

A KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL
NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓ INTÉZETÉNEK
KUTATÁSI JELENTÉSEI

32.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL
NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓ INTÉZET

Igazgató:
Monigl István

ISSN 0236-736-X

Sorozatszerkesztő:
Csernák Józsefné

Írta:
Pongrácz Tiborné

Lektorálta:
Klinger András
Óry Imre

**SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK TÁRSADALMI-DEMOGRÁFIAI
VONATKOZÁSAI**

BUDAPEST

1987/2

TARTALOM

	Oldal
BEVEZETŐ	7
I. A SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK NEMZETKÖZI JELLEMZŐI	11
1. A serdülőkorúak szexuális magatartásának és fogamzásgátlási gyakorlatának jellemzői Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban	11
2. A serdülőkori terhességeket befolyásoló tényezők a fejlett országokban. Politikai következtetések és a kormányok álláspontja	18
II. A SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON	35
1. A nyugat-európai és a magyar serdülők eltérő demográfiai magatartásának jellemzői és okai	35
2. Fiatalkorú anyáktól származó születések alakulása. A magyar mutatók a nemzetközi összehasonlítás tükrében	43
3. A serdülőkori terhességmegszakítások alakulása Magyarországon	55
4. A magyarországi magas serdülőkori termékenység kialakulásában közrejátszó általános társadalmi tényezők	61
III. A SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK EMPIRIKUS VIZSGÁLATA	67
1. A felvétel célja és módszere	68
2. A fiatalkorú terhesek főbb társadalmi-demográfiai jellemzői	74

	Oldal
3. Családi háttér, a nevelkedés körülményei, szocializációs hatások	90
4. A partnerkapcsolatok kialakulása és stabilitása	104
5. Fogamzásgátlási ismeretek és védekezési gyakorlat	115
6. A serdülőkori gyermekszülés egészségügyi vonatkozásai	130
7. A serdülőkori terhességek kimenetelét és körülményeit magyarázó társadalmi-demográfiai tényezők elemzése	137
IV. KÖVETKEZTETÉSEK, FELADATOK	158
MELLÉKLET	178
Irodalom	185

BEVEZETŐ

A serdülőkori terhességek, szülések és terhességmegszakítások kérdésköre az utóbbi években számos fejlett ipari országban az érdeklődés homlokterébe került. A demográfusok, szociológusok, orvosok részéről megnyilvánuló fokozott érdeklődés részben arra vezethető vissza, hogy a társadalmi-gazdasági fejlettség közel azonos színvonalán álló országokban, azaz közel azonos társadalmi-gazdasági háttér esetén is a fiatalkorú nők terhességeinek előfordulási gyakorisága igen különböző. Eltérő képet mutat a serdülők magatartása a bekövetkezett terhesség kimenetelét illetően is, azaz megegyező teherbeesési arány esetén is eltérő lehet az egyes országokban a tizenéves nőktől származó szülések és terhességmegszakítások aránya.

A serdülőkori terhességek kutatása nem korlátozódik csupán azokra az országokra, amelyekben az érintett korosztály teherbeesései viszonylag nagy gyakorisággal fordulnak elő, hanem összehasonlító jelleggel kiterjed azokra az országokra is, amelyekben a fiatal nők termékenységi és/vagy terhességmegszakítási arányai kedvezően alacsonyak, ily módon kutatva azokat az okokat, és módszereket, amelyek hozzájárulhatnak a serdülőkorban bekövetkezett terhességek előfordulási gyakoriságának csökkentéséhez.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a szakemberek véleménye szerint mindenképpen kívánatos a serdülőkori terhességek arányának a csökkentése, a lehetséges minimális szintre történő visszaszorítása. Eltérő azonban a szakemberek helyzetmegítélése a szüléssel, illetve az abortusszal végződő terhességek vonatkozásában. Míg a szüléseket, a serdülőkori gyermekvállalás negatív társadalmi kihatásai miatt egyértelműen kedvezőt-

len társadalmi-demográfiai jelenségnek ítélik, és visszaszorítását egységesen lényeges célkitűzésnek és fontos feladatnak tartják, a művi abortusszal kapcsolatos álláspontok korántsem ennyire letisztultak. Egyes vélemények szerint jó pszichikai felkészítés után, megfelelő időben és megfelelő módon végrehajtott terhességmegszakítás rizikója mind az egészségügyi, mind a pszichés következmények vonatkozásában gyakorlatilag elhanyagolható, míg mások korántsem tekintik ily mértékben eliminálhatónak a művi abortusz hatását a serdülő nők biológiai és lelki fejlődése szempontjából. Mindenesetre tény, hogy az egyes országokban általában nem a terhességmegszakítások csökkentését tekintik első rendű feladatnak.

Magyarországon a serdülőkorúak szüléseinek és terhességmegszakításainak aránya nemzetközi viszonylatban igen magasnak tekinthető. A 18 éven aluli nők termékenysége az utóbbi 15 év átlagában erőteljes emelkedést, az utóbbi néhány évet tekintve stagnálást mutat. A terhességmegszakítások vonatkozásában az emelkedés átlagosan ugyan csak kisebb mértékű volt, de éppen a legfiatalabb korosztályok esetében már jelentősebb növekedés volt tapasztalható.

A jelen dolgozat fő célkitűzése, hogy választ keressen a magyarországi helyzet kialakulásában szerepet játszó leglényegesebb okokra, és feltárva a fiatalkorú terhesek magatartását befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezőket, megpróbáljon következtetéseket levonni a társadalmi cselekvés számára, ajánlásokat megfogalmazva a kérdés társadalmi kezelését és az esetleges beavatkozás irányát és lehetőségeit illetően.

A serdülőkori termékenység nemzetközi trendjeinek vizsgálata, bemutatva a kérdés háttérében meghúzódó, és általánosan ható társadalmi-gazdasági okokat, kiemelve és elemezve

néhány olyan országot, amelyekben a fiatalkori termékenység magas, illetve kedvezően alacsony, hozzájárulhat ahhoz, hogy reálisan tudjuk értékelni a probléma súlyát hazánkban, és tapasztalatokat meríthessünk az egyes országok gyakorlatából arra vonatkozóan, hogy a serdülőkorban bekövetkező terhességek csökkentése milyen úton, milyen eszközökkel érhető el. A serdülőkori szülések és terhességmegszakítások magyarországi helyzetét és alakulását két különböző adatbázis segítségével kíséreltem meg elemezni. Egyfelől a rendelkezésre álló népmozgalmi adatok alapján bemutatni az időbeni változások mértékét és irányát, továbbá rávilágítani, hogy néhány alapvető demográfiai jellemző vonatkozásában milyen eltérések mutathatók ki a fiatalkorú terhesek csoportjánál a korosztály egészéhez viszonyítva. A másik adatbázist a serdülőkori terhességek összetevőinek mélyebb, alaposabb megismerését célzó kérdőíves felvétel adatai képezték.

Az empirikus vizsgálattal, amely a 18 éven aluli terhesek három nagy csoportjára - a terhességet megszakíttató hajadonok, a házas, illetve nem házas fiatalkorú anyák almintáira - terjedt ki, a jelenség társadalmi, demográfiai és egészségügyi jellemzőit kívántuk feltárni. A kérdőíves vizsgálat ily módon a téma első interdiszciplináris megközelítésű kutatását jelenti hazánkban. Az igen gazdag vizsgálati anyag és kutatási eredmények részletes, minden kérdésre kiterjedő bemutatására a jelen dolgozat keretében terjedelmi okok miatt nem vállalkozhattam, ezért csak az általam leglényegesebbnek ítélt szempontok kiemelésére szorítkoztam. Azokat a témaköröket elemeztem, amelyek talán a legjobban rávilágítanak azokra a társadalmi-családi háttérben rejlő okokra, a serdülő magatartásbeli sajátosságaira, amelyek magyarázatul szolgálhatnak arra, hogy miért következik be a terhesség, illetve, hogy a bekövetkezett terhesség a serdülők egyes rétegeinél miért

abortusszal, másoknál házasságkötés utáni gyermekvállalással, vagy házasságkötés nélküli gyermekszüléssel végződik. Így részletesebben kívánok foglalkozni a fiatalkorú terhesek főbb társadalmi-demográfiai jellemzőivel, a családi háttérrel és a szocializációs hatásokkal, a partnerkapcsolat jellegével és stabilitásával, a serdülő fogamzásgátlási ismereteivel és védekezési magatartásával, végül a szülés néhány egészségügyi vonatkozásával, és a megszületett gyermek érettségére, fejlettségére utaló jellemzőkkel. A fenti témakörök leíró jelleggel történő elemzése után megkíséreltük az egyes alminták jellemző sajátosságait, a matematikai-statisztikai módszerek segítségével is megragadni. Egyrészt korrelációs számítást végeztünk az egyes alminták és a kérdőív kérdései alapján meghatározott változók közötti összefüggés irányának és mértékének meghatározása céljából. Másrészt a változók közötti lineáris hatásokat az útelemzés módszerével közvetett és közvetlen hatásokra bontottuk fel, és a változók közötti oksági kapcsolatok alapján útmodellt készítettünk.

A befejező részben összefoglalva a serdülőkori szülések és terhességmegszakítások magyarországi helyzetének sajátosságait a kérdésnek a serdülő családi állapota és a terhesség kimenetele alapján történő differenciált megközelítésére és társadalmi kezelésére kívánok javaslatokat tenni. Felvetem továbbá azt a kérdést, hogy a serdülőkori terhességek csökkentésének és megelőzésének társadalmi igénye milyen feladatok megoldását várja az egészségügy, a család és az iskola részéről.

I. A SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK NEMZETKÖZI JELLEMZŐI

1. A serdülőkorúak szexuális magatartásának és fogamzásgátlási gyakorlatának jellemzői Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban

A modern társadalmakra általánosan jellemző, hogy a gyermekkorból a felnőtt korba való átmenet, a serdülő korszak, elsősorban a tanulmányi idő meghosszabbodására visszavezethetően egyre hosszabb intervallumra tolódik ki, egyre hosszabb időszakot ölel fel. A 60-as évekkel kezdődően jelentős változásokat figyelhetünk meg Nyugat-Európában a serdülőkorú fiatalok társadalmi helyzetét, magatartását és társadalmi megítélését illetően. Az 50-es évek elején a fiatalok mozgástere - különösen a serdülő lányoké - meglehetősen behatárolt volt. Házasságkötés előtti szexuális élet a lányok esetében elképzelhetetlen volt, s a szülői befolyás elég erős volt ahhoz, hogy az esetleges ilyen irányú próbálkozásoknak gátat vessen. A korlátozott anyagi lehetőségek és a serdülők anyagi függősége csaknem kizárta a túl korai házasságkötések lehetőségét. A 60-as évek gyors gazdasági fejlődése és ezek talaján gyökerező társadalmi változások a serdülők fokozódó önállósodásához vezettek. A családok magasabb életszínvonalára lehetővé tette, hogy a fiatalok - akár a szülők akarata ellenére is - házasságot kössenek, családot alapítsanak. A serdülők szexuális magatartására növekvő befolyást gyakoroltak a baráti, informális csoportok erkölcsi normái, és csökkent a szülői befolyás, a szülők által közvetített szexuális normarendszer hatása. A szülői kontroll megmaradt azonban a házasságkötések nélküli összeköltözések kérdésében, s míg tolerálta a serdülőkori házasságkötéseket, meggátolta - és meg is tudta gátolni - gyermekeik esetében az élettársi kapcsolatok létesítését. A szabadabbá vagy szabadosabbá váló szexuális magatartás egyfelől, a kor-

látozott fogamzásgátlási ismeretek és fogamzásgátlási eszközök másfelől, a serdülőkori teherbeesések számának növekedéséhez vezettek. Miután ebben az időszakban az európai régió nagyrésztében a terhességek műtéti úton történő megszakíttatása a serdülőkorú lányok esetében is tiltott beavatkozás volt, a fenti tényezők eredőjeként a 60-as években megnövekedett a fiatalkori szülések és házasságkötések száma és aránya. A 60-as években tehát még ellentmondás feszült a serdülők önállósulási törekvései és ennek a társadalmi lehetőségek által korlátozott megvalósulása között. A 70-es évekre azonban a serdülő korosztály emancipációja csaknem teljes mértékben megvalósult. Mind a házasságkötés előtti szexuális élet, mind a házasságkötés nélküli együttélés a szülőgeneráció részéről elfogadottabbá vált. A fogamzásgátló eszközök választékának kiszélesedése, számos országban a művi abortusz liberalizálása, a serdülőkorúak születési és házasságkötési arányainak csökkentését eredményezte.

Kérdés persze, hogy a tinédzserek szexuális magatartását korábban korlátok közé szorító társadalmi tabuk eltörlése mennyire tekinthető pozitívnak. Kérdés az is, hogy a fiatalok mennyire tudtak a szabadsággal élni, tapasztalható-e a szexuális kapcsolatok létesítése terén egy átgondoltabb magatartás, a fogamzásgátlási lehetőségek nagyobb arányú igénybevétele. A témával foglalkozó nemzetközi szakirodalomból kitűnik, hogy a fiatalkorú lányok fogamzásgátlási ismeretszintje és születésszabályozási magatartása bár az utóbbi időszakban javuló tendenciát mutatott, még mindig nem a kívánatos színvonalon mozog. Annak ellenére, hogy a családtervezési központok szolgáltatásai hozzáférhetőek a fiatalkorúak számára is, az USA és a nyugat-európai országok a serdülőkorban is alkalmazható fogamzásgátlási eszközök széles választékával rendelkeznek, a védekező tinédzserek aránya mégis alacsony,

többségük nem tesz semmit, hogy az esetleges, nemkívánatos terhességet elkerülje. Vizsgálatok bizonyítják, hogy az USA-ban a tizenévesek legalább már egy éven át szexuálisan aktívak, mielőtt bármilyen születésszabályozási szolgálathoz fordulnának. Zelnick és Kantner 1974-ben vizsgálva az amerikai tinédzserek fogamzásgátlási magatartását, arra a megállapításra jutott, hogy a szexuálisan aktív fiatalok mintegy 40%-a alkalmazott csak fogamzásgátlási módszereket. Ugyanennek a csoportnak 1/3-a abbahagyta a védekezést annak ellenére, hogy kijelentette, továbbra sem kíván teherbe esni. A védekezőkön belül mindössze további 40%-ot képviselt azok aránya, akik már az első együttlét során alkalmaztak valamilyen fogamzásgátlási eszközt. Ezek az adatok arra utalnak, hogy szexuális életet élő fiatalok folyamatosan ki vannak téve a teherbeesés veszélyének annak ellenére, hogy rendelkezésükre állnak megfelelő és hatékony fogamzásgátló eszközök.

A serdülőkori fogamzásgátlás alkalmazásának fő meghatározója a serdülő nő kora. Általában minél idősebb a serdülő, annál valószínűbb, hogy alkalmazni fog valamilyen védekezési módszert. Kantner és Zelnick idézett tanulmányukban vizsgálati eredményeikre hivatkozva közlik, hogy 55%-a azoknak a fiatal lányoknak, akik 18 vagy 19 éves korukban kezdtek el nemi életet élni, már az első eseménynél is alkalmaztak valamilyen fogamzásgátló eszközt. Ez az arány több mint kétszerese azokénak, akik 15 éves koruk körül létesítették első szexuális kapcsolatukat. Az idősebb, 18-19 éves serdülőkre a hatékonyabb, biztosabb fogamzásgátlási módszerek alkalmazása jellemző, míg a fiatalabb korcsoportba tartozók inkább partnerükre bízzák a védekezés kérdésének megoldását.

Meg kell azonban jegyezni, hogy számos országban éles ellentétek vannak a családtervezési, szociális kérdésekkel

foglalkozó szervek és a társadalom konzervatív csoportjai, vallási szervezetei között a tizenévesek szexuális felvilágosítása és születésszabályozási eszközökkel való ellátása kérdésében. A konzervatívabb szemléletet megtestesítő egyházi hatóságok véleménye szerint a fiatalok szexuális felvilágosítása nem vezetne a fogamzásgátlási gyakorlat javulásához, hanem újabb ösztönzést jelentene a még fiatalabban megkezdett szexuális élethez, vagyis lényegében csak súlyosbítaná a problémát. Az egyházi hatóságok ehelyett azt javasolják, hogy a tizenévesek nevelésében több morális elvet kellene érvényre juttatni, amely megerősíti a felelősségteljesebb, a felelősséget vállaló magatartást, a családi értékrendszer és a házasság stabilitásának fontosságát. Azt állítják továbbá, hogy több szakember, aki a hatvanas években és a hetvenes évek elején oly lelkesen harcolt a szexuális felvilágosítás bevezetéséért az iskolákban, ma a 80-as évek elején nyíltan bevallja tévedését, mondván, hogy nem ez volt a megfelelő útja a tizenéves terhességek csökkentésének. A nyugat-európai egyházak egyoldalú álláspontját azonban erős fenntartásokkal kell kezelni. Úgy vélem ugyanis, hogy a fiatalok nevelésében a születésszabályozási ismeretek oktatása és az erkölcsi szempontok erősítése nem lehet vagylagos, a kettő nem zárja ki egymást, hanem szorosan összekapcsolódik. A család és a házasság stabilitásának fontossága, a cselekedetek következményeinek felelősségteljes vállalása olyan alapvető erkölcsi normák, amelyek minden társadalmi rendszer értékstruktúrájának szerves részét képezik, s ezért alapvető feladata kell, hogy legyen a felnövekvő nemzedék iskolai oktatásának és családi szocializációjának. Az erkölcsi elvek jelentik azt az alapot, amire ráépülhetnek a szexuális élettel kapcsolatos ismeretek, s amelyek biztosíthatnák, hogy e megnövekedett szexuális szabadsággal a serdülők megfelelően éljenek, és ne visszaéljenek. Miután azonban azok a társadalmi folyamatok, amelyek elsősor-

ban felelősek azért, hogy a tinédzserek egyre fiatalabb korban kezdenek szexuális életet élni - megnövekedett tanulmányi idő, a fokozódó urbanizáció, a nagycsalád szétesése, a hagyományos társadalmi ellenőrzési formák megszűnése - aligha fordíthatók vissza, elengedhetetlenül szükséges, hogy továbbfejlesszék az iskolákban a születésszabályozás oktatását.

Ugyanakkor elmondható, hogy már napjainkban sem tekinthetők hatástalannak a fiatalok körében indított születésszabályozási programok. Az USA-ban például néhány év alatt 200 ezerről 1 millióra nőtt azoknak a tizenéveseknek a száma, akik a családtervezési klinikákhoz fordultak tanácsért, segítségért. A születésszabályozási szolgáltatások fokozódó igénybevétele a nyugat-európai országokban is kimutatható és hatékonyságukat jelzi a tinédzserkori születési arányszámoknak az utóbbi tíz évben tapasztalt jelentős arányú, egyes országokban 50%-ot is meghaladó csökkenése.

Angliában a 15-19 éves anyák születési arányszáma 1970 és 1979 között 50,4 ezrelékről 31,0 ezrelékre, azaz mintegy 38%-kal csökkent. Ugyanezen időszak alatt ugyanakkor az abortuszok aránya 9,1 ezrelékről 16,8 ezrelékre emelkedett. A születési arányszám csökkenéseinek azonban mintegy 1/3-a magyarázható csak az abortuszok emelkedésével. Tehát a tizenévesek azonos mértékű szexuális aktivitását feltételezve - ami nagy valószínűséggel állítható, hogy a 70-es évek végén nem volt alacsonyabb, mint a 70-es évek elején - megállapítható, hogy javult az utóbbi években a születésszabályozási gyakorlat hatékonysága, a serdülők közül többen és hatékonyabban használják a fogamzásgátlást.

A fiatalkori szüléseknél az utóbbi években tapasztalható kedvező tendencia ellenére a kérdés számos európai ország-

ban és az Egyesült Államokban napjainkban is komoly társadalmi és egészségügyi problémát és még megoldásra váró feladatot jelent. Az Egyesült Államokban például évente a tizenéveseknek 10%-a esik teherbe (1 millió serdülő lány) és ezeknek 60%-a szüli meg gyermekét. Ravenholt a serdülőkori terhességek témakörében tartott nemzetközi konferencián a probléma súlyát úgy jellemezte, hogy míg régebben a fertőző betegségek (diftéria, reumás láz, polymyelitis) jelentették a serdülő lányok számára a legnagyobb veszélyt, most ezt a nem kívánt terhességek jelentik. A társadalom számára pedig ez utóbbiak jóval nagyobb terhet jelentenek, mint a fertőző gyermekbetegségek. A serdülő lány, ha teherbe esett, rendszerint nem tudja tanulmányait folytatni és így később szakképzettség nélkül lép a munkaerőpiacra. De ha megszüli gyermekét, ez már három generáció életét érinti, nemcsak a serdülő anyáét, hanem a nagyszülőét és a gyermekét is, akiről anyja még nem képes gondoskodni.

A fiatalkorú anyák születési arányszámaiban Nyugat-Európában és az USA-ban mutatkozó csökkenés azonban - mint ezt a fentiekben bemutatott angliai példa is bizonyítja - nem tapasztalható a fiatalkori abortuszok esetében. Kétségtelen, hogy a serdülőkori szülések társadalmi és egészségügyi kihatásai súlyosabbak, nagyobb terhet rónak a társadalomra és az anyára egyaránt, nem szólva a gyermek egészségét, fejlődését érintő következményekről, de egyértelműen negatív jelenség a fiatalkori abortuszok magas, sőt egyes országokban emelkedő aránya is. Bár Chilman 1979-ben végzett kutatásai során arra a megállapításra jut, hogy az abortuszból származó komplikációk semmivel sem nagyobbak, mint bármely más művi beavatkozás esetén, ha azt gyakorlott orvosi személyzet végzi el és időzítése a terhesség időtartamát illetően helyes, továbbá megfelelő szülői támogatás esetén az érzelmi megrázkódtatás

sem jelentős. Úgy tűnik azonban, hogy Chilman meglehetősen leegyszerűsítve kezeli a kérdést, s éppen ezért álláspontja legalábbis részben vitatható. A terhességmegszakítás mindenképpen műtéti beavatkozást jelent, amelynél önmagában is fennáll az esetleges komplikációk veszélye. Még fokozottabban ez a rizikófaktor egy serdülő gyermekén végrehajtott beavatkozás esetében, csökkentve egy későbbi kívánt terhesség kihordásának esélyeit, illetve a teherbeesés lehetőségét.

További veszélyt jelent az abortuszon már átesett fiatal lányok esetében az ismételt abortusz bekövetkezésének nagyobb valószínűsége. Tietze és Bongaarts 1982-ben megjelentetett közleményéből kitűnik, hogy a propagatív korú női népesség egészét tekintve az ismételt abortusz bekövetkezésének valószínűsége legmagasabb a 18-19 éves, illetve a 15-17 éves korosztálynál. Ez a megállapítás az abortuszok sorszámtól függetlenül is igaz, vagyis mind a második, harmadik, negyedik és többedik abortusz esetében a tizenéveseknél mutathatók ki a legmagasabb értékek. Más szóval ez azt jelenti, hogy azon serdülő nők esetében, akik már egy vagy több abortuszon átestek, rendkívül magas a rizikója annak, hogy újabb terhességmegszakításhoz folyamodnak, mégpedig hamarosan.

