú (XII. táblázat).

A gyerekszám szintén jelentősen meghatározza a nem kívánt terhességek megszakítását (XIII. táblázat). Az élő gyermekkel még nem rendelkezők kérnek leggyakrabban terhességmegszakítást, majd sorrendben az 1, illetve 2 élő gyermekkel rendelkezők következnek. Az egyes csoportok gyakorisági megoszlása nem változott az évek során (XIII. táblázat).

Iskolázottságát tekintve a terhességmegszakítást kérők elenyésző hányada alacsonyabb iskolázottságú, míg a legtöbben alap- illetve középfokú végzettségűek (XIV. táblázat).

A XV. táblázatban a terhességmegszakítást

kérők befizetett díjtételek alapján történő megoszlását mutatja be. A Szegedi Családvédelmi Szolgáltatnál az évek során az abortuszt kérők díjfizetése jelentősen változott. Egyre többen fizetnek mind többet a terhességmegszakításért. Míg korábban a teljes összeg 30%-át fizetők arányának túlsúlya volt a jellemző, addig 2004-ben a legtöbb terhességmegszakítást választó a teljes összeget kifizette (XV. táblázat).

A XVI. táblázat a terhességmegszakítást kérő tizenévesek arányát mutatja be. 1994 után a tinédzserek számaránya csökkent a 90-es évek végéig, majd 2004-re ismét 10% fölé emelkedett.

Az alkalmazott fogamzásgátló módszerek aránya nem változott jelentősen 2003-tól 2004-ig. Az interrupciót kérők egy harmada nem védekezett. A fogamzásgátló módszert alkalmazók mintegy 20%-a (2003), illetve 25%-a (2004) rendszertelenül alkalmazta a választott módszert. A legtöbben barrier módszert használtak (a nem védekezőkhöz hasonló

XIV. táblázat

Terhességmegszakítást kérők iskolázottságának összehasonlítása a Szegedi Családvédelmi Szolgáltatnál megjelentek között

Év	2003 Szeged N=1133 (n)	2003 Szeged N=1133 (%)	2004 Szeged N=1107 (n)	2004 Szeged N=1107 (%)
Alapfoknál kevesebb	23	2,0	35	3,2
Alapfok	470	41,5	429	38,8
Középfok	518	45,7	515	46,5
Felsőfok	122	10,8	128	11,6

Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

XV. táblázat

A Szegedi Családvédelmi Szolgáltatnál terhességmegszakításért folyamodók terhességmegszakításért kifizetett díjtételeinek megoszlása

Év	30% (%)	50% (%)	Teljes összeg (%)	Térítésmentes (%)	Összesen
1994	30,0	49,5	20,1	0,4	2068
1995	43,4	43,8	12,3	0,5	2044
1997	57,8	39,7	2,2	0,3	1891
1998	57,1	39,9	2,6	0,4	1701
1999	61,9	35,8	2,0	0,3	1571
2004	30,3	10,8	49,5	9,4	1107

Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

A Szegedi Családvédelmi Szolgálatnál megjelent terhességmegszakítást kérők korösszetétele

Év	<15 év	15–19 év	Összes terhesség- megszakításhoz folyamodók	A <20 év aránya az összes terhesség- megszakítást kérőhöz
1994	3	186	2068	9,1
1995	0	171	2044	8,4
1997	1	138	2161	6,4
1998	2	117	2125	5,6
1999	2	108	2160	5,1
2004	4	109	1107	10,4

Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

A Szegedi Családvédelmi Szolgálatnál megjelent terhességmegszakítást kérők fogamzásgátlási háttere*

Év	2003 Szeged (N=1133) (n)	2003 Szeged (N=1133) (%)	2004 Szeged (N=1107) (n)	2004 Szeged (N=1107) (%)
Nem védekezett	393	34,7	349	31,5
Rendszertelenül	162	14,3	95	8,6
Rendszeresen	578	51,0	663	59,9
Természetes	147	13,0	147	13,3
Spermicidek	56	4,9	51	4,6
Barrier módszer	372	32,8	388	35,0
Esemény utáni	1	0,1	6	0,5
OF	156	13,8	159	14,4
IUE**	2	0,2	3	0,3

* a rendszeres és a rendszertelen fogamzásgátlás alkalmazásának részletezése az alkalmazott módszer tükrében
Forrás: Szegedi Családvédelmi Szolgálat adatai

arányban), melyet a természetes módszert alkalmazók követnek. Az esemény utáni tabletta és az IUE-t alkalmazók száma alacsony (XVII. táblázat).