2. A serdükőkori terhességeket befolyásoló tényezők a fejlett országokban. Politikai következtetések és a kormányok álláspontja

Bár a serdülőkori termékenységi mutatók nemcsak a nyugat-európai országokban, hanem az Amerikai Egyesült Államokban is csökkenést mutatnak, mégis az USA-ban a serdülőkori termékenység még mindig jelentősen magasabb, mint a fejlett országok többségében. Az eltérés okainak kutatására az amerikai Alan Guttmacher Intézet összehasonlító vizsgálatot végzett, amelynek során két alapvető kérdésre keresett választ. Egyrészt, hogy milyen tényezőkkel magyarázható a nyugat-európai és az amerikai serdülők eltérő reprodukciós magatartása, másrészt, hogy mit lehet tanulni és hasznosítani az alacsony serdülőkori termékenységgel rendelkező országok tapasztalataiból.

Az Alan Guttmacher Intézet kutatói a kérdést két megközelítésben vizsgálták. Egyrészt a serdülőkori termékenységgel összefüggő faktorokra 37¹ ország adatai alapján kétváltozós és többváltozós elemzést végeztek, másrészt a kérdés részletesebb vizsgálata és a nem, vagy nehezen számszerűsíthető tényezők hatásának feltárására esettanulmányokat készítettek öt kiválasztott országra (Anglia, Franciaország, Hollandia, Kanada, Svédország és az USA-ra) vonatkozóan.

A 37 országra kiterjedő vizsgálat esetében két függő változó és 42 független változó közötti kapcsolat elemzésére

¹Ausztrália, Ausztria, Belgium, Bulgária, Chile, Csehszlovákia, Dánia, Egyesült Államok, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Hong-kong, Írország, Izrael, Japán, Jugoszlávia, Kanada, Kuba, Lengyelország, Magyarország, Nagy-Britannia (Anglia és Wales együtt, Skócia külön országként), NDK, Norvégia, NSZK, Olaszország, Portugália, Puerto Rico, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szovjetunió, Szingapur, Tajvan és Új-Zéland.

került sor. A függő változók a 18 éven aluli, illetve a 18-19 éves nők kumulatív korszpecifikus születési arányszámai voltak. Célszerűbb lett volna terhességi arányszámokat alkalmazni születési arányszámok helyett, de a művi abortuszra vonatkozó adatok a vizsgált országok többségében nem álltak rendelkezésre. Miután azonban a terhességmegszakítási arányok és a születési arányok erősen korrelálnak, elfogadható a születési arányszámok alkalmazása a terhességi arányszámok helyett. A 42 független változó a vizsgálatba bevont országok demográfiai, egészségügyi, kulturális, társadalmi, gazdasági viszonyait jellemzi néhány mutató alapján. A független változók többsége hivatalos statisztikai, népmozgalmi adatokra épül. A változók egy másik csoportjához azonban - mint pl. a vallással, a szexualitással kapcsolatos kérdések, a fogamzásgátlási politika - a hivatalos statisztikából nem álltak rendelkezésre adatok, ezért az ezekre vonatkozó információkat a kutatók az egyes országok családtervezési intézményeitől, családpolitikával foglalkozó állami szervezeteitől és szakembereitől szerezték be az érintett országok amerikai követségeinek közreműködése révén.

A következő táblázat a függő és a független változók közötti korreláció mértékét mutatja be:

1. A 18 éven aluli, ill. a 18-19 éves nők kumulatív születési arányszáma és a független változók közötti korreláció

Változók	K o r r e l á c i ó		N ³
	18 éven aluli	18-19 éves	
	nők kumulatív kor-specifikus születési arányszámával		

	H á z a s s á g		
15-19 éves házas nők aránya	0,83	0,84	37
A szülői beleegyezés nélküli házasságkötés alsó korhatára	-0,33	-0,39	24
	G y e r m e k v á l l a l á s		
A 20 éven aluliak teljes termékenységi arányszáma	0,06	0,13	37
A termékenységet ösztönző népesedéspolitika	0,25	0,36	35
A szülési szabadsággal és az anyagi juttatásokkal kapcsolatos liberális politika	0,45	0,58	28
A családi pótlék és a családok egyéb anyagi támogatásának aránya az állami költségvetésből	-0,19	0,09	17
Az apát megillető pénzübeni támogatás	0,07	0,21	31

Forrás: E. Jones, J. Forrest, N. Goldman, S. Henshaw, R. Lincoln, J. Rosoff, Ch. Wertoff, D. Wulf: Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. International Family Planning Perspectives Volume 17. Number 2. March/April 1985.

Változók	Korreláció		N ³
	18 éven aluli	18-19 éves	
	nők kumulatív kor-specifikus születési arányszámával		

Fogamzásgátlás

Az orális fogamzásgátlót alkalmazó házas nők aránya	-0,18	-0,17	20
A condommal védekező házaspárok aránya	-0,63	-0,58	13
A fiatal, nem házas nők fogamzásgátlását támogató állami politika ²	-0,46	-0,44	36
A fogamzásgátlás oktatását támogató politika ²	-0,21	-0,06	37
A fogamzásgátlási oktatásban résztvevő lánytanulók aránya ²	-0,31	-0,17	36
A fogamzásgátlási ismeretek oktatási életkora ²	0,12	0,17	28

Terhességmegszakítás

A 15-44 éves nőkre jutó abortuszok aránya	0,67	0,77	24
A terhességmegszakításhoz nem szükséges a szülői beleegyezés ²	0,01	-0,04	33
A művi abortusz költségeinek állami átvállalása ²	0,05	0,26	29

Szexualitás

A szexualitással kapcsolatos társadalmi nyitottság ²	-0,50	-0,51	37
A szexuális élet kezdetének életkora ²	0,30	0,24	34
A koedukált iskolába járó lánytanulók aránya ²	-0,00	0,04	36

Változók	Korreláció		N ³
	18 éven aluli	18-19 éves	
	nők kumulatív kor-specifikus születési arányszámával		

E g é s z s é g ü g y

Az egy orvosra jutó lakosok száma	0,12	0,05	34
Anyai halandóság	0,43	0,51	35
A költségvetés egészségügyi kiadása egy lakosra	-0,13	-0,11	19

O k t a t á s

A középiskolás korú női népességből iskolába járók aránya	-0,13	-0,27	31
A 15-19 éves női népességben belül iskolába járók aránya	-0,20	-0,12	14
A költségvetés oktatási kiadása egy lakosra	-0,44	-0,38	18

T á r s a d a l m i i n t e g r á c i ó

A házasságokra jutó válások aránya	-0,26	-0,27	19
A májzsugorodásban meghaltak aránya	0,34	0,35	34
A 15-24 éves korcsoportban az öngyilkosságok előfordulási aránya	-0,17	-0,15	30
A bevándorlók aránya	-0,35	-0,28	19

Á l t a l á n o s t á r s a d a l m i v i s z o n y o k

A népsűrűség logaritmusa	-0,18	-0,13	35
Az 500 ezer lakosnál nagyobb városok aránya	-0,12	-0,32	34

Változók	Korreláció		N ³
	18 éven aluli	18-19 éves	
	nők kumulatív kor-specifikus születési arányszámával		

A mezőgazdaságban foglalkoztatottak aránya	0,60	0,66	34
Vallásosság	0,66	0,67	13

Foglalkoztatottság

A 15-19 éves gazdaságilag aktív nők aránya	0,28	0,11	15
A 15-19 éves gazdaságilag aktív férfiak aránya	0,11	0,02	15
A gazdaságilag aktív nők aránya	0,22	0,39	33
A 35-44 éves gazdaságilag aktív nők aránya	0,35	0,42	18
A munkanélküliek aránya	0,15	0,16	27

Általános gazdasági viszonyok

Az egy főre jutó bruttó nemzeti termék	-0,51	-0,61	33
A bruttó hazai termék évi átlagos növekedési üteme	-0,16	-0,11	28
A jövedelemkategóriák felső 10%-ába tartozó háztartások aránya	0,06	0,00	14
A jövedelemkategóriák alsó 20%-ába tartozó háztartások aránya	-0,41	-0,14	19

²Az adat nem hivatalos statisztikán, hanem kutatási eredményeken alapszik.

³Az oszlopban szereplő számok azt mutatják, hogy az egyes változók hány országból álltak rendelkezésre.

A táblázat adatai alapján a befolyásoló tényezők két csoportja határozható meg, attól függően, hogy az alacsony, vagy a magas serdülőkori termékenység kialakulásában játszanak-e szerepet. A korrelációs együtthatók értelmezése szerint alacsony serdülőkori termékenység azokban az országokban alakul ki, amelyekben magas az egy főre jutó nemzeti jövedelem, a társadalom nyitott a szexualitás kérdésében, az állam erőfeszítéseket tesz, hogy a fiatalok, nem házasságkötés körében emelkedjen a fogamzásgátlót alkalmazók aránya, a társadalom jövedelem viszonyai relatíve kiegyenlített, az állam jelentős összegeket költ oktatásra, a házasságkötés engedélyhez nem kötött korhatára viszonylag magas, a serdülő korosztályok számottevő hányada részesül fogamzásgátlással kapcsolatos oktatásban, végül a 18-19 éves korcsoport esetében (a 18 éven aluliaknál csak igen kis mértékben) szerepet játszik az urbanizáció mértéke, vagyis alacsonyabb a termékenység, ha a városban lakó népesség aránya magasabb.

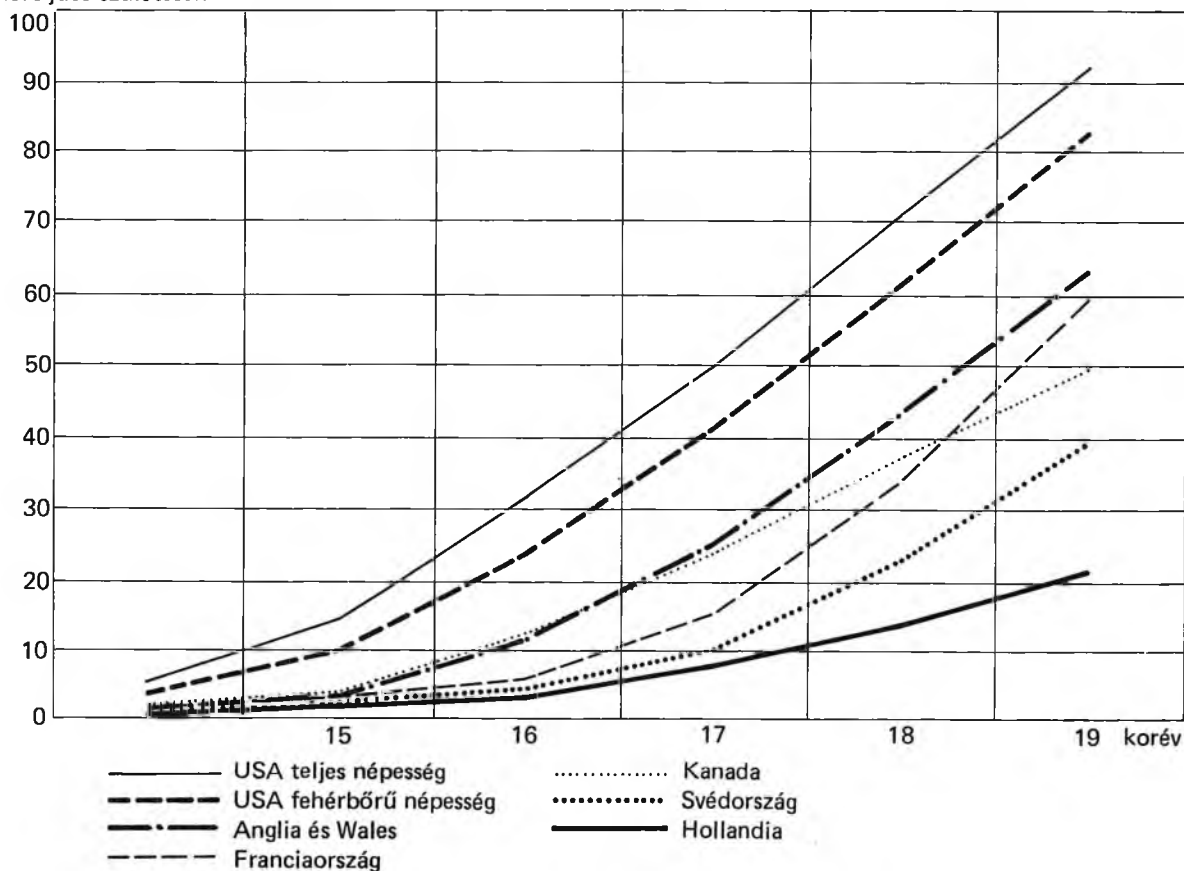
Magas serdülőkori termékenység - a vizsgálat eredményei alapján - nagyobb valószínűséggel jön létre azokban az országokban, amelyekben magas a 15-19 éves korban házasságot kötött nők aránya, magas a terhességmegszakítások aránya, magas a mezőgazdaságban foglalkoztatott népesség aránya, jelentős szerepe van a vallásnak a társadalom életében, az állam széles körű és jelentős kedvezményeket biztosít a gyermekes anyáknak, magas az anyai halandóság, amely mutató az adott ország általánosan kedvezőtlen egészségügyi viszonyaira utal, magas a gazdaságilag aktív nők aránya, a kormány a születéseket ösztönző pronatalista népesedéspolitikát folytat, valamint szerepet játszik az alkoholfogyasztás elterjedtsége és mértéke is (ennek mutatója a májzsugorodásban meghaltak aránya).

A nemzetközi összehasonlító vizsgálat második részét a néhány kiválasztott országra kiterjedő esettanulmányok ké-

pezték. Miután a kutatás alapvetően arra a kérdésre keresett választ, hogy melyek az amerikai magas serdülőkori termékenység magyarázó tényezői, az országokat úgy választották ki, hogy míg gazdasági fejlettség és kulturális háttér tekintetében a kiválasztott országok igen hasonlóak az USA-hoz, addig a fiatalkori terhességek gyakorisági szintje valamennyi országban számottevően alacsonyabb. Mindezek figyelembevételével került öt ország, Anglia, Franciaország, Hollandia, Kanada és Svédország kiválasztásra.

I. A 20 ÉVEN ALULI NŐK SZÜLETÉSI ARÁNYSZÁMAINAK ALAKULÁSA AZ ANYA KORÉVE SZERINT (1981)

1000 megfelelő korú nőre jutó születések



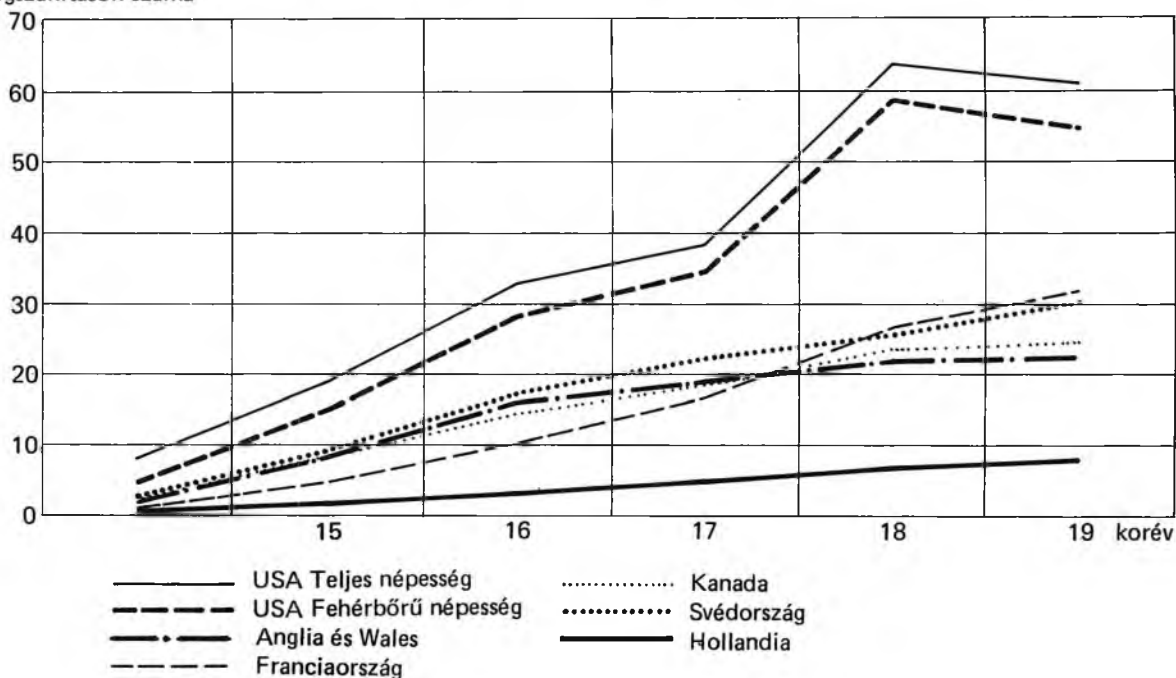
Forrás: E. Jones, J. Forrest, N. Goldman, S. Henshaw, R. Lincoln, J. Rosoff, Ch. Westoff, D. Wulf: Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. International Family Planning Perspectives Volume 17. Number 2. March/April 1985.

Az ábrából kitűnik, hogy a serdülőkorú anyáktól származó születések aránya az USA-ban jelentősen magasabb, mint a vizsgált öt ország bármelyikében. A relatív eltérés különösen az igen fiatal, 15 éven aluli serdülők esetében szembetűnő. A 15 éven aluli nők korcsoportjában gyermekszülés az Egyesült Államokon kívül - a vizsgált országokra vonatkoztatva - csak Kanadában fordul elő, de míg az USA-ban ezer 14 éves lányra 5 szülés esik, addig Kanadában az érték 1 körül mozog. A születési arány a legkedvezőbb, azaz a legalacsonyabb Hollandiában. A holland és az amerikai serdülők eltérő termékenységi magatartását jól mutatja, hogy a holland 19 éves nők termékenységi arányszámai azonosak az amerikai 15-16 éves nők gyakorisági arányszámaival. Az igen alacsony serdülőkori termékenység Hollandia mellett még Svédországra jellemző. Kanadában a legfiatalabb (14-16 éves) korosztályok születési gyakorisága tűnik viszonylag magasnak. A francia termékenységi görbe a legfiatalabb korosztályoknál igen alacsony születési gyakoriságot mutat, de a 17. életév után jelentős mértékű, meredek emelkedés tapasztalható.

A fiatalkori terhességmegszakítások az egyes országokban a termékenységi arányszámokhoz hasonló görbét írnak le.

II. A 20 ÉVEN ALULI NŐK TERHESSÉGMESZAKÍTÁSI ARÁNYSZÁMAINAK ALAKULÁSA KORÉVEK SZERINT (1981)

1000 megfelelő korú nőre jutó terhesség-meszakítások száma



Az ábrából kitűnik, hogy a terhességmészakítások aránya minden korév esetében az Egyesült Államokban a legmagasabb és Hollandiában a legalacsonyabb. A francia adatok az életkorral korreláló abortusz gyakoriságokat mutatnak, de meg kell jegyezni, hogy a 18 éven aluli életkorra vonatkozó francia adatok megbízhatósága erősen megkérdőjelezhető, s így nem zárható ki, hogy a fiatal serdülők esetében a terhességmészakítások a hivatalosan közöltnél nagyobb gyakorisággal fordulnak elő. A termékenységi és a terhességmészakítási arányok leg-

Forrás: E. Jones, J. Forrest, N. Goldman, S. Henshaw, R. Lincoln, J. Rosoff, Ch. Westoff, D. Wulf: Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. International Family Planning Perspectives Volume 17. Number 2. March/April 1985.

inkább Svédországban alakulnak eltérően, ahol az igen alacsony serdülőkori szülések viszonylag magas terhességmegszakítási arányokkal párosulnak (az USA után Svédországban a legmagasabb a serdülők művi abortuszainak az aránya).

A serdülőkori teherbeesések időbeni alakulását tekintve megállapítható, hogy az Egyesült Államok kivételével valamennyi vizsgált országban csökkent a 20 éven aluli nők teherbeeséseinek száma. Az USA-ban a fiatal anyáktól származó szülések száma bizonyos mértékben csökkent ugyan, de a terhességmegszakítások növekedése olyan jelentős mértékű volt, hogy a teherbeesések száma összességében emelkedést mutatott. Ily módon az olló az Egyesült Államok és több fejlett ország között az elmúlt néhány évben még inkább kinyílt, vagyis az USA relatív helyzete a serdülőkori terhességek vonatkozásában tovább rosszabbodott. Meg kell jegyezni, hogy ez a helyzet nem kizárólag az amerikai népesség sajátos etnikai összetételére vezethető vissza, mert - mint az ábrákból kitűnik - a fehérbőrű női népesség születési és terhességmegszakítási arányai is igen magasak, magasabbak, mint a vizsgált fejlett országok bármelyikében.

A serdülőkori terhességek számszerű, statisztikai adatokon alapuló bemutatása után nézzük meg, hogy milyen eltérések és azonosságok tapasztalhatók az egyes országok társadalmi gyakorlatában és a fiatalok magatartásában, amelyek hozzájárulhatnak, illetve magyarázhatják, hogy egyes országokban miért alacsony a serdülőkorból bekövetkezett terhességek aránya.

A tinédzser anyáktól származó születések vonatkozásában az első kérdés, amit meg kell vizsgálnunk, hogy milyen szerepet játszik a tudatos gyermekvállalás a serdülők eltérő ter-

mékenységi magatartásában. Kívánt terhességnek tekinthetjük a házassági családi állapotú anyától származó szüléseket, nem kívánt terhességnek pedig részben a művi abortuszokat, részben a házasságon kívüli szüléseket. A házasságon kívüli szülések nem kívánt terhességekként való kezelése azonban bizonyos mértékig vitatható. Egyes országokban, mint pl. Svédországban a társadalom tolerálja, sőt elfogadja a házasságon kívül, túlnyomó többségében élettársi kapcsolatokból származó szüléseket, s így ott a házasságon kívüli szülések nem minősíthetők egyértelműen nem kívánt terhességeknek. Mint a későbbiekben látni fogjuk hasonló a helyzet Magyarországon is, bár a jelenség kialakulásában más tényezők játszanak szerepet, mint Svédországban. Úgy tűnik azonban, hogy a vizsgált országokban általában - az említett Svédország kivételével - elfogadható a kívánt - nem kívánt terhességeknek az anya családi állapota és a terhesség kimenetele alapján történő kategorizálása. Ebből következik, hogy ha egy országban viszonylag magas a serdülőkorban házasságra lépők aránya, ez önmagában hozzájárulhat a magas fiatalkori termékenység kialakulásához. Az Egyesült Államok esetében valóban, a 15-19 éves házasságos nők aránya magasabb, mint a vizsgált országok bármelyikében.

A következő kérdés, hogy a szexuális élet kezdetének életkora milyen szerepet játszik az eltérő teherbeesési gyakoriságok kialakulásában. Úgy tűnik, hogy az egyes országokban élő fiatal lányok szexuális magatartása nem mutat számottevő eltéréseket. Angliában, Franciaországban és az USA-ban a fiatal lányok többsége általában a 17. és 18. életéve között létesít először szexuális kapcsolatot. Svédországban a nemi élet kezdetének modális életkora a 16. és 17. életév, Kanadában pedig a 18. és 19. életév között van. Mint a svédországi tapasztalatok is mutatják a fiatal korban megkezdett szexuális élet nem vezet okvetlenül serdülőkori teherbeesés-

hez, de feltehető, hogy későbbi életkorban megkezdett nemi élet pozitív hatással lehet a terhességi gyakoriságok alakulására. Valószínűsíthető, hogy a holland tinédzserek igen alacsony termékenységében szerepet játszik, hogy későbbi életkorban létesítenek szexuális kapcsolatot, mint svéd kortársaik, s a viszonylag kedvezőbb kanadai mutatók kialakulásában közrejátszik, hogy a kanadai fiatal lányok többsége csak viszonylag későn, 18 éves kora után kezd nemi életet élni.

A 37 országra kiterjedő nemzetközi összehasonlító vizsgálat eredménye azt bizonyította, hogy az alacsony vagy magas serdülőkori termékenység kialakulásában jelentős szerepet játszik, hogy a társadalom mennyire nyitott, vagy zárt a szexuális élet vonatkozásában, mennyire megszervezett társadalmi szinten a fiatalok szexuális felvilágosítása és a fogamzásgátló eszközök hozzáférhetősége és elterjedtsége. Az esettanulmányban vizsgált hat országban az említett kérdések vonatkozásában a következő eltérések mutathatók ki.

Az alacsony serdülőkori termékenységű Svédországban és Hollandiában a fiatalok szexuális felvilágosítása igen jól megoldott. A fogamzásgátlási ismeretek iskolai oktatását a világon először Svédországban vezették be, s a svéd szakemberek szerint ennek köszönhető, hogy a fiatal lányok terhességmegszakításainak száma 1975 óta jelentős mértékben visszaesett, miközben a többi korcsoportban az abortusz arányok változatlanok maradtak. Hollandiában a fiatalok szexuális felvilágosítása nem az iskolai oktatás keretében történik, hanem a családtervezési központok és a tömegkommunikáció látja el ezt a feladatot. A családtervezési központok és a tömegkommunikáció munkájának hatékonyságát bizonyítja, hogy a holland fiatalok fogamzásgátlási ismeretszintje, kultúrája igen magas.

A többi országban a helyi szervek, iskolák, sőt az egyes tanácsok döntésétől függ, hogy milyen szintű ismereteket oktatnak és milyen életkorban. Franciaországban és Angliában azonban a kormányzati szervek határozottan állást foglalnak a szexuális felvilágosítás szükségessége mellett, s ez ha nem is kényszerrel, de erős ösztönzést jelent az iskoláknak és a családtervezési központoknak, hogy széles körű és megfelelő szintű aktivitást fejtsenek ki. Valamennyi ország gyakorlatától eltér az amerikai helyzet. Az Egyesült Államokban ugyanis a fogamzásgátlási ismeretek oktatásához a szülők beleegyezése szükséges, és jól példázva az amerikai társadalom konzervativizmusát, gyakran éppen a szülők ellenállása miatt hiúsul meg a szexuális élettel összefüggő kérdések iskolai oktatása.

A serdülőkorúak teherbeesési gyakoriságát nagymértékben meghatározza, hogy milyen egy adott országban a fogamzásgátlási eszközök hozzáférhetősége, illetve az alkalmazott módszereknek milyen a hatékonysága. Az amerikai tinédzserek helyzete ebből a szempontból is kedvezőtlennek nevezhető. Míg Hollandiában, Svédországban, Angliában és többé-kevésbé Franciaországban is külön a serdülők számára létesített, az egész országot behálózó családtervezési központok működnek, s e központoknak szigorúan tilos a szülőket tájékoztatni arról, hogy gyermekük mikor és milyen problémával kereste fel a hálózat munkatársait, addig az Egyesült Államokban az orvosok csak szülői beleegyezés esetén írják fel a kiskorú számára a fogamzásgátló tablettát. Bár igaz, hogy az orvosok egy része eltekint a szülő hozzájárulásától, de mégis fennáll a szülő tájékoztatásának veszélye és ez a tény sok fiatal elriaszt attól, hogy a centrumokban dolgozó szakemberektől kérjenek segítséget. Részben az alacsony ismeretszintre, részben az orális eszközökhöz való hozzáférés nehézségeire vezethető vissza, hogy az USA-ban a legalacsonyabb a védekező serdülők

aránya és a viszonylag kevés számú védekező serdülő többsége is nem orális, hanem egyéb, kevésbé megbízható módszereket alkalmaz.

A fiatalkori termékenységet befolyásoló tényezők korrelációs vizsgálatánál láttuk, hogy a szexuális kérdésekben megnyilvánuló társadalmi nyitottság az alacsony serdülőkori termékenység, a zárt, konzervatívabb társadalmi magatartás a magas serdülőkori termékenység kialakulásában játszhat szerepet. A konzervatív társadalmi magatartás háttérében sok esetben az egyház társadalmi súlya, erkölcsi kérdésekben érvényesülő meghatározó szerepe húzódik meg. Bár a vallásosság és a konzervativizmus között nem függvénytörvény a kapcsolat, vagyis nem lehet azt mondani, hogy minden vallásos társadalom, minden vonatkozásban automatikusan konzervatív lenne, de vizsgálati témánk, a serdülőkorúak szexuális magatartását és teherbeesését illetően nagy valószínűséggel állítható, hogy az egyház a fiatal lányok szexuális élete kérdésében konzervatív, helytelenítő, vagy elítélő álláspontot foglal el. Ily módon a vallás közvetve, a társadalom értékítéletének befolyásolásán keresztül hozzájárulhat a serdülőkori teherbeesések nagyobb gyakoriságának kialakulásához. Az egyes konkrét országokat vizsgálva valóban azt tapasztaljuk, hogy az Egyesült Államokban a lakosság számottevő része, ezen belül is elsősorban a közvélemény formálásban szerepet játszó réteg vallásos, míg Hollandiában, Svédországban, Franciaországban és Angliában az egyház társadalmi szerepe kisebb, a vallásos emberek száma alacsonyabb. A vallásosság eltérő mértékének hatását a közgondolkodásra jól bizonyítja, hogy míg egy megkérdezés során a holland lakosság 76%-a volt azon a véleményen, hogy a szexualitás, beleértve a házasságon kívüli sexualitást is, az élet természetes velejárója, az Egyesült Államokban mindössze a lakosság 39%-a képviselte ezt a felvilágosultnak nevezhető

álláspontot, a többség a szexualitás kérdésében igen konzervatív, puritán nézeteket vallott.

Az európai és az amerikai országok közvéleményében élő eltérő normák és értékítéletek tükröződnek az egyes országok kormányzatainak a kérdéssel kapcsolatos politikai gyakorlatában is. A serdülőkorúak terhességeinek kérdését elméleti oldalról valamennyi ország azonos módon ítéli meg, azt az álláspontot képviselve, hogy a fiatalkorú nő szülése vagy abortusza nem kívánatos sem az egyén, sem a család, sem a társadalom szempontjából. A megelőzés gyakorlati megvalósítását illetően azonban már eltérőek a vélemények. Míg az európai társadalmakban elfogadják a fiatalok jogát a szexuális élethez és a segítségnyújtást a teherbeesés megelőzésére koncentrálnak, addig az Egyesült Államokban elítélve a tizenéves korban megkezdett szexuális életet a serdülőket a szexuális kapcsolatoktól akarják visszatartani, s így a terhesség megelőzésének kérdése másodlagos lesz, megoldása pedig ellentmondásos.

Meg kell azonban jegyezni, hogy egy társadalmi konszenzus létrejöttét és a központi akarat érvényesítését az Egyesült Államokban és Kanadában megnehezítik ezen országok szövetségi rendszere és az egyes tagállamok viszonylagos belpolitikai önállósága. Az európai államokban az országok kisebb földrajzi nagysága megkönnyíti, hogy egyes, a társadalom számára fontos kérdésekben közmegegyezés alakuljon ki, a hatalom és az irányítás központosított szervezete pedig lehetővé teszi, hogy az állam a társadalom akaratának érvényt tudjon szerezni.

Összefoglalva tehát a nyugat-európai tapasztalatok alapján levonható tanulságokat megállapítható, hogy a serdülőkori terhességek csökkentése alapvetően a fiatalok körében végzett

széles körű felvilágosító munka és a hatékony fogamzásgátló eszközök hozzáférhetőségének biztosítása útján érhető el. Mindenesetre a nyugat-európai országokban ezek a módszerek eredményre vezettek, s így feltételezhető, hogy más országok - így az Egyesült Államok - számára is járható utat jelentenek a fiatalkori teherbeesések gyakoriságának visszaszorítására. A módszer eredményes alkalmazásának előfeltétele, hogy társadalmi szinten többé-kevésbé egységes álláspont alakuljon ki a tizenévesek szexuális jogait illetően, s amely álláspontot aztán a kormánypolitikának következetesen érvényesítenie kell. Ennek az álláspontnak a lényege, hogy el kell fogadni a fiatalok jogát a nemi élethez, és moralizálás helyett inkább a terhességek megelőzésének kérdésében kell számukra hatékony segítséget nyújtani.

A nemzetközi összehasonlító vizsgálat főbb eredményeivel megismerkedve az olvasóban talán felvetődik az a kérdés, azonkívül, hogy képet kapott a serdülőkori terhességek alakulásáról néhány fejlett ipari országban, indokolt volt-e az amerikai tizenévesek terhességeivel ilyen részletesen foglalkozni. A következő fejezetekben azonban látni fogjuk, hogy a magyar fiatal nők szexuális magatartása, teherbeesési gyakorisága igen sok azonosságot mutat az amerikai serdülőkével. Annak ellenére, hogy az Egyesült Államok és Magyarország a gazdasági fejlettség, társadalmi-politikai felépítés, történelmi és kulturális háttér szempontjából igen különbözik egymástól, mégis a fiatalkori terhességeket előidéző okok struktúrája igen sok azonosságot mutat. Ebből következik, hogy a magyar serdülők teherbeesési magatartásának vizsgálatánál építeni kell a nemzetközi összehasonlító vizsgálat megállapításaira is, beleértve azokat a módszereket, amelyek a nyugat-európai országokban a fiatalkori terhességek visszaszorításánál eredményre vezettek.

II. A SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON

1. A nyugat-európai és a magyar serdülők eltérő demográfiai magatartásának jellemzői és okai

A magyar serdülők termékenységének és terhességmegszakításainak alakulását vizsgálva először nézzük meg, hogy milyen azonosságok és eltérések tapasztalhatók a magyar és a nyugat-európai fiatal nők teherbeesési magatartását és gyakoriságát illetően.

Az első probléma amivel foglalkozni szeretnék, a korhatár kérdése, vagyis, hogy a demográfiai magatartás szempontjából hány éves korig tekinthetünk egy fiatal lányt serdülőnek?! A fiatalkori terhességek kérdésével foglalkozó külföldi szakirodalom serdülőnek a 20 éven aluli korcsoportot nevezi, vagyis a tinédzserkori terhességek kutatását a 15-19 éves női népességre vonatkoztatva végzi. Néhány esetben előfordul, hogy a 20 éven aluliak korcsoportján belül két további kategóriát is megkülönböztetnek, úgymint az "igen fiatal serdülőnek" nevezett 14-17 évesek, illetve a 18-19 évesek alcsoportját. Ez a módszertani finomítás azonban nem kérdőjelezi meg azt a megállapítást, hogy a serdülőkor felső határa Nyugat-Európában és az USA-ban a 20. életév alatt, vagyis a betöltött 19. életévnél húzható meg. Kérdés, hogy igaz-e ez a magyar fiatalkorú női népességre vonatkozóan is, demográfiai viselkedés szempontjából hány éves korig tekinthetünk Magyarországon egy fiatal nőt serdülőnek. Hangsúlyozni szeretném, hogy a korhatár kérdését kizárólag demográfiai - elsősorban termékenységi - magatartás szempontjából vizsgálnám, eltekintve a serdülőkor befejeződésének pszichológiai és szociológiai kritériumaitól.

A téma vizsgálatát három mutató összehasonlító elemzése alapján kívánom bemutatni. E három mutató:

- a 15-19 éves nők esetében az élveszületések aránya az összes terhességeken⁴ belül,
- ezer 15-19 éves nőre jutó terhességek száma,
- ezer 15-19 éves nőre jutó élveszületések száma.

A fenti arányszámok alapján felvázolható, hogy milyen eltéréseket, illetve azonosságokat mutat az egyes nyugat-európai országokban és Magyarországon a fiatalok teherbeesési valószínűsége - a fogamzásgátlási gyakorlat, illetve a szexuális magatartás különbözőségeire visszavezethetően - és a bekövetkezett terhességeknek hogyan alakul a megszakítási és kihordási aránya.

2. A 15-19 éves női népesség terhességi, élveszületési és terhességmegszakítási arányainak alakulása

Ország	Év	Élveszületések az összes terhességek százalékában	Terhességek száma 1000 nőre	Élveszületések száma 1000 nőre
Anglia	1975	71,7	50,9	36,5
	1980	66,0	46,8	30,9
Dánia	1975	51,8	51,7	26,8
	1980	43,1	41,6	16,1

⁴Az összes terhességeken az élveszületések és a művi abortuszok számának összege értendő, amely ily módon valamivel alacsonyabb (a halvaszületések és a spontán vetélések számadatainak hiánya miatt) a tényleges terhességszámnál, de a nyugat-európai helyzetet bemutató tanulmány (F. Höpflinger) a terhességeket ily módon veszi számba, s az összehasonlítás biztosítása érdekében a jelen tanulmánynál is ugyanezt a módszert alkalmaztuk.

folytatás

Ország	Év	Élveszüle- tések az összes terhességek százalékában	Terhessé- gek száma 1000 nőre	Élveszü- letések száma 1000 nőre
Finnország	1975	56,6	48,6	27,5
	1980	49,7	38,0	18,7
Franciaország	1977	71,6	31,0	22,2
	1979	65,7	27,7	18,2
Norvégia	1977	56,4	57,3	32,3
	1980	53,3	47,1	25,2
NSZK	1977	87,6	20,1	17,6
	1980	76,8	19,6	15,1
Svédország	1971	67,4	51,3	34,6
	1980	42,5	37,1	15,8
Magyarország	1971	58,2	86,5	50,3
	1975	73,3	98,3	72,1
	1980	72,5	93,7	68,0
	1983	67,8	73,6	53,3

A 2. számú táblázatból kitűnik, hogy a magyar 15-19 éves női népesség termékenységi magatartása, terhességi és élveszületési arányai jelentős mértékben eltérőek a nyugat-európai országokétól, számottevően meghaladják a legmagasabb terhességi és élveszületési arányt mutató országok értékeit is. A terhességek kimenetelét tekintve hazánk Angliához, Franciaországhoz és az NSZK-hoz hasonlít, vagyis a terhességek 60-70%-a élveszületéssel végződik. A teherbeesési és az élveszületési arány azonban 1980-ra vonatkozóan mintegy kétszerese a legmagasabb élveszületést és teherbeesést mutató angliai adatoknak. A magyarországi 20 éven aluli nők kiugróan magas termékenysége nemcsak a nyugat-európai országok viszonylatában igaz. A hagyományosan magas termékenységű dél-európai országokban sem találunk a magyarországiéhoz hasonló magas értéket. 1980-ban a 15-19 éves nők élveszületési aránya Spanyolországban 26,4%,

Olaszországban 23,0%, Portugáliában 41,4%, és Görögországban 51,2% volt, míg a termékenységi magatartás szempontjából hazánkkal sok hasonlóságot mutató Ausztriában 35,2%.

A magyarországi helyzet okait kutatva a 15-19 éves nők korcsoportját két alcsoportra, úgymint a 15-17 évesek és a 18-19 évesek korcsoportjára bontottuk és megnéztük, hogy hogyan alakulnak a fenti arányszámok a két korcsoportnál külön-külön.

3. A teherbeesések, élveszületések és a terhesség-megszakítások arányának alakulása Magyarországon
1971-1983 között

Év	15-17 éves nők esetében			18-19 éves nők esetében		
	élveszü- letések az összes terhes- ségek %-ában	terhesség- gek szá- ma 1000 nőre	élveszü- letések száma 1000 nőre	élveszü- letések az összes terhes- ségek %-ában	terhesség- gek szá- ma 1000 nőre	élveszü- letések száma 1000 nőre
	1	2	3	1	2	3
1971	52,5	37,7	19,8	60,0	167,2	100,8
1973	55,0	42,4	23,3	59,5	164,7	98,1
1975	65,8	46,4	30,6	76,0	162,6	123,5
1978	66,2	53,5	35,3	76,5	163,7	125,2
1980	64,6	50,7	32,8	76,3	155,8	118,8
1983	59,7	43,4	25,9	72,0	135,5	97,6

A 15-17 évesekre vonatkozó magyar adatokat összevetve a 2. sz. táblázatban szereplő nyugat-európai adatokkal azt tapasztaljuk, hogy e korcsoport termékenységi és teherbeesési magatartása belesímül a nyugat-európai országok 15-19 éves

korcsoportjára kiszámított mutatóinak sorába. Kitűnik azonban az is, hogy a legnagyobb azonosság még így is a magas teherbeesési és élveszületési arányt felmutató Anglia vonatkozásában áll fenn oly módon, hogy az 1980-ra vonatkozó magyar értékek, mind az ezer nőre jutó terhességeket, mind az ezer nőre jutó élveszületéseket tekintve magasabbnak bizonyulnak. Mindhárom magyar adatsor (1., 2., 3. oszlop) egy növekvő, majd egy csökkenő görbét ír le 1971 és 1983 között, s miután a fiatalok teherbeesési gyakorisága az említett időszakban 15%-kal nőtt, a bekövetkezett terhességeket mintegy 14%-kal többen szülik meg 1983-ban, mint 1971-ben. Ez önmagában a vizsgált periódus végére közel 30%-os élveszületési többletbe vezet a fiatalok anyák körében.

Feltételezhető, hogy az 1970-es évek eleji, 37%-os nem túl magas arány (azonos az 1980-as svéd értékkel) elsősorban arra vezethető vissza, hogy a serdülők még kisebb gyakorisággal létesítettek szexuális kapcsolatot. A szexuális hullám magyarországi jelentkezésével párhuzamosan nő a tinédzserek körében a nemi kapcsolatok és érintkezések száma, de ezt a szabadosabb életvitelt még nem kíséri egy felvilágosult születésszabályozás. Az 1980-as évek elejére csökkenő teherbeesési arányok már egy viszonylag hatékonyabb fogamzásgátlási gyakorlatot tükröznek.

A 18-19 éves nők teherbeesési és termékenységi magatartása sok vonatkozásban eltér a 15-17 éves serdülőkétől. Az eltérés egyfelől a nagyságrendekben jelentkezik. A 18-19 éves női népesség terhességi és élveszületési arányai mintegy 3-4-szerese a 15-17 éveseknek. Ha a 18-19 éveseket a 20-24 éves korosztályhoz viszonyítjuk, akkor azt tapasztaljuk, hogy termékenységi és teherbeesési magatartás szempontjából a 18-19 éves női népesség inkább a 20-24 éves korosz-

tállyal analóg. A másik eltérés a 15-17 évesek, illetve a 18-19 évesek között az adatok időbeni alakulásának tendenciájában mutatkozik. Az 1000 megfelelő korú nőre vetített terhességek száma a 18-19 éves női népességnél 1971-től folyamatos, mintegy 19%-os csökkenést mutat. Vagyis azt bizonyítja, hogy a tudatos születésszabályozás e korosztályra - éppúgy, mint a női népeség egészére - már a 70-es évek elején jellemző volt, s a fogamzásgátlás hatékonysága folyamatosan növekedett. A 18-19 éves anyák élveszületéseinek aránya szintén globális születési arányok mozgását tükrözi: az 1974-es népesedéspolitikai intézkedések hatására mintegy 26%-kal megemelkedik, majd a 80-as évek elejére jelentősen lecsökken, s 3%-kal marad alatta az 1971-es értéknek. A megszakított terhességek aránya 1973 és 1975 között jelentősen csökken, majd ezen a 24% körüli szinten stabilizálódik.

Összefoglalva tehát megállapítható, hogy Magyarországon a 15-19 éves női népesség teherbeesési és termékenységi magatartása jelentős mértékben eltér a nyugat-európai (és a dél-európai) országok azonos korú női népességének teherbeesési és termékenységi magatartásától. Ezen eltérés elsősorban arra vezethető vissza, hogy a 18-19 éves női népesség hazánkban nem serdülőkorú demográfiai jellemzőket mutat, hanem inkább a felnőtt női népességre érvényes termékenységi magatartásformát. A serdülőkori termékenységi mutatók érvényessége Magyarországon a 15-17 éves korcsoportra korlátozódik, vagyis hazánkban e korcsoport teherbeesési és termékenységi magatartás szempontjából azonos az európai országok többségének 15-19 éves női népességével. Ebből azonban az a következtetés is levonható, hogy hazánkban a serdülőkor demográfiai szempontból korábban zárul le, vagyis nem a 20. hanem a 18. életévvél.

Felvetődik rögtön a kérdés, hogy mi az oka ennek az eltérésnek, mi az oka annak, hogy a 15-19 éves női népesség Nyugat-Európában, illetve Magyarországon ennyire eltérő termékenységi magatartást mutat. A magyarázat véleményem szerint az érintett népességcsoport házasságkötési szokásainak regionális eltéréseiben keresendő. A következő táblázat a 15-19 éves női népességen belül a házas családi állapotúak arányát mutatja be néhány európai országban, egyben feltüntetve a házasságkötés engedélyhez (szülői; gyámhatósági) kötött alsó korhatárát is.