Összefoglalás

A nem kívánt terhességek alapvető oka az alacsony megbízhatóságú fogamzásgátlás alkalmazása, illetve a megbízható fogamzásgátló módszer nem megfelelő alkalmazása vagy a kontraceptívum hibája. Hazánkban a legmodernebb kontraceptívumok széles skálája áll rendelkezésre, illetve sokan alkalmaznak megbízható fogamzásgátló módszert, ennek ellenére mégis magas a száz élveszületésre, illetve ezer repro-

duktív korú nőre vonatkoztatott terhességmegszakítások aránya Nyugat-Európához képest. Jellemző, hogy az elmúlt fél évszázadban az abortuszok aránya fluktuációt mutatott, amelyet jelentősen befolyásolt a művi vetélésékre vonatkozó törvénykezés. Míg 1970-ben 192 283 terhességmegszakítás történt, addig 1980-ban már csak 80 882, 2003-ban pedig mindössze 53 789. Ezer 15–49 éves korú nőre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma is jelentősen csökkent: 1970-ben 71,5%, míg 1980-ban már csak 31,4% és 2003-ban csupán 22,0% volt [1].

A nagyfokú nemi szabadosság, illetve az egyre korábbi biológiai érés (akceleráció) miatt mind korábbra tolódik el a nemi élet, ennek következtében a fogamzásgátlásnak kettős célja

lett: a megbízható és megfelelő kontraceptívum megválasztása, illetve a nemi úton terjedő betegségek megelőzése, különösen a fiatalok körében [2]. A karrierorientáltság, a biztos anyagi háttér megteremtése maga után vonja a gyermekvállalási szokások megváltozását Magyarországon is. Egyre kevesebb gyermek tervezése egyre későbbi életkor felé tolódik el [1, 2], és következményesen nyílik a reprodukciós olló. Egyre hosszabb lesz az a fogamzóképes periódus, amelyet célszerű nem tervezett terhesség nélkül átvészelni [1].

Különösen fiatal korban magas a tapasztalatlanságból, illetve a különféle módszerek pontatlan alkalmazásából adódó hiba [5]. A fiatalok gyakorta kockázatosnak tartják a tabletták használatát, mivel félnek a mellékhatásoktól, ugyanakkor a terhességmegszakítás esetleges szövődményeit nem ismerik. Általános tapasztalat, hogy a fiatalok többször nem védekeznek vagy óvszert használnak, mely utóbbi jelentősen függ a fiúpartner véleményétől és hajlandóságától [2]. Nem ismeri a fiatal korosztály, hogy a tabletták alkalmazása során nagy a biztonság és relatíve kevés alkalommal alakul ki mellékhatás, és az is általában enyhe mértékű [2].

Mivel a fiatal nők reprodukciójuk kezdeti szakaszában vannak, ezért a terhességmegszakítás és az azt követő terhesség veszélyeztetettségének (koraszülés, intrauterin növekedésbeli elmaradás) megelőzése nagyon fontos lenne [7]. A tinédzserek reprodukív egészségének védelme a megfelelő tájékoztatással (kompetens személy barátságos környezetben), illetve a megbízható fogamzásgátló módszer alkalmazására való motiválásával érhető el. A fiatalok nemi életük sajátosságai miatt első szexuális érintkezéseik során általában kevésbé megbízható módszert alkalmaznak [2], és ez a korosztály csak később változtat fogamzásgátlási szokásain. A tájékozatlanság elsősorban a szülők felvilágosító tevékenységének hiányára és a fogamzásgátlásra, termékenységre vonatkozó pontatlan ismeretre; illetve az iskolában a nem kielégítő oktatásra vezethető vissza [2, 13]. A terhességmegszakítás csökkent az elmúlt 10 évben, de a csökkenés nem elsősorban a fiatal korosztályt érintette. A nemi szabadoság miatt növekedett a nem kívánt terhességek száma a tinédzserek körében. Azonban a sürgősségi tabletták elterjedtebb alkalmazása, illet-

ve a Tinédzser Ambulanciákon végzett felvilágosító tevékenység csökkentette a kedvezőtlen tendenciát [13].

Az abortuszhoz folyamodó fiatalok szignifikáns módon kisebb arányban védekeznek megbízható módszerrel. Ebben szerepet játszik a nem megfelelő anyagi háttér, valamint az, hogy a kevésbé hatékony módszerek pontos használatához nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel [13].