4. Házas nők aránya a 15-19 éves női népességen belül, és a házasságkötés engedélyezésének alsó korhatára 1981

Ország	Házas nők aránya a 15-19 éves női népességen belül (százalék)	A házasságkötés szülői engedélyhez kötött korhatára nő/férfi
Anglia	4,5	16/16
Ausztria	4,4	14/18
Csehszlovákia	7,9	18/18
Dánia	0,9	18/18
Finnország	2,0	17/18
Franciaország	4,6	15/18
Lengyelország	4,5	16/18
NDK	4,8	18/18
NSZK	3,1	16/16
Magyarország	14,0	14/16
Spanyolország	4,7	16/18
Svédország	0,7	18/18

A táblázat adatai egyértelműen tükrözik, hogy nemcsak hazánktól nyugatra, de északra és délre is lényegesen alacsonyabb a 15-19 éves női népességen belül a már házasságot kötöttek aránya. A fiatal korban kötött házasságok magas aránya nemcsak a viszonylag fiatal engedélyezési korhatárral kapcsolatos (a jogi szabályozás inkább a tényleges gyakorlatot követi és legalizálja), hanem elsősorban a magyar nupcialitás életkori sajátosságaiban még mindig fellelhető nem-európai jellegzetességeivel magyarázható. Az első házasságkötések modális életkora hazánkban a múlt század hagyományait őrzi, s a legtöbb nő 19 éves kora körül megházasodik. Feltételezhető tehát, hogy a magyar népességre jellemző korai házasodás magyarázza hazánk és Európa nyugati régiója között a 15-19 éves női népesség esetében tapasztalt jelentős termékenységi különbségeket. A magyar nupcialitásnak az európaiaktól eltérő korstruktúrája, a 20 éves kor alatt megkötött házasságok magas aránya ismételten alátámasztja a serdülőkor felső határával kapcsolatos korábbi megállapítást, vagyis, hogy a nyugat-európai régióktól eltérően serdülőkorúnak, tinédzsernek Magyarországon - demográfiai szempontból - csak a 18. életévet be nem töltött fiatal nő tekinthető.

A magyar 18 éven aluli női népesség teherbeesési magatartását összefoglalóan úgy jellemezhetjük, hogy ezer serdülő nőből 30 esik teherbe 18. életévének betöltése előtt, ebből tizenhét megszüli gyermekét és tizenkettő megszakíttatja terhességét. A teherbeesési arány az életkor emelkedésével párhuzamosan nő, és a 17 éves korosztályban ezer serdülő közül már nyolcvan a teherbeesettek aránya. Érdekes módon ugyanakkor a szülési és a terhességmegszakítási arány független a serdülő életkorától, más szóval a teherbeesett 14 évesek közel azonos arányban döntenek a szülés, illetve a művi abortusz mellett, mint 17 éves sorstársaik.

2. Fiatalkorú anyáktól származó születések alakulása. A magyar mutatók a nemzetközi összehasonlítás tükrében

Az előzőekben már többször történt utalás arra, hogy a magyar serdülők termékenysége nemzetközi viszonylatban magasnak nevezhető. Ezt a megállapítást azonban a fejlett nyugat-európai országokkal való összehasonlítás alapján tettük, s ezért szükséges lenne megvizsgálni, hogy igaz-e ez egy szélesebb, több országot felölelő nemzetközi összehasonlításban is, más szóval milyen helyet foglal el Magyarország a serdülőkorúak termékenységét illetően, az országok rangsorában. Az összehasonlítás során nem szorítkozhatunk a magyar termékenységi adatok alapján elfogadott 18 éves felső korhatárra, miután egyes országokra vonatkozó adatok a nemzetközi terminológiában használatos serdülőkorúakra, vagyis a 20 éven aluliakra állnak rendelkezésre. Azonban ahol erre mód van, megkülönböztetjük a 14-17 éves ún. fiatal serdülők csoportját a 18-19 évesek csoportjától.

5. A serdülőkori termékenység nemzetközi alakulása
1971 és 1979/80 között

Országok	14-19 éves serdülők teljes termékenysége ⁵		14-17 éves serdülők teljes termékenysége 1979/80	A 14-17 évesek termékenysége a teljes serdülőkori termékenység %-ában	Serdülőkori termékenység az egész női népesség termékenységének %-ában	A serdülőkori termékenység %-os változása 1971 és 1979/80 között	A 15-49 éves női népesség termékenységének %-os változása 1971 és 1979/80 között
	1971	1979/80					
	1	2	3	4	5	6	7

I . csoport

Belgium	164	117	26	22	7	-29	-23
Dánia	145	84	16	19	5	-42	-24
Finnország	149	94	18	19	6	-36	-3
Hollandia	112	46	10	22	3	-59	-32
Írország	100	113	23	21	3	13	-19
Olaszország	143	117	28	24	7	-18	-28
Japán	21	17	2	13	1	-17	-19
Luxemburg	163	82	22	26	5	-50	-24
Svájc	108	48	8	17	3	-55	-27

II . csoport

Anglia	254	157	41	26	8	-38	-20
Ausztrália	271	145	45	31	7	-47	-33
Ausztria	286	179	41	23	11	-38	-24
Franciaország	191	125	25	20	6	-34	-21

Forrás: Ch. Westoff, G. Calot, A. Foster Teenage Fertility in Developed Nations: 1971-1980.
International Family Planning Perspectives Volume 9. Number 2,
June 1983.

⁵A teljes termékenység az egy korévekre kiszámított termékenységi mutatók összegzését jelenti.

folytatás

Országok	14-19 éves serdülők teljes termékenysége ⁵		14-17 éves serdülők teljes termékenysége	A 14-17 évesek termékenysége a teljes serdülő-kori termékenység %-ában	Serdülő-kori termékenység az egész női népesség termékenységének %-ában	A serdülő-kori termékenység %-os változása 1971 és 1979/80 között	A 15-49 éves női népesség termékenységének %-os változása 1971 és 1979/80 között
	1971	1979/80	1979/80				
	1	2	3	4	5	6	7

Izland	372	289	88	30	12	-22	-15
Kanada	208	140	46	33	8	-33	-21
NDK	309	253	39	15	13	-18	6
Norvégia	232	128	29	23	7	-45	-31
NSZK	228	102	21	23	7	-55	-25
Svédország	170	83	15	19	5	-51	-14
Új-Zéland	351	194	64	33	9	-45	-35
USA (fehérbőrű nép.)	274	221	71	32	13	-19	-19
USA (teljes nép.)	333	266	101	38	14	-20	-11

I I I . c s o p o r t

Csehszlovákia	222	265	40	15	12	20	- 2
Görögország	185	269	80	30	12	45	- 2
Lengyelország	207	225	40	18	10	9	2
Magyarország	267	342	103	30	18	28	- 1
Portugália	162	210	59	28	10	30	-25
Románia	321	352	100	28	14	9	- 9
Spanyolország	78	133	37	28	5	70	-12

I V . c s o p o r t

USA (feketebőrű nép.)	715	515	237	46	23	-28	-22
-----------------------	-----	-----	-----	----	----	-----	-----

Az I. csoportba tartozó országokat - ide tartozik a nyugat- és észak-európai országok egy része, valamint Japán - igen alacsony serdülőkori termékenység jellemezte már a 70-es évek elején és azóta a serdülőkori termékenység tovább csökkent (Írország kivételével). A II. csoportba tartozó ugyancsak nyugat- és észak-európai országokban, továbbá Ausztráliában, Kanadában és az USA-ban (feketebőrű népesség kivételével) a mérsékelt színvonalú serdülőkori termékenység, amely 1971-ben jellemző volt, az évtized végére csökkenést mutatott. A III. csoportba kelet- és dél-európai országok tartoznak - ide sorolható Magyarország is -, amely csoportra az jellemző, hogy a 70-es évek elején még mérsékelt vagy alacsony színvonalú serdülőkori termékenység 1979/80-ra - egyes országok esetében igen jelentős mértékben - megemelkedett. Végül a IV. csoportba tartoznak az amerikai feketebőrű tizenéves lányok, akiknél a termékenységi arányszámok a vizsgált tíz éves időszak alatt csökkenést mutatnak ugyan, de a termékenység színvonala mind 1971-ben, mind 1979/80-ban olyan kiugróan magas, hogy nem sorolható az I. vagy a II. csoportba vagyis azokba a csoportokba, amelyekben a változás csökkenő irányú volt.

Az I. és a II. csoportba tartozó országok túlnyomó többségére - Írország, Japán és Olaszország kivételével - jellemző továbbá, hogy a serdülőkori termékenység nagyobb mértékben csökkent (6. oszlop), mint a propagatív korú teljes női népesség termékenysége (7. oszlop). Ezzel szemben a III. kategóriájú országok esetében a csökkenő teljes termékenység párosult egy emelkedő serdülőkori termékenységgel. A legszélsőségesebb példa Spanyolország, ahol a 14-19 éves serdülők termékenysége 70%-kal emelkedett, míg a női népesség egészében a termékenység 12%-kal csökkent. Hasonló megállapítás tehető Portugália vonatkozásában is.

Magyarországon a 20 éven aluli nők termékenysége tíz év alatt 28%-kal emelkedett, mialatt az egész női népességre vetített teljes termékenységi arány 1%-kal csökkent. A táblázat nem tartalmazza a fiatal, 18 éven aluli serdülők termékenységében bekövetkezett százalékos változást. Magyarországon a 18 éven aluli serdülők termékenysége az előbb említett 28%-os arányt jóval meghaladó mértékben, 1971 és 1980 között 68%-kal emelkedett. Más szóval a 20 éven aluliak nagyobb termékenysége döntően a 14-17 éves korosztály termékenységnövekedésére vezethető vissza. Ezt a korosztályt a nemzetközi szakirodalom a serdülőkön belül mindig megkülönböztetve kezeli, kiemelve, hogy bár a 20 éven aluli serdülő anyák szülései általában nemkívánatos és megelőzendő események, de a 18 éven aluli fiatal nők esetében a gyermekvállalás különösen nagy veszélyekkel, az egyénre és a társadalomra nézve még fokozottabban káros következményekkel jár. Magyarországon ugyanakkor éppen ennek a korcsoportnak a termékenysége mutat számottevő emelkedést, és ha megnézzük az 5. sz. táblázat 3. oszlopát kitűnik, hogy Magyarországot a vizsgált 29 ország közül a 18 éven aluliak termékenységét tekintve csak az USA-ban élő feketebőrű népesség előzi meg. A magyarországival közel azonos a 18 éven aluli fiatal nők termékenysége az Egyesült Államokban (fehér- + feketebőrű népességre vetítve) és Romániában. A többi országban az igen fiatal serdülők termékenysége nagyságrendekkel kisebb.

Az USA-ra vonatkozó adatok alapján megállapítható, hogy bár a feketebőrű népesség körében a serdülőkori szülések előfordulási gyakorisága lényegesen magasabb, mint a társadalom többi csoportjánál, de a serdülőkori termékenység korántsem tekinthető kizárólag a feketebőrű népességet érintő - a korábbi biológiai érettséggel, eltérő érték- és normarendszerrel, szokásokkal magyarázható - problémának.

Az Egyesült Államok fehérbőrű népességénél is magas az igen fiatalon, 18. életévük betöltése előtt gyermeket szült tinédzserek aránya, s csak a fehérbőrű népesség termékenységi arányait tekintve is a vizsgált országok rangsorának 5. helyét foglalja el.

Az 5. sz. táblázat 4. oszlopa a 18 éven aluli serdülők termékenységi arányát mutatja a teljes serdülő termékenységen belül. Magyarország ismét az első negyedben található, vagyis azon országok csoportjában - USA, Kanada, Ausztrália, Izland, Görögország -, amelyekben az igen fiatal serdülők termékenysége a teljes serdülőkori termékenységnek viszonylag jelentős részét, mintegy 30-38%-át jelenti.

A fiatal nők teljes termékenységi arányszámait bemutató nemzetközi összehasonlítás egyértelműen bizonyítja, hogy Magyarországon a 18 éven aluli serdülők termékenysége kedvezőtlenül magas és az egész női népesség csökkenő termékenységén belül részaránya növekvő tendenciájú.

Bár a II. 1. pontban ismertetett elemzés értelmében a serdülőkor felső határát Magyarországra vonatkoztatva a 18. életévben határoztuk meg, s ezzel eleve leszűkítettük a nemzetközileg alkalmazott serdülőkor fogalmát, mégis a 18 éven aluli női népesség csoportját sem kezelhetjük homogén kategóriaként. A fiatalkori gyermekvállalás társadalmi és egészségügyi következményei szempontjából nem közömbös ugyanis, hogy milyen a 18 éven aluli nők termékenységének konstrukurája, vagyis, hogy a születések milyen arányban származnak 14, 15, 16 vagy 17 éves anyáktól.

6. Élveszületési arányszámok az anya koréve szerint és a teljes termékenységi arányszám alakulása

Év	-14	15	16	17	18	19	15-49	Teljes termékenységi arányszám
	1000 megfelelő korú nőre jutó élveszületés							
1957	1,2	3,7	16,0	42,3	87,3	132,8	66,8	2,27
1958	1,1	3,9	14,6	43,5	83,5	132,9	63,5	2,16
1959	1,3	4,5	15,6	41,0	83,5	123,9	60,6	2,07
1960	1,1	4,2	16,2	40,5	81,7	123,0	58,9	2,01
1961	1,2	4,1	14,3	39,8	77,6	122,9	56,6	1,93
1962	1,3	3,3	11,0	35,6	71,0	108,6	52,5	1,80
1963	1,2	3,3	10,3	29,5	64,9	109,6	53,4	1,81
1964	1,2	3,6	11,6	31,1	64,2	106,6	53,2	1,80
1965	1,1	3,9	12,1	32,9	66,1	108,0	53,2	1,84
1966	1,1	3,9	13,9	34,4	69,7	116,3	54,5	1,87
1967	1,3	4,5	13,6	37,2	75,2	125,1	57,7	2,00
1968	1,2	4,3	13,8	38,3	80,4	127,3	58,7	2,06
1969	1,4	4,4	14,5	35,8	79,4	140,0	58,1	2,03
1970	2,0	5,0	13,1	37,7	77,7	128,5	56,6	1,96
1971	2,2	5,7	16,0	37,1	77,1	125,7	55,9	1,92
1972	2,2	6,5	17,0	40,3	73,6	127,2	56,9	1,92
1973	2,3	7,1	18,2	41,2	80,1	122,2	58,2	1,94
1974	2,5	7,8	21,8	48,4	87,8	141,4	69,6	2,30
1975	2,9	9,3	24,6	56,0	100,6	144,1	72,8	2,38
1976	2,5	9,4	28,0	56,9	107,5	149,0	69,0	2,26
1977	2,6	10,4	27,9	64,1	103,8	148,0	67,3	2,18
1978	2,8	10,6	29,8	62,9	104,7	145,0	64,1	2,08
1979	3,0	10,1	29,0	64,9	104,4	144,2	61,5	2,03
1980	3,7	9,9	28,9	60,1	100,5	136,0	57,6	1,91
1981	2,6	9,1	26,1	56,2	90,9	131,5	55,7	1,90
1982	2,9	9,2	24,6	52,4	87,2	124,3	52,2	1,89
1983	2,6	9,3	24,2	47,4	79,9	115,4	49,8	1,81
1984	3,0	9,1	26,1	47,0	77,6	111,2	49,0	1,76
1985	2,8	9,7	24,1	47,2	75,5	109,6	51,0	1,85

A táblázat jól mutatja, hogy egy hosszabb, közel 30 éves időtartamot tekintve mind a 20 éven aluli női népesség, mind a teljes női népesség termékenységét erőteljes hullámválzás jellemzi. Míg azonban a teljes női népesség termékenységének fő

irányzata - ha ingadozásokkal is - a csökkenő tendencia, addig a 18 éven aluli serdülő termékenységet alapvetően a növekedés jellemzi. 1985-re a 14-16 éves, igen fiatal anyák termékenységi arányszáma 1957-hez viszonyítva átlagosan 1,8-szeresére nőtt (azaz 80%-kal emelkedett), a 17 évesek esetében a növekedés mértéke kisebb mértékű, mindössze 12%-os volt. A termékenység változásának iránya már a 18-19 éves korosztálynál megfordul és az egész női népességre jellemző trendhez hasonlóan csökkenő tendenciát mutat, s a csökkenés mértéke (16%) közel azonos a teljes termékenységi arányszám esetében - a vizsgált periódus alatt - kimutatható csökkenéssel (19%). A 14-17 éves és a 18-19 éves női népesség termékenységének alapvetően eltérő alakulása - az előbbi korcsoport esetében számottevő emelkedés, az utóbbinál csökkenés tapasztalható - kiegészíti és ismételten alátámasztja azt a korábbi megállapítást, miszerint a 18-19 éves női népesség inkább a felnőtt női népességre jellemző termékenységi magatartást mutat, s így a serdülő életszakasz felső korhatárát a 18. életévnél célszerű meghatározni.

A vizsgált, közel 30 éves időszak alatt a termékenységi csúcs jelentkezése - mind a teljes női népesség, mind az elemzett korévek esetében - a 70-es évek második felére tehető. A termékenységi csúcst követően valamennyi korév esetében megkezdődött az arányszámok csökkenése, de a csökkenés mértéke a serdülő korosztálynál - különösen a 14-16 éveseknél kisebb arányú volt, mint a 18-19 évesek, vagy a teljes női népesség esetében. Az utóbbi néhány év a serdülőkori termékenység bizonyos mértékű stagnálását mutatja.

A serdülőkori termékenység kérdéskörének reális értékelése céljából meg kell azonban jegyezni, hogy a fiatalok anyáktól származó születések abszolút száma nem tekinthető

nagy, vagy jelentős volumenűnek. 1957-ben 4673 szülés származott 18 éven aluli anyától és 1985-ben 5975. Az 1970-es évek második felében, a születési hullámhegynél tapasztalható maximum 7053 kiskorú anyától származó születés volt. A serdülőkori születéseknek az összes szüléseken belüli részaránya azonban folyamatosan emelkedett; 1957-ben 2,8% volt, 1977-ben 4,0% és 1985-ben 4,6%.

Az első probléma, ami a fiatalok anyák születéseinél jelentkezik a legitimitás kérdése. Házasságon kívüli születések a serdülő anyáknál lényegesen nagyobb gyakorisággal fordulnak elő, mint a teljes női népességnél. Az országos 9% körüli aránnyal szemben 30-40% a nem házas családi állapotú anyától származó újszülöttek aránya. Az illegitimitási arány természetesen életkoronként változik, s míg a 14 éves fiatal lányok 90%-a szüli meg gyermekét házasságon kívül, a 17 évesek esetében ez az arány 25-30%-ra csökken. Figyelembe véve azonban a házasságon kívüli gyermekvállalás napjainkig élő negatív társadalmi megítélését és az ebből fakadó konzekvenciákat mind az anyára, mind gyermekére nézve, ez a mintegy egynegyedes arány is kedvezőtlenül magasnak tűnik.

Az iskolai végzettség színvonalát reprezentáló mutatók összehasonlítása is a serdülőkorú anyák hátrányos helyzetét tükrözi. A következő táblázat az elvégzett osztályok átlagos számának alakulását tartalmazza a megfelelő korú teljes női népességre és a gyermeket szült fiatalok anyákra vonatkozóan.

7. Az elvégzett osztályok átlagos száma a teljes körű népességnél és a gyermeket szült anyáknál 1980⁶

Életkor	Az elvégzett osztályok átlagos száma	
	teljes női népességnél	gyermeket szült anyáknál
14	7,46	5,67
15	8,28	6,64
16	8,97	7,31
17	9,62	7,59

⁶Koréves iskolai végzettségi adatok csak a népszámlálásból állnak rendelkezésre, ezért az összehasonlítást az utolsó népszámlálási évre, 1980-ra vonatkozóan tudtuk elvégezni.

Az adatok egyértelműen bizonyítják, hogy a serdülőkorban gyermeket szült nők iskolai végzettsége jelentősen elmarad az adott korosztályban elvárható végzettségi színvonaltól. Másrészt az adatok nem támasztják alá azt a közhiedelmet, hogy a serdülőkori szülés egyik legjelentősebb és általános érvényű negatív hatása a terhesség miatt félbeszakadt iskolai tanulmányokban keresendő. Véleményem szerint ugyanis akkor lehetne a két jelenség között egyértelmű oksági kapcsolatot feltételezni, ha a 14 éves korban szült fiatalok iskolai végzettsége a tapasztaltnál csak jóval kisebb mértékben maradna el az adott korév teljes női népességének iskolai végzettségétől. Az adatok azonban azt mutatják, hogy a fiatalok anyák által elvégzett osztályok átlagos száma még a 16 éveseknél sem éri el azt az értéket, amely a teljes körű 15 éves női népességre érvényes. Azt mondhatjuk tehát, hogy a serdülő-

korban gyermeket szülő anyák többsége olyan, az átlagosnál alacsonyabb iskolai végzettségű népességcsoportból kerül ki, amelynek az iskolai tanulmányai valamilyen okból már korábban megszakadtak. Így tehát a terhesség és a megszületett gyermek jelenthet ugyan törést az anya életpályája szempontjából, de nem tekinthető az iskolai tanulmányok abbahagyása alapvető és elsődleges okának.

A fiatalkorú anyák átlagosan alacsony iskolai végzettségéhez a tanulmányok félbeszakadása mellett hozzájárul az iskolába soha nem jártak viszonylag magas aránya is.

8. Iskolába nem jártak aránya e teljes körű
női népességnél és a gyermeket szült anyáknál
1980

Életkor	Iskolába nem jártak aránya	
	a teljes női népességnél	gyermeket szült anyáknál
14	0,59	6,4
15	0,63	3,7
16	0,74	2,4
17	0,77	1,7

A gyermeket szült fiatalkorú nők között többszörös - egyes korévekben akár hatszoros vagy tízszeres - gyakorisággal fordul elő, hogy a serdülő életében egyetlen osztályt sem végzett és még az iskolai végzettség szempontjából legkedvezőbb helyzetben lévő 17 évesek esetében is több mint kétszer olyan magas az iskolába nem jártak aránya, mint a 17 éves korú teljes női népességben.

Értelemszerű összefüggés áll fent az anyák alacsony iskolai végzettsége és a gazdaságilag aktívak magasabb gyakorisága, továbbá a foglalkozások jellege között. A gyermeket szült fiatalkorúaknak 55% körüli aránya dolgozik, míg a 18 éven aluli női népesség egészében a gazdaságilag aktívak aránya 15-20% között mozog. Az alacsony iskolai végzettség, a szak-képzettség hiánya önmagában behatárolja a fiatal nők által betölthető munkák körét. A kereső anyák több mint 90%-a fizikai - elsősorban szakképzettséget nem igénylő fizikai - munkakörben dolgozik, s nem egész 10%-uk tevékenykedik a szellemi kategóriához sorolható foglalkozásokban.