Prevenció

A terhességmegszakítások csökkentésének leghatékonyabb módszere a megelőzés. A terhességmegszakítás elkerülésének ismertetését tinédzser korban kell elkezdni, mert akkor később sem alakul ki a fogamzásgátlás helytelen gyakorlata, másrészt a tinédzserek a legvulnerábilisabbak rendszertelen nemi életük miatti veszélyeztetett fogamzásgátlási szokásokra. A nemi felvilágosító tevékenység során szükség van a nem kívánt terhességek kockázati tényezőinek azonosítására és megelőzésére.

A terhességmegszakítások számának csökkentése lehetséges lenne a megbízható, kevés mellékhatással rendelkező kontraceptívumokkal és azok helyes használatával kapcsolatos tájékoztatás fokozásával. Az abortusz prevencióját tekintve továbbra is fontos szerepe van az orvosnak, a védőnőnek és a médiának [5]. A széles körű tájékozatlanság mérséklésében nagyfokú médiakampányra és a biztonságos fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek iskolai tananyagba való beépítésére lenne szükség.

A Családvédelmi Szolgálat a tinédzserek és az érdeklődők számára szervez a fogamzásgátlásról, a nemi úton terjedő betegségekről, illetve a terhességmegszakítás veszélyeiről egészségnevelő előadásokat, kiegészítve pszichológiai, illetve egyéb tanácsokkal. Fontos a megfelelő atmoszféra a helyes, szakmailag kiváló és jól megcélzott kommunikáció, mert ez elősegíti a megfelelő tájékoztatást, és a fogamzásgátlás szempontjából is várhatóan stabil és felelősségteljes lesz a párkapcsolat. A Családvédelmi Szolgálatok feladata a családtervezési és fogamzásgátlási tanácsadás, illetve az ifjúság számára tartott programok tartása is, melyek a helyes nemi magatartásra készítik fel. A terhesség-

megszakítást kérők esetén a válsághelyzetben lévőknek nyújtott tanácsadás és csoportfoglalkozás is ezt célozza meg.

Szociodemográfia

Hazánkban a terhességmegszakítások túlnyomó többségét szociális indokkal hajtják végre. Ismeretes, hogy az élveszületésekkel párhuzamosan a terhességmegszakítások száma is csökkent. Egyre több hajadon folyamidek terhességmegszakításért, mivel körükben gyakoribb az alkalmi nemi partner, illetve nem stabil családi keretek között jön létre a terhesség [2]. A terhességmegszakítások végrehajtása 1950 óta egyre fiatalabb életkor felé tolódott el. A tizenévesek aránya nőtt az abortuszon átesők körében, és a nemi szabadosság miatt egyre veszélyeztetettebbeknek bizonyulnak. Valószínűleg a terhességmegszakítások aránya az ifjúság között magasabb lenne, azonban a Tinédzser Ambulanciák, az iskolai védőnői hálózat felvilágosító tevékenysége és az esemény utáni tabletták egyre elterjedtebb használata csökkentette a veszélyeztetettséget [13].

A magasabb iskolázottságúak átlagosan kevesebbszer estek át abortuszon. Egyre stabilabba vált a gyermektervezés az elmúlt 10 évben, hiszen a kilencvenes évek elején még gyermektelenek kértek terhességmegszakítást, addig jelenleg már leginkább 1 vagy több megelőző terhességet követően választják az interrupciót. A változásnak összetett gazdasági és szociális okai vannak.

Csongrád megyében a terhességmegszakítások száma 1997-től jelentős ütemben esett, míg az élveszületések száma folyamatosan csökkent az elmúlt 10 évben, mely alacsony abortuszrátát eredményezett [12].

Az SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán 1993-tól 2003-ig szintén csökkent a terhességmegszakítások és az élveszületések száma, de a 100 élveszületésre vonatkoztatott terhességmegszakítások száma csak 2000 után csökkent az országos átlag értéke alá. A klinikán 1999-ben abortuszt kérők szociodemográfiai háttérében nincs jelentős változás 1995-höz képest. Túlnyomó többségben hajadonok és középfokban iskolázottak kérnek terhességmegszakítást [11].