3. A serdülőkori terhességmegszakítások alakulása Magyarországon

Serdülőkorú terhes esetén a nem házas családi állapotra, az iskolai tanulmányokra és egyéb, a fiatal korral összefüggő okokra visszavezethetően nagyobb valószínűséggel kerül sor a terhesség műtéti úton történő megszakítására. A 18 éven aluli nők és a teljes női népesség terhességmegszakításai 1971 és 1985 között a következőképpen alakultak:

9. A serdülőkori terhességmegszakítások alakulása az anya koréve szerint

Év	14	15	16	17	15-49 éves
	1000 megfelelő korú nőre jutó terhességmegszakítás.				
1971	2,1	4,5	14,8	33,7	69,5
1973	2,2	5,1	14,7	30,8	63,3
1974	1,5	4,9	13,5	24,2	38,1
1975	1,8	6,0	15,4	25,4	36,1
1976	1,7	6,2	16,2	27,3	35,7
1977	1,7	6,1	17,0	29,2	33,8
1978	2,1	6,7	17,7	28,5	31,9
1979	1,9	6,5	17,9	28,1	31,0
1980	2,0	6,0	17,5	30,6	31,4
1981	2,2	6,5	17,0	28,7	30,6
1982	2,1	7,2	17,4	28,4	30,8
1983	2,3	7,3	17,4	29,0	30,8
1984	2,2	8,5	18,7	31,0	32,0
1985	2,0	7,3	17,0	30,1	32,0

A szülési mozgalomnál megfigyelthez hasonlóan itt is ellentétes irányú mozgást tapasztaltunk a serdülők és a teljes női népesség terhességmegszakításainak alakulásában. Míg a 15-49 éves női népességnél a művi abortuszok aránya 1971 és 1985 között igen jelentős mértékben 54%-kal csökkent, addig a serdülő korosztály esetében kisebb mértékű, 2,3%-os növekedés volt tapasztalható. Még kevésbé pozitív a kép az igen fiatal korban végrehajtott művi abortuszok esetében. A 14 éves és fiatalabb korú lányok terhességmegszakításai gyakorlatilag stagnálást, a 15 és 16 éveseké pedig 62%-os, illetve 15%-os növekedést mutatnak. Egyedül a 17 évesek vonatkozásában mutatható ki kedvező tendencia 1971 és 1985 között, ha hullámzásokkal tarkítottan is, de összességében mintegy 11%-os csökkenés.

A következőkben röviden a művi abortuszon átesett fiatalkorúak néhány olyan demográfiai adatát kívánom elemezni, amelyekből következtetések vonhatók le e réteg társadalmi-gazdasági helyzetére, státusára vonatkozóan is. Az iskolai végzettségre, a kereső-eltartott arányra, az osztály és rétegtagozódásra vonatkozó információk értékelhetőbbé, értelmezhetőbbé válnak akkor, ha nem önmagukban, hanem a 18 éven aluli teljes női népességhez, illetve a 18 éven alul gyermeket szült női kontroll csoportjához viszonyítva vizsgáljuk.

A terhességmegszakításon átesett fiatalkorúak iskolázottsági színvonalát jól tükrözi az elvégzett osztályok átlagos számának mutatója.

10. Az elvégzett osztályok átlagos száma a 18 évesnél fiatalabb teljes körű népességnél a terhességmegszakításon átesett és a gyermeket szült nőknél 1980⁷

Életkor	Az elvégzett osztályok átlagos száma		
	teljes női népesség	terhességmegszakításon átesett nők	gyermeket szült anyák
14	7,46	6,45	5,67
15	8,28	7,76	6,64
16	8,97	8,29	7,31
17	9,62	8,35	7,59

⁷Koréves iskolai végzettségi adatok csak a népszámlálásból állnak rendelkezésre, ezért az összehasonlítást az utolsó népszámlálási évre, 1980-ra vonatkozóan tudtuk elvégezni.

Az adatokból megállapítható, hogy a terhességmegszakításon átesett fiatalok iskolai végzettségének színvonala meghaladja ugyan a gyermeket szült anyák iskolai végzettségét, de nem éri el a korosztályra jellemző országos értékeket. A gyermeket szült anyák osztályátlagát meghaladó értékek két összetevőre vezethetők vissza. Egyfelől arra a nyilvánvaló tényre, hogy az iskolába járó serdülő lányok gyermekszülés esetén tanulmányaik félbeszakítására kényszerülnek. A terhesség megszakíttatása esetén azonban nem kényszerülnek ennek a lépésnek a megtételére. A terhességmegszakításon átesett tinédzserek magasabb osztályszám-átlaga tehát részben erre a tényre vezethető vissza. A fiatalok anyák statisztikai adatainak elemzéséből és a későbbiekben ismertetett kérdőíves felvétel adataiból ugyanakkor az is kitűnik, hogy a gyermeket

szült anyák jelentős része nem elsősorban a bekövetkezett terhesség, hanem más egyéb ok miatt szakítja félbe tanulmányait, tehát a terhesség megszakítása helyett a szülés mellett döntő serdülők, eleve egy alacsonyabb iskolai végzettségű népességcsoportból kerülnek ki. A gyermeket szült fiatalkorú anyák és a művi abortuszon átesett serdülők kulturális színvonala közötti különbséget tükrözi az iskolába nem jártak arányának eltérő alakulása. Míg a gyermeket szülteknél életkoronként eltérő mértékben (tízszeres és háromszoros szorzószámok között ingadozva) többszöröse az iskolába soha nem jártak aránya a korosztályra vonatkozó országos értékeknek, addig a terhességüket megszakítók esetében az iskolába nem jártak aránya gyakorlatilag azonos (0,5% - 0,6%) a teljes körű adatokkal.

A 10. számú táblázat adataiból azonban az is kitűnik, hogy a művi abortuszon átesett fiatalkorúak átlagos osztályszáma meghaladja ugyan a gyermeket szült anyák átlagos osztályszámát, de nem éri el a 18 évesnél fiatalabbakra jellemző országos átlagok színvonalát. Miután az eltérés e két népességcsoport között már a 14. életév esetén egy osztály, feltételezhető, hogy ha kisebb mértékben is, de itt is a tanulmányok félbehagyásának problematikájával kerülünk szembe. A későbbi, 15-17 éves életkorban mutatkozó eltérések oka részben a továbbtanulók alacsony arányában, részben feltételezhető, hogy újfent a megszakadt tanulmányokban keresendő. A fiatalkorú terhesség és az iskolai végzettség kapcsolatáról összefoglalóan tehát megállapítható, hogy elsősorban azok a serdülők vannak kitéve a fiatal korban megkezdett szexuális élet következményeinek, a teherbeesés veszélyének, akik alacsonyabb kulturális színvonallal, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

A vizsgált három almintá iskolai végzettségénél tett megállapításokhoz hasonló következtetésekre jutunk, a kereső

tevékenységet folytató fiatalkorúak összehasonlító elemzése alapján is.

11. A 18 évesnél fiatalabb kereső tevékenységet folytató nők aránya 1980 (százalék)

Életkor	A kereső nők aránya az adott korév teljes női népességéhez viszonyítva	A kereső nők aránya az adott korévben művi abortuszon átesettekhez viszonyítva	A kereső nők aránya az adott korévben szültekhez viszonyítva
	1	2	3
14	3,6	11,1	8,1
15	9,8	14,1	28,9
16	19,7	25,3	47,3
17	38,0	34,7	65,4
Összesen	17,5	28,6	54,5

A terhességmegszakításon átesett tinédzserek a kereső tevékenységben való részvétel szempontjából is korosztályuk egészére és a gyermeket szültekre érvényes megoszlási arányok között helyezkednek el. Az eltérés mértéke azonban kisebb az első és második oszlop, mint a második és harmadik oszlop között, vagyis a gazdasági aktivitás vonatkozásában a művi abortusz mellett döntő fiatalkorúak magatartása több azonosságot mutat a korosztályával általában, mint a terhességüket kihordó serdülők csoportjával. Ezt a megállapítást erősíti meg a művi vetélésen átesett fiatalkorúak társadalmi-gazdasági csoportok szerinti megoszlása is. A terhességüket megszakító és kereső tevékenységet folytató fiatalkorúak között - a gyermeket szült anyákhoz viszonyítva - több a szellemi foglalkozású, kevesebb a fizikai és különösen a mezőgazdasági fizikai

foglalkozású; e három foglalkozási főcsoport aránya a korosztályra jellemző országos értékkel teljes azonosságot mutat. Ugyanez a tendencia állapítható meg az eltartó osztály- és rétegtagozódását illetően is. A serdülők azon csoportja, akik a terhesség kihordása helyett a terhesség megszakítását választja eleve kedvezőbb, magasabb kultúrájú társadalmi rétegből kerül ki.

4. A magyarországi magas serdülőkori termékenység kialakulásában közrejátszó általános társadalmi tényezők

A hazánkban mutatkozó magas serdülőkori termékenység okait kutatva térjünk vissza az Alan Guttmacher Intézet-ben végzett kutatás megállapításaihoz. A 37 országra kiterjedő vizsgálat során a serdülőkorú nők kumulatív korszecifikus termékenységi arányszámait és 42 független változó közötti korrelációs együtthatókat kiszámítva meghatározták a magas, illetve az alacsony serdülőkori termékenység kialakulásában szerepet játszó társadalmi-demográfiai tényezőket. Ennek értelmében nagyobb valószínűséggel alakul ki magas fiatalkori termékenység azokban az országokban, amelyekben

- magas a 15-19 éves korcsoportban a házas nők aránya,
- magas a terhességmegszakítások száma,
- magas a mezőgazdaságban foglalkoztatott népesség aránya,
- a társadalom értékrendjére a vallás jelentős hatást gyakorol,
- az állam a gyermekes anyákat jelentős támogatásban és kedvezményekben részesíti,
- az egészségügyi viszonyok kedvezőtlenek,
- magas a gazdaságilag aktív nők aránya,
- a kormány pronatalista népesedéspolitikát folytat,
- magas az alkoholfogyasztás.

Ha most a kérdést úgy fogalmazzuk meg, hogy a magas serdülőkori termékenységet indukáló tényezők mekkora hányada vonatkoztatható a magyar társadalmi-demográfiai viszonyokra, megállapíthatjuk, hogy a fent említett faktorok túlnyomó többsége jellemző és igaz a magyar helyzetre. Mint a II. 1. pontban láttuk a 15-19 éves női népességben belül a házas csa-

ládi állapotúak aránya Magyarországon kiugróan magas, többszöröse a környező, illetve a nyugat-európai országokban tapasztalható értékeknek. A terhességmegszakítások gyakorisága ugyancsak magas Magyarországon és az 1984. évi értékek alapján hazánk mind a száz élveszületésre jutó művi abortuszok számát (66), mind az ezer 15-49 éves nőre jutó terhességmegszakítások számát (32) tekintve az európai "élmezőnyben" foglal helyet. Magyarországon a mezőgazdaságban foglalkoztatott népesség aránya az 1984. évi mikrocenzus adatai alapján 18,6%, ami nemzetközi mércével mérve úgyszintén inkább magasnak minősíthető.

Az előbbi tényezőknél nehezebben definiálható, hogy milyen szerepet játszik a vallás a magyar társadalom életében. A nemzetközi összehasonlító vizsgálat a vallás szerepét a magas serdülőkori termékenység kialakulásában elsősorban abban látja, hogy a vallás a szexualitás kérdésében milyen értéket közvetít a társadalom tagjai felé. Más szóval arra a megállapításra jut, hogy azokban az országokban, amelyekben az egyházak befolyása jelentős, a társadalom a szexuális élettel kapcsolatos kérdésekben konzervatív, elutasító magatartást tanúsít. Ilyen értelemben nézve a magyarországi helyzet hazánk a szexualitással, és elsősorban a serdülőkorúak szexualitásával kapcsolatos kérdésekben igencsak konzervatív országnak nevezhető, ahol a konzervatizmusnak a vallással összefüggő mély gyökerei vannak. Ismeretes, hogy a II. világháború előtt a legjelentősebb politikai és gazdasági hatalommal a katolikus egyház rendelkezett, más szóval a katolicizmus államvallásnak volt nevezhető. A katolikus egyház jelentős befolyásának hatására a szexualitással, a szexuális élettel kapcsolatos kérdéseket a társadalom tabuként kezelte. A házasságon kívüli születeket a társadalom közvéleménye elítélte, s ezt bizonyítják, hogy az ilyen kapcsolatokból született

gyermeket hivatalosan is törvénytelen származásúaknak nevezték. A második világháborút követően, nem függetlenül a katolikus egyház befolyásának csökkenésétől fokozatosan változott, változik a társadalmi magatartás a szexualitás terén és nyíltabbá vált a szexuális élettel összefüggő kérdések tárgyalása. A folyamat azonban igen lassú volt és csak a 70-es évek elejétől, közepétől mondható, hogy a tömegkommunikációban, az irodalomban, a filmekben és a társadalomban általában rendszeressé vált e kérdések felvetése, bemutatása. Ez a nyíltabb légkör csak korlátozottan jellemző a serdülők szexuális kapcsolatainak megítélését illetően. Míg a fiatalok körében a házasságkötés előtti nemi élet egyre általánosabbá és elfogadottabbá válik, a felnőtt társadalom körében megoszlanak a vélemények a kialakítandó álláspontot és a követendő magatartást illetően. Társadalmi szinten általában egységes az álláspont a fiatalkori szexuális élet esetleges következményét, a serdülőkori terheseesést illetően, amennyiben a terhesség bekövetkezésének elkerülését mindenképpen kívánatosnak tekintik. A megelőzés módszereit tekintve azonban megoszlanak a vélemények. A konzervatívabb álláspont hívei elsősorban a fiatalok szexuális életét kívánják korlátozni, abból kiindulva, hogy a serdülőkori terhességekért elsősorban a túl fiatalon megkezdett szexuális élet, a fiatalok szabatos erkölcsi magatartása felelős. A modernebb, vagy úgy is mondhatjuk, hogy a racionálisabb álláspont képviselői a serdülőkorban megkezdett szexuális életet tényként, többé-kevésbé nem befolyásolható adottságként fogadják el, és a terhességek visszaszorítását a fiatalok szexuális nevelésén, a fogamzásgátlási módszerek széles körű terjesztésén és a megfelelő fogamzásgátlási eszközök biztosítása révén kívánják elérni. Anélkül, hogy e vélemények helyességével vagy helytelenségével érdemben foglalkoznák, ismételten visszatérnék az Alan Guttmacher Intézet kutatásának azon megállapítására, amely szerint az amerikai magas serdülőkori

terhességek egyik lényeges oka, hogy a társadalomban nincs egyetértés a fiatal korban megkezdett szexuális élet megítélését illetően. Vagyis az amerikai és a magyar társadalom egyformán ellentmondásos magatartást tanúsít ebben a kérdésben, s míg a tömegkommunikáció, a film és az irodalom meglehetősen szabadon, sőt szabatosan tárgyalja és ábrázolja a serdülőkori szexualitás kérdéseit, az érintett szülők, családok többsége vagy elhárítja magától ezt a problémát, vagy a valóságos élettel össze nem egyeztethető konzervatív nézeteket hirdet. Ilyen összefüggésben a szexualitással kapcsolatban hazánkban tapasztalható ellentmondásos, esetenként konzervatív magatartás hozzájárul a jelentős számú serdülőkori terhességek kialakulásához. (E konzervatív beállítódás meglétét számos hazai szociológiai kutatás is alátámasztja.)

A nemzetközi összehasonlító vizsgálat korrelációs együtthatói alapján magas serdülőkori termékenységet indukál, ha egy adott országban a kormány aktív pronatalista népesedéspolitikát és a gyermekes anyákat széleskörűen támogató szociálpolitikát folytat. Mint ismeretes Magyarországra jellemző mind a születéseket ösztönző aktív népesedéspolitika, mind a gyermekes anyák sokoldalú szociálpolitikai támogatása. További befolyásoló tényező a gazdaságilag aktív nők magas aránya. Hazánkban az aktív korban levő nők 81%-a (beleértve a gyeseen lévő anyákat is) folytat kereső tevékenységet, s ez az arány világviszonylatban is magasnak tekinthető. Ami az egészségügyi viszonyok befolyásoló hatását illeti, azt mondhatjuk, hogy a felsoroltak közül ez az egyetlen olyan tényező, amely hazánkban nem járul hozzá a magas fiatalkori termékenység kialakulásához. A magyar egészségügyi viszonyok a fejlett országokéhoz képest ha nem is jónak, de közepes színvonalúnak mondhatók. A korrelációs vizsgálatban az egészségügyi viszonyok mérésére az anyai halandóság arányszámát alkalmazták, amelynek értéke Magyarországon kedvezően alacsony.

Végül a kutatás eredményei alapján nagyobb valószínűséggel jön létre magas serdülőkori termékenység azokban az országokban, ahol magas az alkoholfogyasztás, illetve magas a jelenség számszerű mérésére használt mutató; a májzsugorodásban meghaltak aránya. Magyarország, mint ismeretes, az egy főre jutó alkoholfogyasztás tekintetében az európai élmezőnybe tartozik és a májzsugorodásban meghaltak aránya is igen magas, tendenciája szignifikánsan emelkedő.

A serdülőkori termékenységet befolyásoló tényezők hatásmechanizmusának matematikai-statisztikai elemzése mellett az említett amerikai vizsgálat a nem-számszerűsíthető tényezők szerepével is foglalkozott. Ezek közül a serdülők fogamzásgátlási ismereteinek, kultúrájának jelentőségét kívánom kiemelni. Megállapították - mint erre a korábbiakban már utaltam -, hogy az Egyesült Államokban tapasztalható magas serdülőkori teherbeesési arány jelentős mértékben éppen a születésszabályozási ismeretek oktatásának esetlegességére, a családtervezési hálózat hiányos voltára és ezzel összefüggésben a fogamzásgátlót alkalmazó fiatalok alacsony arányára vezethető vissza. Ha most a kérdést úgy fogalmazzuk meg, hogy milyen mértékben megoldott a fiatalok fogamzásgátlása Magyarországon, a válasz korántsem lesz megnyugtató. Mert bár igaz, hogy az iskolákban 1974 óta folyik a családi életre nevelés tantárgy keretében a fogamzásgátlási ismeretek oktatása, de a tapasztalati tények alapján úgy tűnik, hogy az ismeretek nem kellő hatékonysággal jutnak el az érintett korosztályhoz. Nem rendelkezünk ugyan számszerű adatokkal a serdülő korosztály szexuális magatartásáról és fogamzásgátlási gyakorlatáról, de a szakemberek tapasztalatai alapján nagy valószínűséggel állítható, hogy a fiatalok fogamzásgátlási kultúrája hazánkban is meglehetősen alacsony színvonalú. Különösen igaz ez a hatékony orális fogamzásgátló eszközök alkalmazását illetően. Miután rendszere-

sen szedendő hormonális fogamzásgátló kiskorúak számára - kivételes esettől eltekintve - nem rendelhető, így az alkalmazható módszerek köre igen leszűkül, illetve azon fogamzásgátló módszerek irányába tolódik el, amelyek részben alacsonyabb hatékonyságúak, részben alkalmazásuk nagyobb fokú tudatosságot, felkészülést igényel. Vagyis a magyar serdülők fogamzásgátlási ismeretszintje és gyakorlata - az amerikai példához hasonlóan - szerepet játszhat a magyar fiatalkori szülések és terhességmegszakítások arányának kialakulásában.

Összefoglalva megállapítható, hogy a nemzetközi összehasonlító vizsgálat eredményei jól adaptálhatók a magyar társadalmi demográfiai viszonyokra, s azok a tényezők, amelyek a fejlett országokban általában a magas serdülőkori termékenység kialakulása irányába hatnak, hazánkban is létezők és társadalmi szinten magyarázzák a magyarországi magas serdülőkori szülések és terhességmegszakítások kialakulását.

III. A SERDÜLŐKORI TERHESSÉGEK EMPÍRIKUS VIZSGÁLATA

A fiatalkori szülések és terhességmegszakítások nemzetközi vonatkozásainak és a népmozgalmi adatokon alapuló magyarországi jellemzőinek - az eddigiekben ismertetett - vizsgálata a kérdéskör több összefüggésére rávilágított. A nemzetközi összehasonlításból kitűnt, hogy hazánkban igen magas a 18 éven aluli serdülők terhességeinek előfordulási gyakorisága, vagyis azon serdülő korosztályé, amelyet a nemzetközi terminológia megkülönböztetően "igen fiatal serdülők"-nek nevez és hangsúlyosan felhívja a figyelmet az e korcsoportban bekövetkező terhességek fokozott veszélyeire. Meggyőződhattünk továbbá arról, hogy a magyarországi magas serdülőkori termékenység hátterében általánosan ható társadalmi-demográfiai okok húzódnak meg, vagyis társadalmi-gazdasági életünk, népesedési helyzetünk egyes mutatói, népesedési- és szociálpolitikai gyakorlatunk szinte predesztinálják hazánkban a magas fiatalkori termékenység kialakulását. A népmozgalmi adatok rávilágítottak a 18 évnél fiatalabb korban szült, illetve művi abortuszon át esett nők néhány alapvető demográfiai jellemzőjére; korstruktúrájára, iskolai végzettségére, gazdasági aktivitására és foglalkozási jellemzőire. A népmozgalmi adatok azonban nem adnak, nem adhatnak választ számos olyan kérdésre, amely lehetővé tenné a serdülőkori terhességek helyzetének és összetevőinek mélyebb, alaposabb megismerését. A nemzetközi mércével mérve magas és nem csökkenő tendenciájú születési és terhességmegszakítási mutatók ugyanakkor igényelték és indokolták a téma részletesebb vizsgálatát, s ezért a KSH Népeségtudományi Kutató Intézetben az Országos Szülészeti Intézettel együttműködésben kérdőíves megkérdezésen alapuló felvételt készítettünk elő a tizenéves korban teherbe esett nők társadalmi, demográfiai, egészségügyi jellemzőinek kutatására.

1. A felvétel célja és módszere

A fiatalkori terhességek főbb társadalmi, demográfiai összetevőit kutatva, vizsgálatunkat a terhesség kimenetele és az anya családi állapota szerint három mintán végeztük, úgy mint:

- terhességüket megszakítottó hajadonok,
- terhességüket kihordó, gyermeket szült házassági állapotú fiatalok,
- terhességüket kihordó, gyermeket szült, nem házassági állapotú fiatalok

mintáján.⁸

Amint az a korábbiakban már bizonyítást nyert a termékenységi magatartás szempontjából a serdülőkor hazánkban a 18. életévvel zárul le, ezért a kérdőíves vizsgálat felső korhatárát 18 éves korban határoztuk meg. Más szóval mintánkba azok a fiatal nők kerültek be, akik 18. életkoruk betöltése előtt gyermeket szültek, vagy művi abortuszon estek keresztül.

⁸A fiatalkorú terhesek csoportjába azok a 18 éven aluli nők is beletartoznak, akiknél a bekövetkezett terhesség spontán abortusszal fejeződött be. A téma teljeskörűségének biztosítása érdekében a felvétel során a spontán abortuszon átesett fiatalokkal is kitöltöttünk kérdőívet. A beérkezett kérdőívek száma 200 db volt. Tekintettel arra, hogy ez az al minta a terhes nő családi állapota, valamint a terhesség tervezett kimenetele alapján (ha nem következik be a spontán abortusz, megszakította volna vagy kihordta volna a terhességet) több kisebb csoportra tagozódik, az alacsony elemszámok nem biztosították volna a válaszok értékelhetőségét, az eredmények megbízhatóságát. Ezért a spontán abortuszon átesett fiatalok kérdőíveinek elemzésétől eltekintünk.

A vizsgálandó témaköröket a terhességmegszakításon átesett hajadonok esetében a demográfiai ismérvek mellett, a családi háttér, a neveltetés körülményei és a szocializációs hatások, a partnerre és a szexuális kapcsolatra vonatkozó információ, a fiatal lányok informáltsága a szexuális életről és a fogamzásgátlásról, védekezési gyakorlat, a terhességmegszakítás melletti döntés szempontjai, a szülői vélemény és magatartás értékelése jelentik.

A terhességüket kihordó, tizenéves korban anyává lett nők helyzete mind egyéni, mind társadalmi szempontból még kedvezőtlenebb. A fiatalkorú anyák többsége nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel, iskolai végzettséggel, s így nemcsak gyermeke megfelelő gondozására nem képes, de gyakran saját iskolai tanulmányai is félbeszakadnak, s a társadalomba való beilleszkedés tekintetében ő maga is, gyermeke is kisebb eséllyel indul. Kilátásai a kapcsolatteremtésre, a megfelelő családi élet kialakítására is csökkennek. Helyzetét tovább rontja, hogy az esetek nagy részében megfelelő támogató családi háttérrel sem rendelkezik, sőt a társadalom, a környezet toleranciáját is nélkülözi. A differenciáltabb társadalmi következmények miatt a szüléssel végződő terhességek társadalmi-demográfiai hátterének és egészségügyi vonatkozásainak feltárása részletesebb, több szempontú vizsgálatot igényel, mint a terhességmegszakításon átesett hajadonok vizsgálati tematikája. Tekintettel azonban arra, hogy a fiatalkorú anyáknál viszonylagosan magas, mintegy egyharmados a házasságon kívüli szülések aránya, célszerűnek tartottuk megkülönböztetni és külön kérdőívvel vizsgálni a szüléskor már házas, illetve nem házas, hajadon családi állapotú anyák csoportját.

A házas fiatalkorú anyáknál meg kell azonban jegyezni, hogy e csoport közel háromnegyede is hajadonként esett teher-

be és a házasságkötésre gyakran csak a terhesség bekövetkezte miatt került sor. Mégis a fiatal nők számára a házasság társadalmi biztonságot, legalizálást jelent, szemben a nem házasokkal, akiknél előfordul, hogy az apát nem is ismerik, vagy a gyermek apjával való kapcsolat már megszűnt és helyzetük a gyermekszülés után mindenképpen jóval kilátástalanabb, a társadalom magatartása is elítélőbb.

Mindkét csoportban vizsgáltuk az alapvető demográfiai ismérvek mellett a serdülő anya családi helyzetét, a neveltetés körülményeit és a szocializációs hatásokat, az életkörülmények egyes jellemzőit (lakás, jövedelem), a gyermek apjára vonatkozó adatokat, az apával való kapcsolat időtartamát és körülményeit. Nem házasok esetében informálódunk az apával való kapcsolat további perspektívájáról, a gyermek elhelyezésével, eltartásával kapcsolatos problémákról. Mindkét csoportnál megnéztük a fogamzásgátlási ismeretek szintjét, a védekezési gyakorlat, a szülés melletti döntés indokait és a gyermekvállalás családi fogadtatását, az érintett szülők véleményét. Kutatási tematikánk részét képezte a tizenéves anya további családi, tanulási, illetve munkavégzési terveinek feltárása is. Végül, de nem utolsósorban feljegyeztük a terhesség és a szülés körülményeit, lefolyását és esetleges szövődményeit, az újszülött néhány legfontosabb egészségügyi és demográfiai paramétereit.

A felvételre 1983 első félévében került sor. Ezen időszak alatt az ország összes szülészeti és nőgyógyászati intézményének kórházi osztályán szülés vagy terhességmegszakítás céljából felvett fiatalkorú nővel az intézmény orvosa vagy vezető védőnője elbeszélgetett és ennek alapján egy általunk összeállított kérdőívet töltött ki. A felvétel lezárásakor a feldolgozható és értékelhető kérdőívek száma a terhességmeg-

szakításon átesett hajadonok esetében 1135, a házas családi állapotú anyáknál 1393, a nem házas családi állapotú anyáknál 950 volt. Talán vitatható, hogy a szülés, illetve művi abortusz utáni időpont, illetve a kórházi körülmények, a kórház légköre alkalmas-e egy ilyen jellegű felvétel lebonyolítására, nem lett volna-e célszerűbb az érintett fiatalokat valamivel később a lakásukon felkeresni. Ezek a kétségek a felvétel előkészítése során bennünk is felmerültek, mégis a körülmények mérlegelése után végül is a felvétel kórházi lebonyolítása mellett foglaltunk állást. A terhességmegszakításon átesett hajadonok otthoni felkeresése éppen az anonymitás követelményeinek a biztosítása miatt teljességgel megoldhatatlan lett volna, nem is szólva arról, hogy - mint utólag kitűnt - sok esetben a szülők nem is tudtak gyermekük művi abortuszáról. Hasonló felvételi problémák jelentkeztek volna azoknál a fiataloknál, akik szülés után lemondtak gyermekükről, illetve azoknál, ahol az anya maga volt állami gondozott. De fenntartásaink voltak a válaszok megbízhatóságát illetően a házas és nem házas fiatal anyák esetében is. A fiatalok túlnyomó többsége ugyanis családi környezetben, saját vagy férje/élettársa szüleivel él és erősen megkérdőjelezhető lett volna, hogy a válaszok milyen mértékben tartalmazzák saját és milyen mértékben a környezet véleményét. Végül egyértelműen a felvétel kórházi lebonyolítása mellett szólt, hogy így a vizsgálat igen fontos egészségügyi szempontjai, a terhességre és a szülés körülményeire, a gyermek születési súlyára, testhosszára és egészségügyi státuszára vonatkozó kérdések szakember által, megbízhatóan kerültek beírásra. Összefoglalva, tisztában voltunk ugyan a kórházi kikérdezés korlátaival, mégis az ellene és a mellette szóló szempontok mérlegelése után e megoldás mellett döntöttünk. Annak érdekében, hogy a serdülőkori terhességek kialakulásában, a szülés vagy a terhességmegszakítás melletti döntésben szerepet játszó szubjektív okok,

környezeti hatások mélyebben feltárhatók legyenek - amelyre sem a kérdőíves felvételi technika, sem a kikérdezést végző orvosok, védőnők szakképzettsége nem biztosít igazán lehetőséget - a DOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján dolgozó pszichológus szakember megbízásunkból, mintegy száz serdülőkorú terhes személyre kiterjedően mélyinterjúkat készített. A mélyinterjúkból nyert megállapítások beépültek a kérdőíves felvétel adatainak értékelési anyagába.

A felvétel technikai vonatkozásai közül indokoltnak tűnik még egy kérdést, az adatok megbízhatóságának kérdését érinteni. Felvetődhet ugyanis, hogy ilyen fiatal életkorú és többségében alacsonyan iskolázott személyektől kapott válaszok mennyire tekinthetők reálisnak és elfogadhatónak. A kétely már a kutatás kezdetén bennünk is felvetődött és ezért törekedtünk egy mind számában, mind arányában viszonylag nagy elemszámú mintasokaság elérésére és felvételére. A vizsgálati adatok elemzése alapján végül is arra a meggyőződésre jutottunk, hogy a megkérdezett serdülőktől kapott válaszok elfogadhatóak és többé-kevésbé a reális helyzetet tükrözik, más szóval nem torzítanak jobban, mint a véleménykérdezésen alapuló felvételek általában. A válaszok megbízhatóságát alátámasztó érvek közül csak néhányat kívánok kiemelni. Az egyik ilyen bizonyíték a minta megfelelő strukturálódása. Az egyes alminták között a válaszokat, a serdülők magatartását illetően olyan markáns eltérések rajzolódtak ki, amely a serdülők iskolai végzettsége, helyzete, és családi háttere függvényében elvárható és megmagyarázható. Más szóval a fiatalok terhesekről válaszaik alapján kirajzolódott kép megfelelt a társadalmi-demográfiai jellemzők alapján elvárható képnek. Pozitív bizonyítékot jelentenek továbbá a nyitott kérdésekre adott válaszok feldolgozási tapasztalatai is. A kérdőívben viszonylag sok nyitott kérdés szerepelt, amelyekhez a megkérdezett

válaszai szó szerinti megfogalmazásban kerültek beírásra. A feldolgozáskor a szöveges válaszokat kategóriákba soroltuk. Megállapítható volt, hogy az egyes válaszok jól csoportosultak bizonyos vélemény típusok körül, amely vélemény típusok, kategóriák a megkérdezett társadalmi-demográfiai jellemzőivel logikai, ok-okozati összefüggésben álltak.

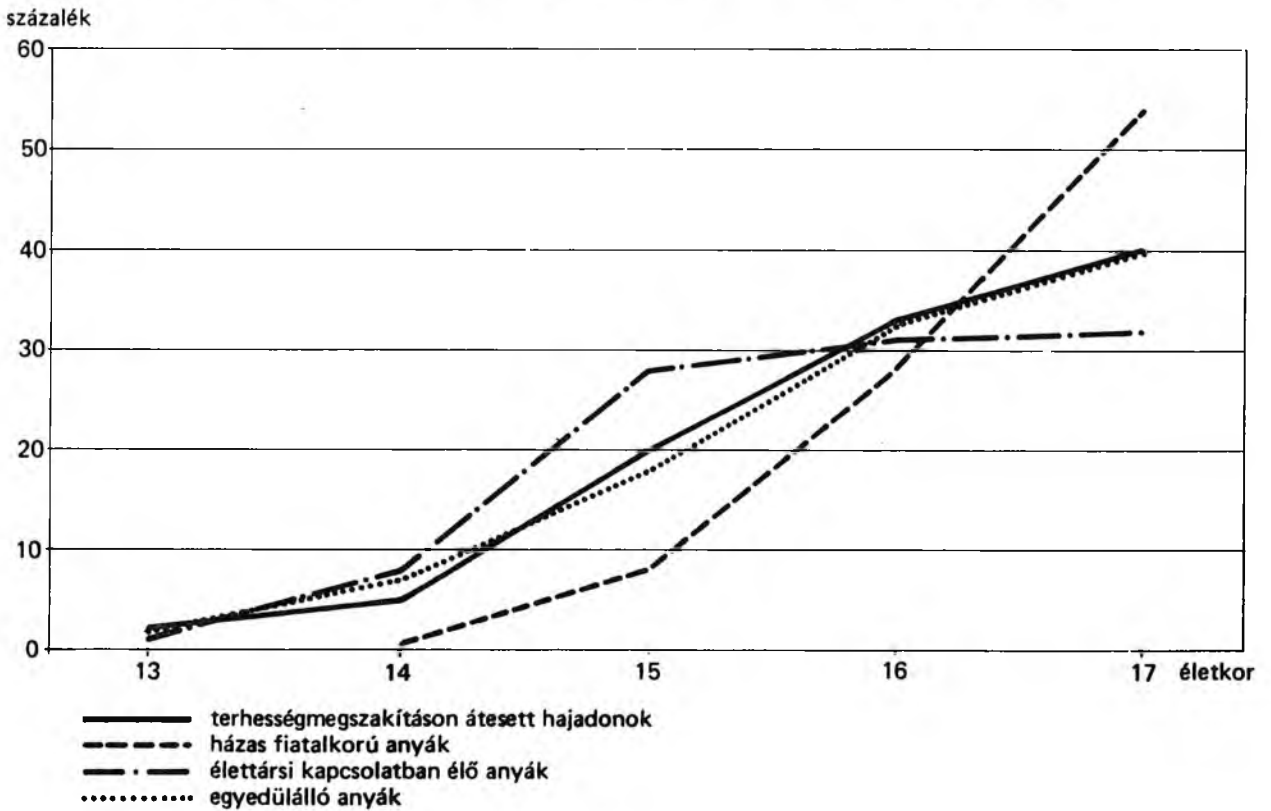
A válaszok hitelességének ellenőrzését tette lehetővé továbbá, hogy a kérdőív, egymástól viszonylag távol szereplő kérdései egymással logikailag összefüggtek, s a revízió során meggyőződünk arról, hogy ezen kérdésekre adott válaszok között logikai ellentmondás csak elvétve mutatkozott. E néhány kiragadott érv is bizonyítja, hogy a serdülőkorú terhektől kapott válaszok túlnyomó többsége a megkérdezett reális helyzetét és véleményét tükrözte.

2. A fiatalkorú terhesek főbb társadalmi-demográfiai jellemzői

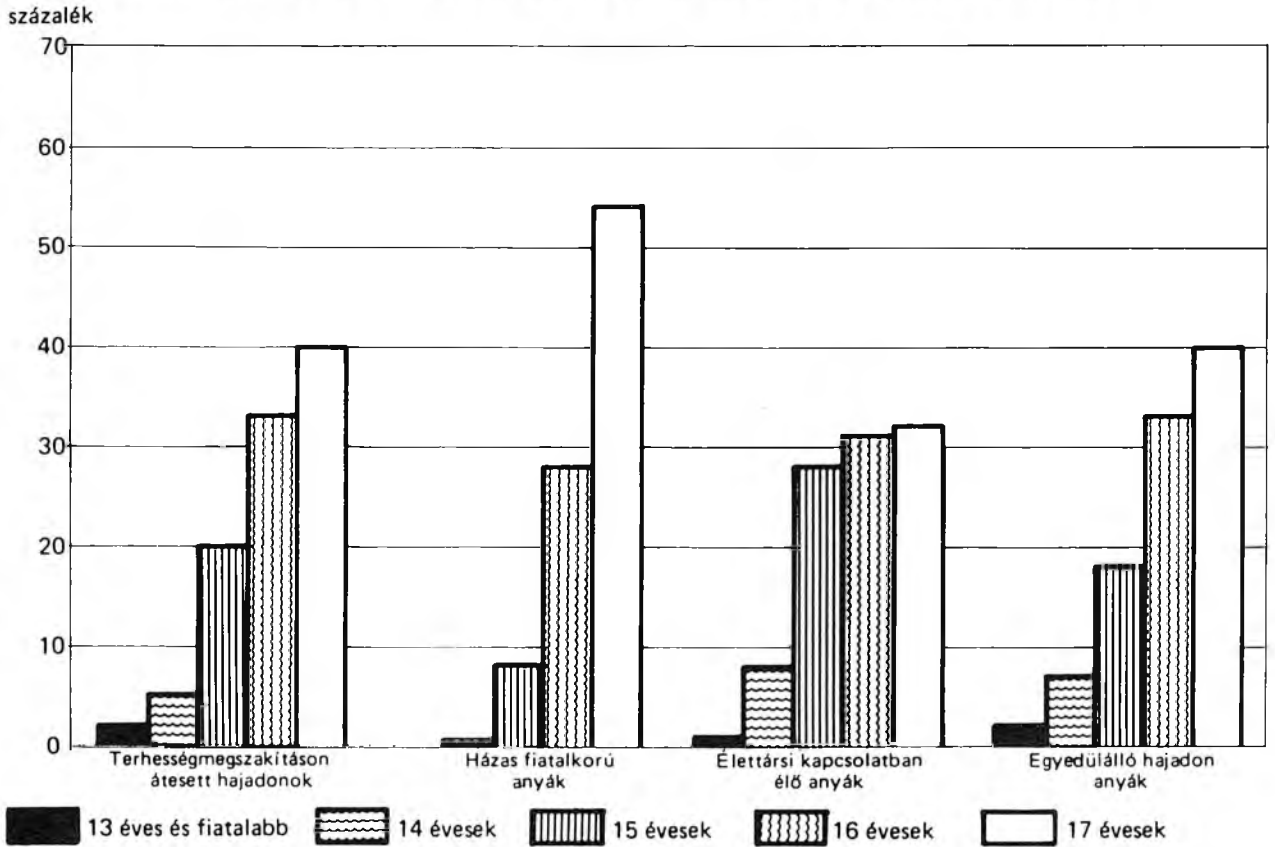
A serdülőkorú terhesek néhány fontosabb demográfiai paramétereinek bemutatása előtt ki kell térni kutatásunknak egy lényeges megállapítására, amely módosította a minta tagolódására vonatkozó eredeti hipotézisünket, s ezért ezt az új szempontot már a demográfiai jellemzők ismertetésénél figyelembe kell venni. A vizsgálat megindításakor abból a feltételezésből indultunk ki, hogy a 18. életévük előtt teherbe esett nők csoportja családi állapotuk és a terhesség kimenetele alapján három almintára tagolható, a terhességüket megszakíttató hajadonok, a házas családi állapotban gyermeket szült anyák és a nem házas családi állapotú fiatalkorú anyák csoportjára. Előzetes elképzelésünk értelmében az utóbbi csoporttal azokat a fiatal lányokat gondoltuk elérni, akik igen korai életkorban kerültek bizonytalan, megalapozatlan szexuális kapcsolatokba és váltak gyermeküket egyedül nevelő anyákká, közhasználatú kifejezéssel élve "megesett lányokká". A kutatás során azonban kitűnt, hogy ez az állítás a megkérdezett hajadon anyák csak viszonylag kis arányáról, mintegy 30%-áról mondható egyértelműen el. A többség ugyanis - a megkérdezettek fiatal korához viszonyítva - relatíve hosszú ideje élettársi kapcsolatban él, amely kapcsolatot a szűkebb környezet, a család is jóváhagyólag tudomásul vesz, sőt sok esetben egyenértékűnek tekinti a házassággal. Így érthető módon az élettársi kapcsolatból gyermeket vállaló fiatal nők helyzete és magatartása sok szempontból eltér a ténylegesen lányanyának nevezhető serdülők helyzetétől és magatartásától. Ez a felismerés tette szükségessé, hogy a házasságon kívül szült fiatalkorú anyák almintáját két további csoportra, ún. az élettársi kapcsolatból, illetve az élettársi kapcsolaton kívül szültek csoportjára bontva vizsgáljuk.

A minta követelményeinek megfelelően a vizsgálatba csak a 18. életévüket be nem töltött terhesek kerültek be. Alsó korhatárt nem határoztunk meg, de házas családi állapotú anyák esetében a házasságkötés jogi szabályozásának megfelelően a 14 éves kornál működött egy alsó korhatár, hiszen az ennél fiatalabbak 1983-ban még gyámhatósági engedély esetén sem köthettek házsságot. A minta egészére, valamint az almintákra vonatkozó kormegoszlásokat az alábbi grafikon ábrázolja.

III. AZ ALMINTÁK KORSTRUKTURÁJÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉSE



IV. TERHES SERDÜLŐK VIZSGÁLATI MINTÁINAK KORMEGOSZTLASA



Annak ellenére, hogy a vizsgált korintervallum viszonylag igen rövid, hiszen elméletileg mindössze öt, gyakorlatilag négy (miután a 14 éveseknél az előfordulási gyakoriságok csaknem elhanyagolhatók) korévet ölel fel, az alminták korstruktúrája számottevő eltéréseket mutat. Legfiatalabb a házasságon kívül, de élettársi kapcsolatból gyermeket szült serdülők korstruktúrája. Kiugróan magas körökben a 15 éves korban gyermeket szült nők aránya. A szülési gyakoriságok azonban az

életkor emelkedésével párhuzamosan nem változnak jelentősen, a 17 évesekre általánosan jellemző csúcs e csoportnál csak igen halványan jelentkezik.

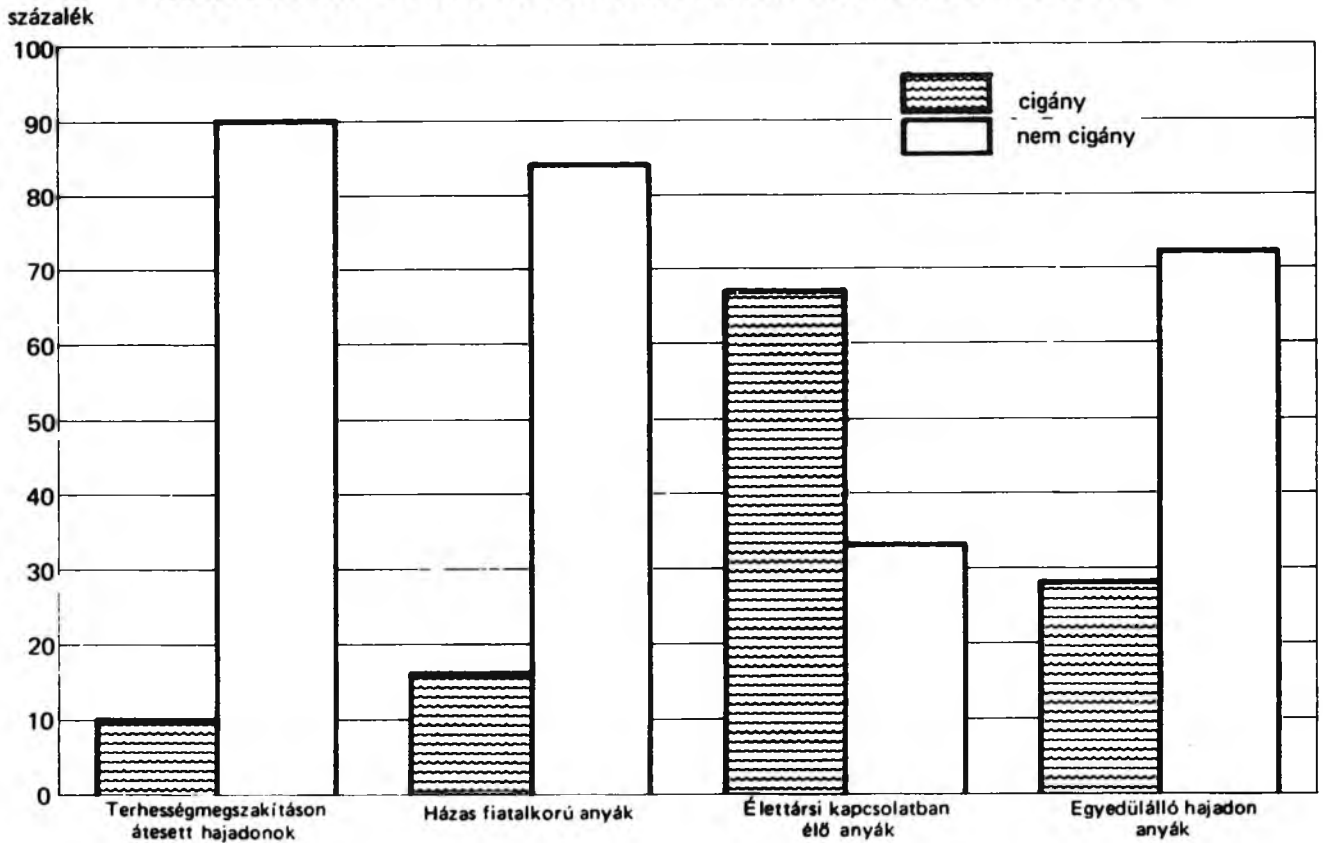
A házas fiatalok szüléseinek alakulását bemutató görbe igen hasonlatos az általános termékenységi görbéhez. A 14 és a 15 éves házas anyaktól származó születések gyakorisága viszonylag alacsony - jóval alacsonyabb mint a nem házas anyák esetében -, majd ezt követően a görbe meredeken emelkedni kezd, és íve a kortengelyen az alacsonyabb életkorok irányába eltolva párhuzamos az általános termékenységi görbével. A születési arányszámok kor szerinti megoszlása alapján levonhatjuk azt a következtetést, hogy a házas családi állapotú serdülő anyák gyermekszülési magatartása fiatalabb korstruktúrával ugyan, de igen hasonló a női népesség egészének termékenységi magatartásához.