A Csongrád Megyei Családvédelmi Szolgálatnál megjelentek csak kis mértékben változtat-

ták meg eredeti döntésüket a terhességmegszakításra vonatkozóan. Az abortuszt kérők nagy arányban az egyedülálló, illetve az óhajtott gyermekszámot elért családanyák közül kerülnek ki. Az országos adatokkal ellentétben magas az alacsony iskolázottak száma. Növekszik a terhességmegszakítások teljes díjtételét kifizetők aránya, mely azt mutatja, hogy inkább vállalják a terhességmegszakítást, mint egy nem kívánt terhességet követően megszületett gyermek felneveléséből származó várható kiadásokat. A tizenévesek össz-terhességmegszakítás-hoz viszonyított aránya magasnak mondható (<10%) egységesen a klinikán, de a megyében és az országban is [1]. A művi vetélést kérők 30%-a nem védekezik, illetve gyakran barrier fogamzásgátlót vagy természetes módszert alkalmaz [4].

Irodalom

- [1] Központi Statisztikai Hivatal. Demográfiai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal: Budapest, 1995–2004; 190–199.
- [2] *Oddens B.* The determinants of contraceptive use. Eburon: The Netherlands, 1996; 100–290.
- [3] United Nations. Demographic Year Book. United Nations: New York, 1995–2004; 340–342.
- [4] *Kamarás F.* Fertility and family surveys in countries of the ECE region (Standard country report). United Nations: New York and Geneva 1999; 121–122.
- [5] *Kozinszky Z, Boda K, Bartfai Gy.* Determinants of abortion among women undergoing artificial termination of pregnancy. *European Journal of Contraception and Reproduction and Health Care*, 2001; 3: 145–152.
- [6] *Farkas JM.* A terhességmegszakítás és a fogamzásgátlás hatása a terhességre. Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Kiadó: Szeged 1995; 24–32.
- [7] *Papp Z.* (szerk.). A Szülészet-Nőgyógyászat Tankönyve. Semmelweis Kiadó: Budapest, 2001; 234–235.
- [8] *Henshaw SK, Singh S, Haas T.* The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives (Supplementum)*, 1999; 25: 30–38.
- [9] *Holland, W.* Textbook of Public Health. Oxford University Press: Oxford, 1993; 28–39.
- [10] SPSS for Windows, Chicago: SPSS 13.0 2005. (statistikai szoftver).
- [11] Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem. A Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Évkönyve. Szegedi Tudományegyetem, Egyetemi Nyomda: Szeged, 1995–2004; 89–92.
- [12] Csongrád megyei Statisztikai Hivatal. Csongrád Megyei Statisztikai Évkönyve. Csongrád Megyei Statisztikai Hivatal: Szeged, 1993–2004; 12–34.
- [13] *Kozinszky Z, Bartfai Gy.* Terhességmegszakítást kérő tizenévesek fogamzásgátlási szokásai. *Magy Nőorv L*, 2002; 65: 183–187.

Kozinszky Z, Csatornai S, Mrs. Csepi G. Sz., Mrs. Rabi M. Sz., Mrs. Ladányi I. Sz., Pál A. *Analysing the trends of induced abortions in Hungary*

The number of induced pregnancy terminations shows a continuous decrease nowadays, whereas the number of live births remains constant (the 'reproductive scissors' open). Though the rate of 'reliable contraceptives' use is relatively high in Hungary, the number of women seeking abortion is also high. The influencing factors and prevention possibilities of induced abortion were studied. The sociodemographic characteristics of women requesting abortion in Hungary were compared to those attending the Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Szeged, and those from Csongrád County. At the Department of Obstetrics and Gynaecology, Szeged (2004: 43.0%) and Csongrád county (2003: 53.1%) the number of abortions related to 100 live births are significantly lower as compared to the rest of our country (2003: 56.8%). It is of utmost importance that the rate of teenagers in the group requesting for abortion is constantly high (women seeking termination of pregnancy under twenty years in 2003: 11.8%), primiparous (2003: 19.7%) and single women (2003: 33.0%). Over the past decades, vast majority of pregnancy terminations were performed due to social reasons ($P > 0.05$;

98%) and the two rounds of medical counselling did not decrease considerably the rate of abortions in Csongrád county. At the Department of Obstetrics and Gynaecology, Szeged most of the women requesting pregnancy termination applied barrier methods in 1999, and the number of women who relied solely on luck has not decreased since 1995 until 1999. The number of induced terminations of pregnancy could be reduced with wide-spread information regarding reliable contraceptive methods. To prevent unwanted pregnancy among teenagers, the media, the family, the school and health-care providers should focus on sexual education.

Keywords: induced abortion, live births, contraception

Levelezési cím:

DR. KOZINSZKY ZOLTÁN

H-6725 Szeged, Semmelweis u. 1.

Telefon: 06 (62) 545-757

Fax: 06 (62) 545-711

e-mail: kozinszky@freemail.hu