A terhességmegszakításon átesett fiatalok és az élettársi kapcsolatokon kívül gyermeket szült hajadonok születési gyakorisága csaknem azonos kormegoszlást mutat. Úgy tűnik tehát, hogy a teherbeesés mindkét csoportnál azonos családi állapotban és közel azonos életkorban következik be, de míg az egyik csoport kedvezőbb társadalmi helyzete, magasabb iskolai végzettsége következtében, időben észrevéve a terhességet és felmérve a gyermekvállalás következményeit a megszakítás mellett dönt, a másik csoportot többoldalúan hátrányos helyzete és a terhesség késői felismerése a gyermekszülés irányába motiválja.

A serdülőkori szülések problémáját a közvélemény igen gyakran a "cigánykérdéssel" azonosítja. A társadalomban úgy tűnik az a felfogás él, hogy tizenéves kori terhesség elsősorban vagy kizárólag a cigány származású fiatalok körében

fordul elő, s ezáltal a probléma egyrészt leszűkül a társadalom egy viszonylag kis létszámú csoportjára, másrészt a cigányság sajátos hagyományai és népesedési magatartása felveti, hogy egyáltalában érdemes-e bármit tenni a serdülőkori terhességek csökkentése érdekében, eredményes lehet-e bármilyen erőfeszítés. Választ keresve a felvetett kérdésre kutatásunk során vizsgáltuk a fiatalok terhességének etnikai hovatartozását is. Megállapítására a szociológiai vizsgálatokban szokásos módszert alkalmaztunk, amely szerint az a személy minősül cigánynak, akit környezete, életmódja, magatartása, megjelenése alapján cigánynak tart. A környezetet vizsgáltunk esetében a felvételt végző orvosok védőnők jelentették, vagyis ők sorolták a megkérdezetteket cigány — nem-cigány kategóriákba. A kategorizálás elég megbízhatónak tűnt. A kérdésre adott válaszok, a családi környezet mutatói, a szülők véleménye és magatartása egyértelműen alátámasztották a felvételt végző személyek besorolását. Az etnikai hovatartozás elbírálását megkönnyítette, hogy az orvosok és védőnők gyakorta a serdülőt látogató családtagokkal is találkoztak, s ez újabb támpontot jelentett annak eldöntéséhez, hogy a megkérdezett cigány származásúnak tekinthető-e vagy sem. A fiatalok terhességének etnikai összetétele a következő megoszlást mutatta.

V. TERHESSÉGMESZAKÍTÁSON ÁTESETT HAJADONOK ÉS GYERMEKET SZÜLT FIATALKORÚ ANYÁK ETNIKAI ÖSSZETÉTELE

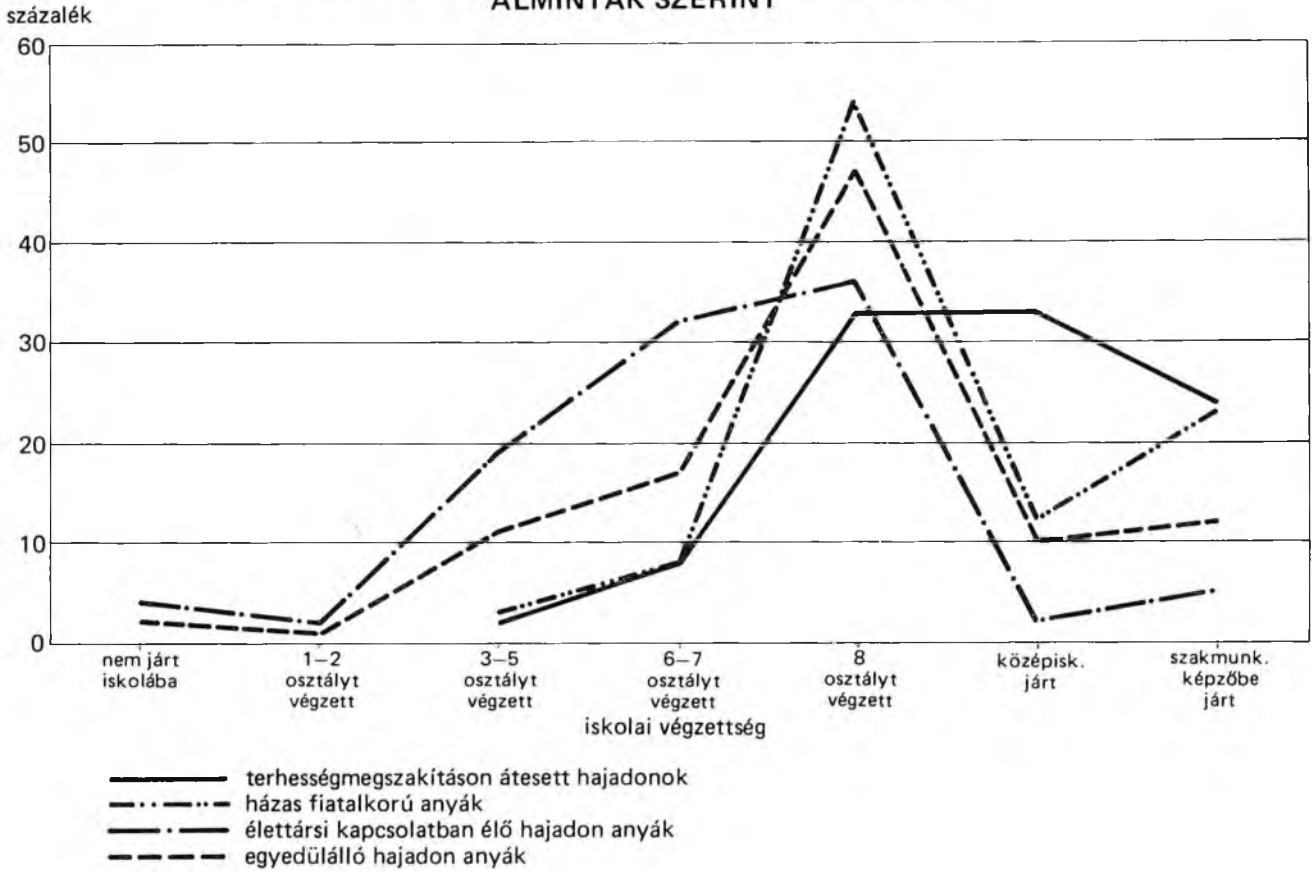


Kutatási eredményeink egyértelműen bizonyítják, hogy a serdülőkori terhességek és szülések problémaköre nem redukálható egyszerűen "cigány kérdéssé". Kitűnik azonban az is, hogy az etnikai hovatartozás igen jó differenciáló tényezőnek bizonyul, miután az egyes almintákban a cigány származásúak aránya jelentős eltéréseket mutat. A terhességmegszakításon átesett hajadonok között a cigány származásúak aránya igen alacsony (10%), vagyis a cigány serdülőkre az a magatartás jellemző, hogy teherbeesés esetén nem megszakítatják, hanem kihordják terhességüket. A gyermekszülés azonban viszonylag ritkán következik be törvényes házassági keretek között

(16%), hanem az esetek túlnyomó részében a sajátos cigány életformának és normarendszernek megfelelően élettársi kapcsolatban vállalnak gyermeket (67%). A hajadon, de a gyermek apjával élettársi kapcsolatban együttélő fiatalkorú anyák között túlnyomó többségben cigány származású serdülő lányokat találunk, akik ezt az együttélési formát - hagyományaik alapján - azonos értékűnek tekintik a házassággal, s így helyzetüket rendezettnek tartva nem érzik magukat egyedülálló anyának. Végül a sem házasságban, sem élettársi kapcsolatban nem élő anyák között többségben ismét nem cigány származásúakat találunk, hanem olyan megesezt lányokat, akiknél a véletlenül bekövetkezett és későn felismert terhesség tényleges egyéni és családi tragédiát okoz.

A serdülőkori gyermekvállalás a fiatal anya életútját több vonatkozásban is negatívan befolyásolja. Az egyik ilyen negatív hatás lehet az iskolai tanulmányoknak a gyermekszülés miatti megszakadása. Nem közömbös azonban, hogy az iskolai tanulmányok - ha egyáltalában félbeszakadnak - milyen képzettségi szinten, hányadik osztályban maradnak abba. A felvetődött kérdések tehát úgy foglalhatók össze, hogy milyen iskolai végzettség jellemző általában a fiatalkorú terhesekre, kimutathatók-e számottevő eltérések a terhesség kimenetele és a serdülő családi állapota szerint, gyakori-e hogy fiatal anya félbeszakítja tanulmányait és ha igen, ez a tény összefüggésbe hozható-e a bekövetkezett terhességgel, gyermekszüléssel.

VI. FIATALKORÚ TERHESEK ISKOLAI VÉGZETTSÉGE ALMINTÁK SZERINT



A fiatalkorú terhesek iskolai végzettsége szempontjából a terhesség kimenetele erőteljes differenciáló tényezőnek bizonyul. Az eltérés mindenekelőtt az általános iskola befejezése után továbbtanulók arányában mutatkozik. Míg a terhesség megszakítása mellett döntő serdülők többsége (57%) a 8. általános után tovább folytatja tanulmányait, mégpedig első-

sorban a középfokú oktatás magasabb presztizsú iskolatípusaiban, gimnáziumban és szakközépiskolában, addig a terhességüket kihordó fiatal anyák között a továbbtanulók aránya jóval alacsonyab (legmagasabb a házas anyák között 35%-kal és legalacsonyabb az élettársi kapcsolatban élő anyák esetében 7%-kal) és a továbbtanulás is elsősorban a szakmunkásképző felé irányul.

A gyermeket szült serdülő anyák iskolai végzettségének módusát eltérő értékekkel bár, de mindhárom alminta esetében az általános iskola 8 osztálya jelenti. A 8 általánosnál kevesebb osztályt végeztek arányában azonban már jelentős eltérések mutatkoznak. Míg a házas családi állapotú fiatalkorú anyák mindössze 11%-ának volt nyolc általánosnál alacsonyabb iskolai végzettsége és nem találtunk közöttük olyan személyeket, akik egyáltalán nem jártak volna iskolába, illetve csak 1-2 osztályt végeztek volna, a házasságon kívül, de élettársi kapcsolatból gyermeket szült serdülők többsége (57%) nem fejezte be tanulmányait az általános iskolában. Közülük 24 fő (4%) soha nem járt iskolába, egyötödük pedig csak az alsó tagozatot végezte el. Az élettársi kapcsolatban élő fiatal anyák igen alacsony iskolai végzettsége részben a cigány származásúak magas arányára, részben az igen fiatal, az átlagosnál fiatalabb korstruktúrájukra vezethető vissza.

Azok a hajadon anyák, akik gyermekük születésekor nem éltek élettársi kapcsolatban mintegy köztes helyet foglalnak el a rendezettebb viszonyokat mutató házas fiatalkorúak és a perifériális helyzetben lévő élettárssal együttélők között. E lányanyák mintegy egynegyede származik cigány környezetből és részben evvel a ténnyel magyarázható, hogy bár kisebb gyakorisággal, de itt is számottevő (31%) a nyolc általánosnál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők aránya és né-

hány esetben előfordul, hogy a serdülő hajadon anya egy osztályt sem végzett. E csoport heterogén összetételére utal, hogy a félanalfabéta cigánylányok mellett itt találjuk azokat a jobb társadalmi környezetből származó megesezt lányokat is, akik az általános iskola befejezése után középfokon is megkezdték tanulmányaikat (23%).

Tekintettel arra, hogy az iskolai végzettség a fiatalok terhes egész magatartását, a partnerkapcsolat kialakítását, a védekezési gyakorlat, a művi abortusz vagy a szülés melletti döntés szempontjait dominánsan befolyásoló ismérvnek bizonyult, szükségesnek látszik az iskolai végzettség összehasonlító elemzésével kicsit részletesebben foglalkozni. Vizsgáljuk meg, hogy hogyan viszonyul a mintánkban szereplő serdülők iskolai végzettsége a korosztályuk egészére jellemző végzettség szinthez.

12. Az elvégzett osztályok átlagos száma a 18 évesnél fiatalabb teljes körű női népességnél és a vizsgálati mintában szereplő terhességüket megszakítató és gyermeket szült serdülőknél⁹

Korév	Az elvégzett osztályok átlagos száma			
	a teljes női népességnél	terhességmegszakításon átesett hajadonoknál	házas anyáknál	nem házas anyáknál
14 éves	7,5	7,2	...	5,7
15 éves	8,3	8,3	7,8	6,7
16 éves	9,0	8,9	8,2	7,0
17 éves	9,6	9,6	8,9	7,2

⁹A teljes körű női népességre vonatkozó értékek az 1980. évi népszámlálás adatai alapján kerültek kiszámításra.

Az elvégzett osztályok átlagos számának mutatói jól bizonyítják, hogy a teherbe esett, de terhességüket megszakító serdülők iskolai végzettsége nem tér el a korosztály egészére jellemző végzettségi színvonalától. A legnagyobb különbség a házasságon kívül szült anyáknál mutatkozik, akiknél a lemaradás minden korév esetében 2 osztály körül ingadozik. A két szélső pólus között helyezkedik el a házasságban élő anyák csoportja, akik ugyan kevesebb osztályt végeztek átlagosan, mint a terhességüket megszakítottó hajadonok, de lemaradásuk kisebb mint a házasságon kívül szült anyáké. Az eltérő osztályszámátlagok részben az általános iskolát befejezettek, illetve a középfokon továbbtanulók eltérő arányából, részben a tanulóikat a nyolc általános előtt félbeszakítók eltérően előforduló gyakoriságából következnek.

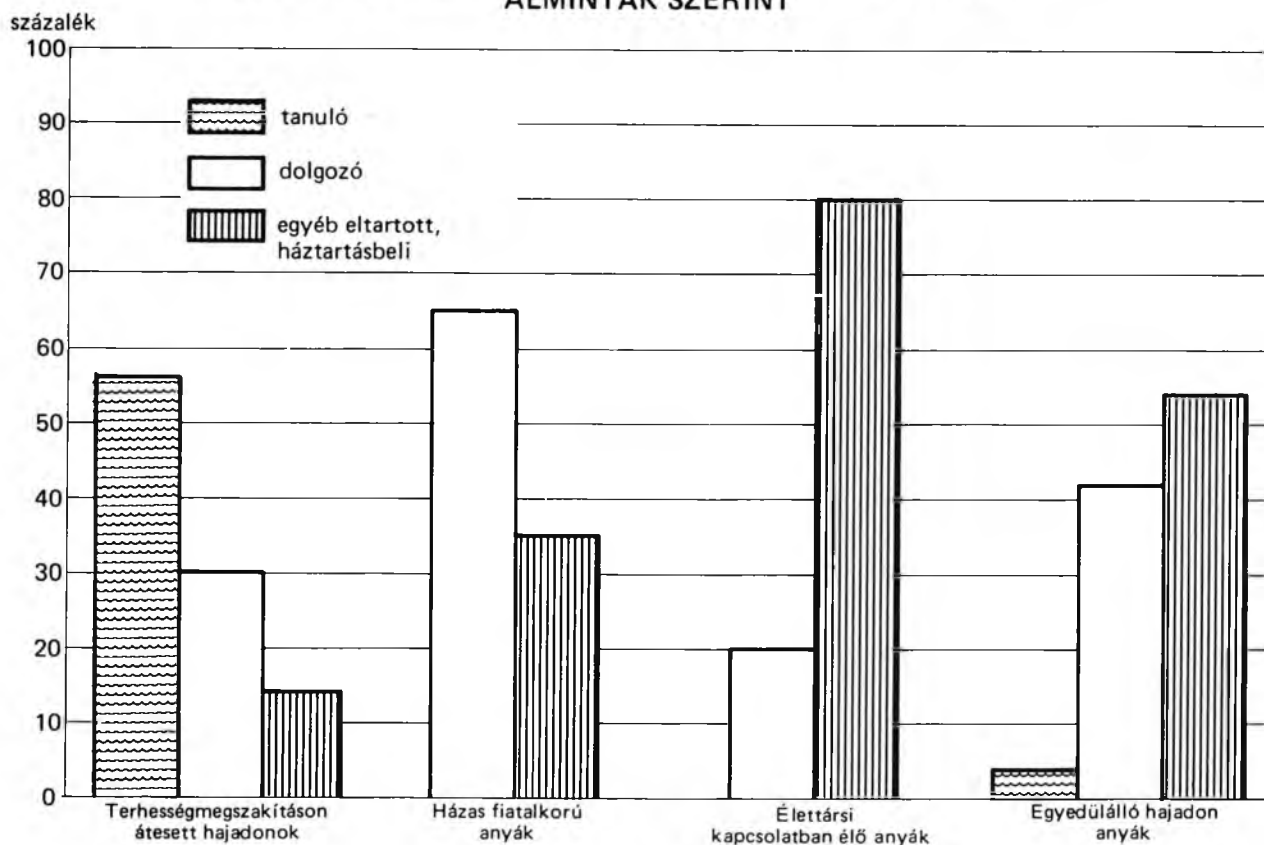
Kérdés, hogy a fiataloknál milyen összefüggés mutatható ki az iskolai tanulmányok megszakadása és a terhesség bekövetkezése között. Más szóval azért szakították-e meg a tanulóikat, mert teherbe estek, és a terhesség kihordása mellett döntöttek (vagy kényszerültek dönteni) vagy a két esemény részben vagy egészben független egymástól. A téma nemzetközi szakirodalmában ugyanis a fiatalok gyermekvállalás egész életre kiható, legnegatívabb következményének a serdülő anya iskolai tanulmányainak félbemaradását tekintik. Kérdés, hogy milyen mértékben igaz ez a magyar tizenéves anyák esetében? Vizsgálataink alapján úgy tűnik, hogy hazánkban a serdülő anyák csak egy kisebb hányadánál mutatható ki egyértelmű okozati összefüggés a terhesség bekövetkezése, a szülés és az iskolából történő kimaradás között. A házasságban élő fiatalok mintegy 1/3-ánál volt objektív adatokkal megállapítható a tanulmányok félbeszakadása, de az iskolából kimaradók alig több mint fele indokolta ezt a tényt a terhesség bekövetkezésével. Kimutatható tehát a házasságban élő fiataloknál

egy olyan csoportja, amely a terhességtől függetlenül, még a teherbeesés előtt abbahagyta az iskolát, és következtetésekünk szerint döntésük elsősorban munkavállalási kényszerre, illetve férjhezmeneteli szándékra volt visszavezethető.

A házasságon kívül szült anyák csoportjában az iskolából történő kimaradás igen gyakori jelenség, s a többségre (59%) jellemző. Nagy részük - mint láttuk - már a nyolc általánost sem végzi el. A tanulmányok megszakítását ugyanakkor az esetek jelentős részében nem úgy élik meg, hogy ez a teherbeesés, a gyermekszülés miatt történt, mindössze 21% tulajdonítja ennek az iskola félbeszakítását. A jövőre vonatkozó tanulási tervekből kitűnik, hogy a többség kielégítőnek tartja jelenlegi iskolai végzettségét, természetesnek, ha nem járja végig az általános iskolát és örül, hogy végre megszabadulhatott az iskolai kötelezettségek alól. További szempont, hogy összeköltözött partnerével, s a háztartás vezetése mellett nem jutott ideje a tanulásra. Az okok sokrétűek, de az iskolai tanulmányok félbeszakításának fő motívuma esetünkben az igénytelenség, az a szemlélet, amely a tanulást szükségtelen, felesleges kötelezettségnek tekinti.

A tizenéves korban gyermeket vállaló nők között tehát gyakorinak mondható jelenség, hogy tanulmányaik viszonylag fiatal korban félbeszakadnak. Kérdés azonban, hogy mi történik ezután, illetve mi történik azokkal a fiatalokkal, akik a 8 osztály kijárása után nem tanulnak tovább. Tapasztalataink szerint a legbizonytalanabb státusú réteget azok a fiatal nők jelentik, akik az iskola befejezése vagy abbahagyása után a munkavállalás helyett az otthonmaradást, az eltartott háztartásbeli státust vállalják.

VII. SERDÜLŐKORÚ TERHESEK GAZDASÁGI AKTIVITÁSA ALMINTÁK SZERINT



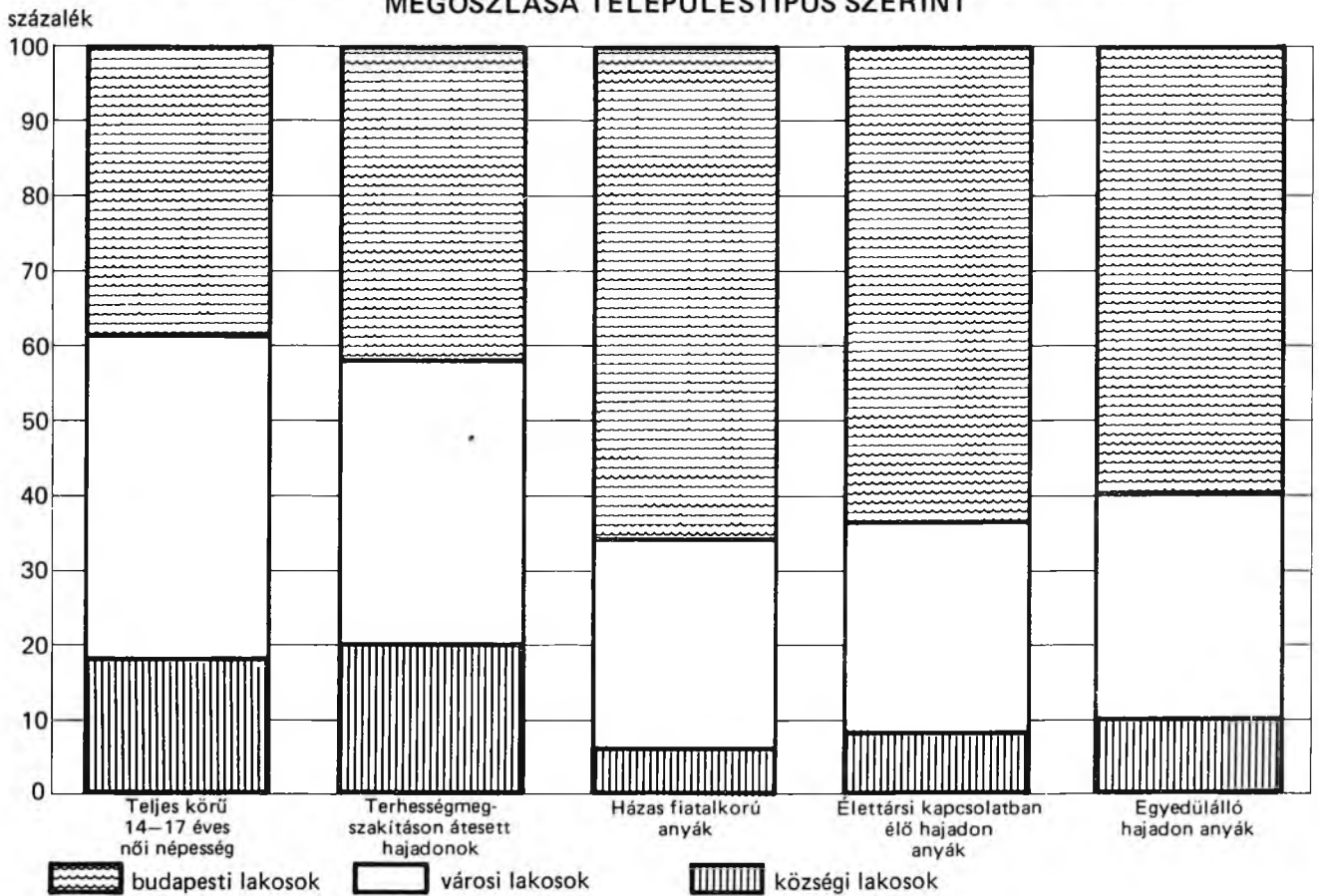
Érthető módon a művi abortuszon átesett fiatalok többsége tanuló, hiszen éppen a tanulmányok folytatásának, befejezésének szándéka motiválja őket a terhesség megszakíttatására. Figyelmet érdemel azonban az az arányában nem túl jelentős, de magatartásában igen jellegzetes csoport, amelyet az egyéb eltartott kategóriával jelöltünk. Az ide tartozó fiatal lányok általában kifejezetten hátrányos családi környezetből származnak és eddigi életvitelükkel tovább fokozzák indulási hátrányukat. Korösszetételük igen fiatal, tanulmá-

nyaikat még az általános iskolában megszakítják, partnerkapcsolataikra a bizonytalanság, meggondolatlanosság jellemző. Esetükben igen gyakori, hogy alkalmi kapcsolatokat létesítenek, partnerüknek sem életkorát, sem foglalkozását nem ismerik, vagy azt sem tudják kitől estek teherbe. Következésképp a kapcsolatok igen rövid ideig tartanak, gyakran már a terhesség megszakítás időpontjára megszakadnak. Alapjában véve hasonló a szociális magatartás jellemző a házasságon és élettársi kapcsolaton kívül szült hajadon anyák nem dolgozó csoportjára is, azzal a különbséggel, hogy az ide tartozó fiatalok összetételük és így magatartása is heterogénabb. Az előbb említett életforma elsősorban azokra a hajadon anyákra jellemző, akiknél ez az eltartott státus viszonylag hosszabb ideje tart és nem a teherbeesésre vezethető vissza. Azoknál ugyanis, akik tanulóyaikat a terhesség és szülés miatt kényszerültek félbeszakítani érthető és indokolható, hogy a terhesség utolsó hónapjaiban otthon maradtak és nem mentek dolgozni. Ezekre a hátrányos családi környezet és a bizonytalan partnerkapcsolatok nem általánosíthatók.

Az előbbiektől eltérően, pozitívabban minősíthető az eltartott státus a házasságban, illetve az élettársi kapcsolatban élő fiatal anyák esetében. Az eltartottság esetükben nem bizonytalanságot takar, hanem inkább azt a felfogást tükrözi, hogy egy feleség számára legfontosabb a család, a háztartás és nem szükséges munkát vállalnia. Ez a vélemény elsősorban az alacsonyabb iskolázottságú rétegekre jellemző és részben ezzel is magyarázható az élettársi kapcsolatban élő anyák között a háztartásbeliek igen magas aránya. Másrészt arra vezethető vissza, hogy a partnerrel együttélő nem házas anyák túlnyomó többsége cigány származású és a cigány népesség körében a nők munkavállalása hagyományosan alacsony.

A fiatalkorú terhesek társadalmi-demográfiai jellemzői közül végül még egy ismervvel, a településtípus szerinti megoszlással kívánok röviden foglalkozni. Összehasonlítva a vizsgálati mintáink és a teljes körű női népesség azonos korcsoportjának településtípusok szerinti alakulását az alábbi megoszlásokat nyerjük.

VIII. A FIATALKORÚ TERHESEK ÉS AZ AZONOS KORÚ TELJES NŐI NÉPESÉG MEGOSZLÁSA TELEPÜLÉSTÍPUS SZERINT



A terhességmegszakításon átesett hajadonok állandó lakhelyének településtípusok szerinti megoszlása csaknem tel-

jesen azonos az országos 14-17 éves korcsoport megoszlásával. Ez az azonosság ismételten alátámasztja korábbi megállapításainkat, nevezetesen azt a tényt, hogy a teherbe esett, de terhességét megszakíttató serdülők társadalmi-demográfiai jellemzői alapvetően különböznek a megszakítás helyett a szülés mellett döntő fiatalok társadalmi-demográfiai jellemzőitől, de nem térnek el lényegesen a korosztály egészére érvényes mutatóktól.

A gyermeket szült fiatalok anyák esetében számottevően magasabb a községi, és jelentősen alacsonyabb a városi, különösen pedig a budapesti lakosok aránya. A házas fiatalok anyák almintájánál a községi lakosok magas aránya a vidéki népesség körében hagyományos, fiatalon kötött házasságokra és a korai gyermekvállalásra vezethető vissza. Az élettársi kapcsolatban élő nem házas anyák esetében a magyarázat a cigány népesség területi eloszlásában, nagyobb arányú községi koncentrálódásában keresendő. Az egyedülálló, nem házas anyák csoportjában ugyancsak magas a falusi lakosok előfordulási gyakorisága. Miután ez a csoport a legheterogénabb összetételű, ezért a valószínűsíthető okok is összetettebbek. Szerepet játszik az a tény, hogy az egyedülálló anyák között is viszonylag magas a cigány származásúak aránya, továbbá a tudatlanság, a fogamzásgátlással kapcsolatos ismerethiány, a felvilágosító, tanácsadó források hiánya, amely a terhesség késői észlelését és így kényszerű gyermekvállalást eredményezett.

Összességében megállapítható, hogy a községekben élő serdülők magatartására inkább az a jellemző, hogy a terhesség bekövetkezése esetén szándékosan vagy kényszerűségből nem az abortusz, hanem a szülés mellett döntenek.

3. Családi háttér, a nevelkedés körülményei, szocializációs hatások

A serdülőkorú terhesek egész vizsgálati mintájára, vagyis a terhességüket megszakíttató hajadonokra éppúgy, mint a házas és nem házas anyák csoportjára egyaránt, viszonylag rendezett nevelkedési körülmények jellemzőek. A túlnyomó többség egész életében családban élt, a nevelőotthonban, nevelőszülőknél gondozottak aránya 6-9% körül mozog. A házasságon kívül szült anyák esetében a nem családban nevelkedettek aránya néhány százalékponttal magasabb ugyan, de az eltérés olyan minimális, hogy ennek alapján nem állítható, hogy a családi otthon hiánya, az intézeti nevelkedés közvetlen előidézője lenne a meggondolatlan házasságon kívüli kapcsolatoknak, és gyermekváltásnak.

Hasonlóan egységes képet kaptunk akkor is, amikor a családban nevelkedett fiatalok családi viszonyait, szüleivel való kapcsolatát vizsgáltuk. A kérdezettek többsége teljes családban élt, szülei a felvétel időpontjában házasokként együttéltek. A fiatalkorú terhesek több mint egyharmada nevelkedett csonka, egyszülős családban, nagyobb részben a szülők válása, kisebb részt valamely szülő elhalálása következtében. Bár összehasonlító adatokkal nem rendelkezünk arra vonatkozólag, hogy az érintett korosztály egészében milyen nagyságrendű az árva, vagy félárva fiatal lányok aránya, de tekintetbe véve kérdezettjeink szüleinek viszonylag fiatal korösszetételét, a házas fiatalkorú anyák esetében megállapított 12%-os és a házasságon kívül szült anyák csoportjában megállapított 15%-os árva vagy félárva arány mindenképpen magasnak tűnik. A terhességmegszakításon átesett hajadonok esetében az egyik vagy mindkét édesszülőjét elvesztett serdülők aránya jóval alacsonyabb, mindössze 5% volt. Összegezve tehát azt mondhatjuk,

hogy az elvált szülők aránya mindegyik almintánkban gyakorlatilag azonos, de eltérő az egyes csoportokban az elhalálozott szülő(k) aránya. Azt tapasztaltuk továbbá, hogy míg a szülők válása nem hat negatívan a serdülő partnerkapcsolatainak kialakítására, szexuális magatartására, a szülő, különösképpen az édesanya elvesztése hozzájárul az igen fiatalon megkezdett szexuális élethez, a bizonytalan, sodródó párkapcsolatokhoz, vagy éppen élettársi kapcsolatokba, vagy házasságba való menekülésre készíti a tizenéves lányt.

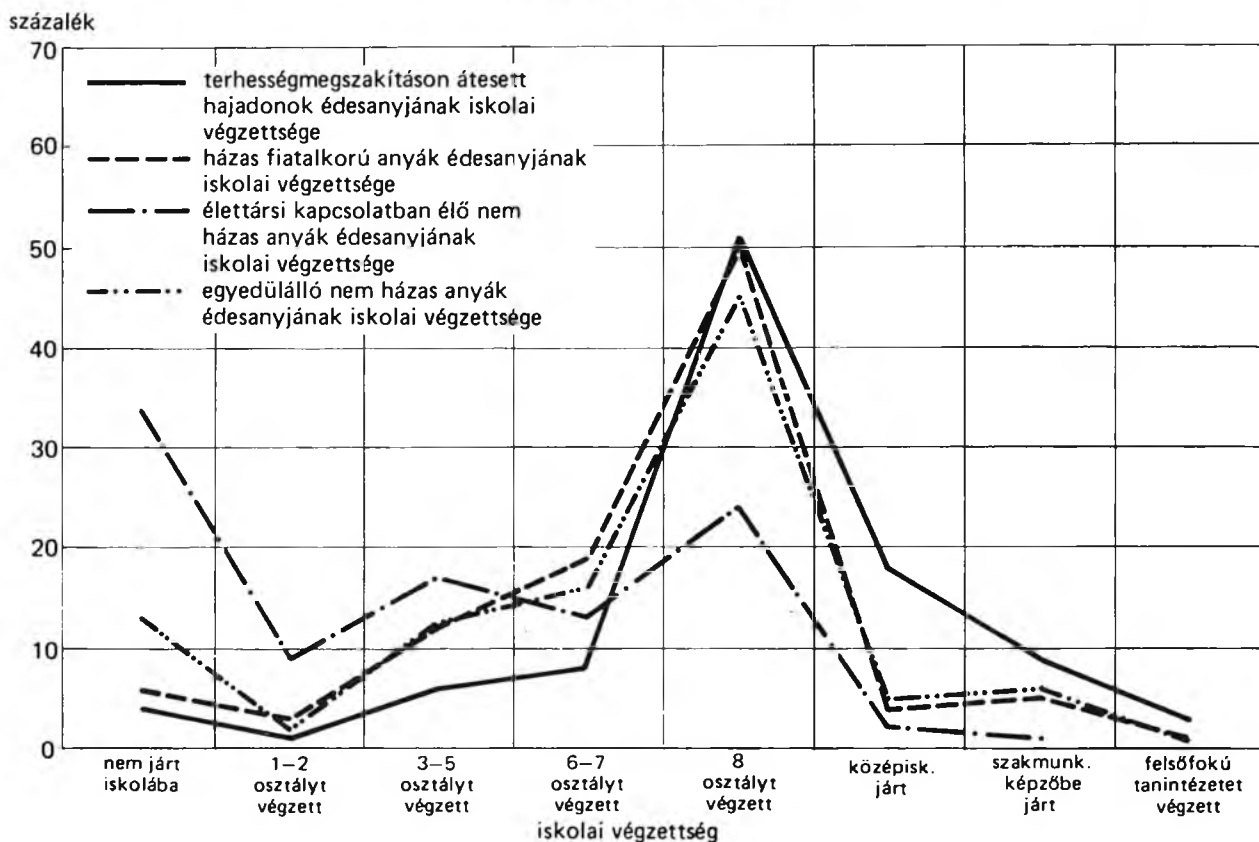
A nevelkedési körülmények befolyásoló hatását vizsgálva megállapítható, hogy ezek az átlagos, vagy rendezett körülmények nem magyarázzák, hogy miért következett be tizenéves korban a teherbeesés, s nem magyarázzák azt sem, hogy a terhesség miatt végződött az egyik csoportnál abortusszal, a másik csoportnál házasságkötés utáni szüléssel, a harmadiknál házasságon kívüli szüléssel. Egyedül az édesanya halála bizonyult differenciáló tényezőnek, amennyiben bekövetkezése esetén nagyobb a valószínűsége, hogy a serdülő inkább a szülés, mintsem a megszakítás mellett dönt.

A serdülők családi hátterének, társadalmi hovatartozásának megismerését, feltárását szolgálja a szülők iskolai végzettségi és foglalkozási adatainak vizsgálata. Mielőtt azonban e demográfiai mutatók összehasonlító elemzésére kitérnék, utalni szeretnék a szülőkkel kapcsolatos kérdések vizsgálata során nyert igen elgondolkodtató tapasztalatainkra. Gyakran előfordult ugyanis, hogy a kérdezett fiatal nő nem tudta megmondani édesanyja, vagy édesapja életkorát, iskolai végzettségét, foglalkozását. A felvétel egészét tekintve ugyanakkor a "nem tudja" válaszok aránya nem volt számottevő, illetve csak bizonyos kérdések körül sűrűsödött mint például: a partnerral, a gyermek apjával kapcsolatos információk, jövőre vonatkozó tervek

stb. Ezért igen szomorú képet mutat a fiatalok terhesek családi kapcsolatairól, a szülőkhöz fűződő viszonyából az a tény, hogy nem tudja megmondani hány évesek és mivel foglalkoznak szülei. A szülőkkal kapcsolatos információhiány nemcsak a sekélyes családi kapcsolatokra vezethető vissza, hanem a kérdezett serdülő kulturális színvonalára, iskolai végzettségére is. Evvel magyarázható, hogy a szülők alapvető adatait nem ismerők aránya almintánként különböző. Míg a házasságon kívül szült serdülők 20%-a nem tudta megmondani édesanyja életkorát, addig a magasabb végzettségi színvonalon álló házasságon kívül született fiatalok esetében ezek aránya lecsökkent 8%-ra. A szülőkkal kapcsolatos többi ismerv esetében is hasonló eltérések tapasztalhatók az egyes alminták között. Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy az apák adatait nem ismerők aránya minden esetben magasabb, mint azoké, akik az édesanyjukra vonatkozó adatokat nem ismerik.

Visszatérve a szülők iskolai végzettségére nézzük meg, hogy milyen eltérések mutathatók ki az egyes almintához tartozó megkérdezettek szüleinek végzettségi színvonalának között, illetve milyen összefüggés tapasztalható a fiatalok terhes és szüleinek iskolai végzettsége között.

IX. A FIATALKORÚ TERHESEK ÉDESANYJÁNAK ISKOLAI VÉGZETTSÉGE ALMINTÁK SZERINT

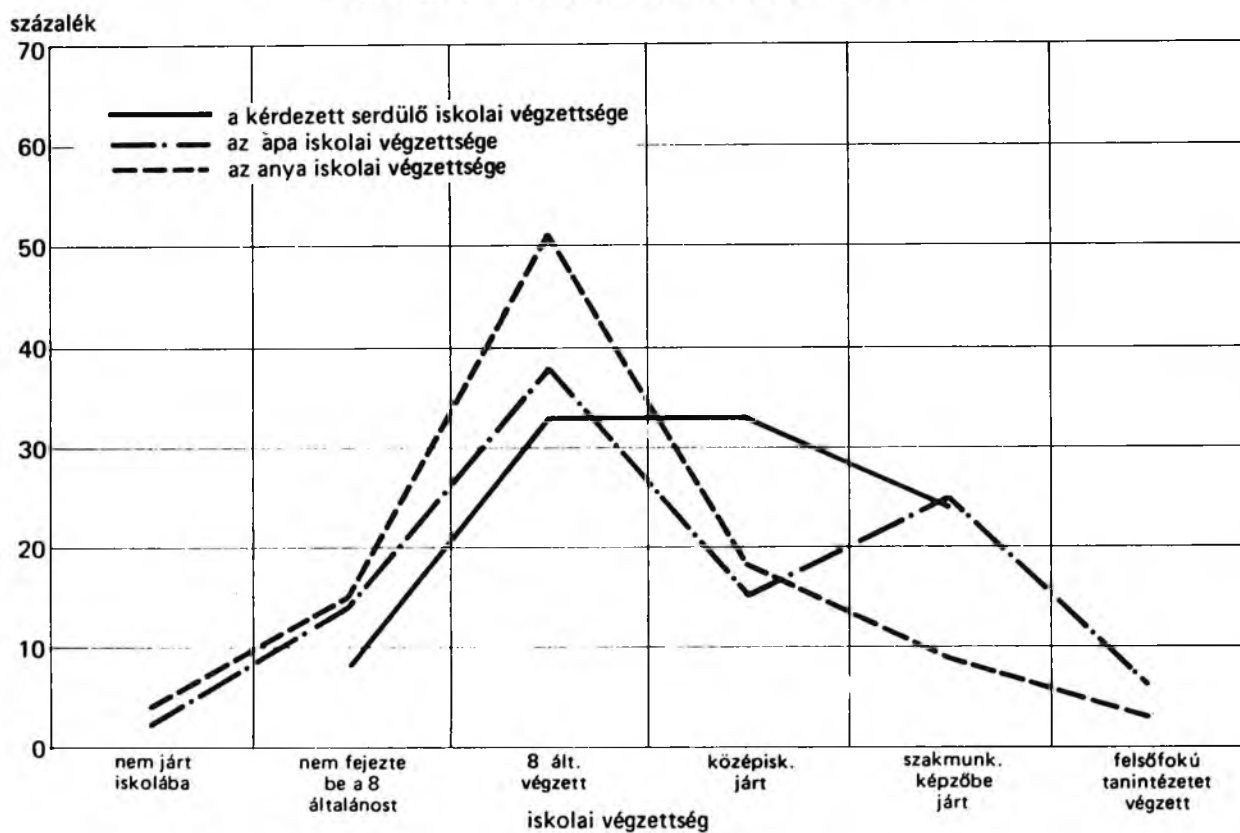


Az ábra a terhességmegszakításon átesett lányok, illetve a különböző családi állapotban gyermeket szült serdülők édesanyjának legmagasabb iskolai végzettségét mutatja be. Az ábrából kitűnik, hogy azok az eltérések, amelyek az egyes

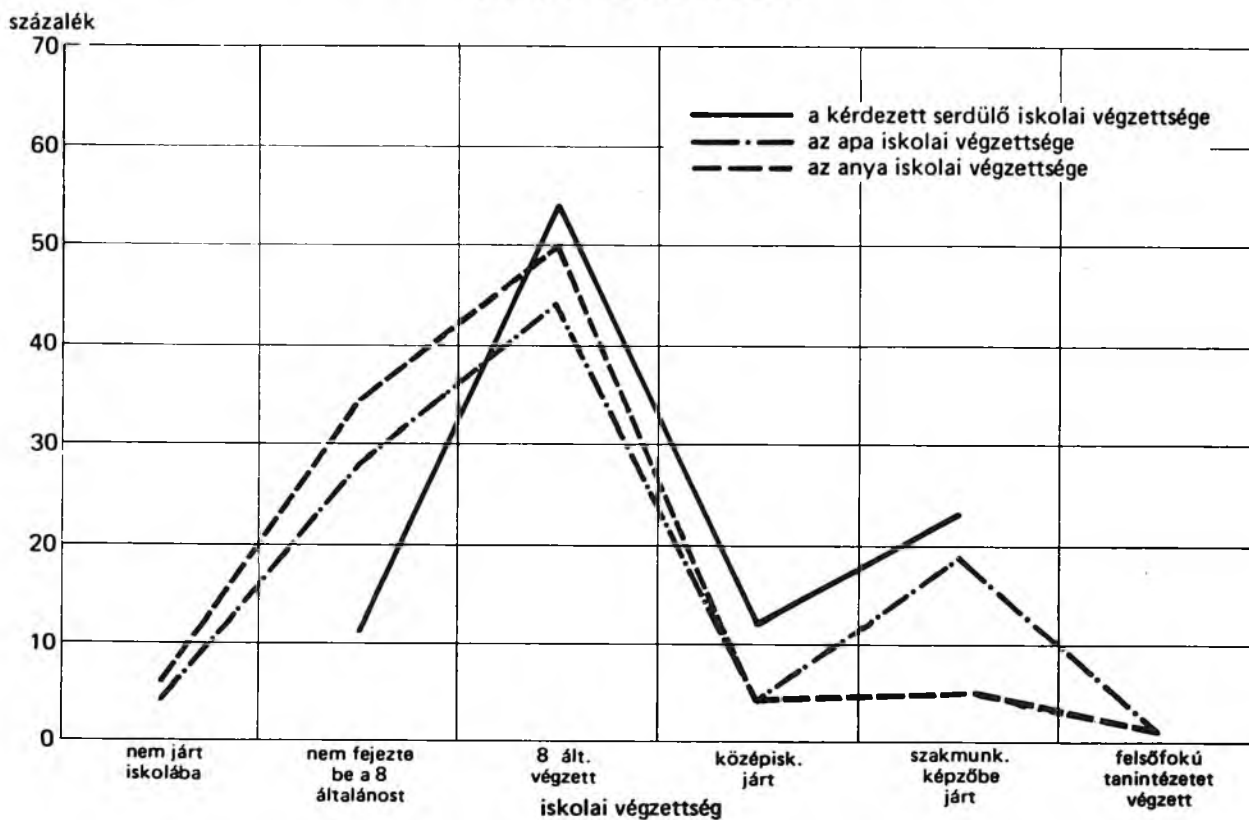
alminták között a megkérdezett serdülők iskolai végzettségében mutatkoztak, édesanyjuk végzettségi színvonalában is megtalálhatók. A legkedvezőbb helyzetben itt is a terhességüket megszakíttató serdülők édesanyja van, közöttük a legalacsonyabb az iskolába nem jártak, illetve a nyolc általánost be nem fejezettek aránya, de az általános iskola után továbbtanulók 30%-os aránya országos viszonylatban - figyelembe véve az anyák fiatal korstruktúráját - az átlagosnál alacsonyabbnak mondható. Az iskolai végzettség másik pólusán az élettársi kapcsolatban élő serdülők édesanyjának csoportja helyezkedik el. A többségében cigány származású anyák 34%-a nem járt egyáltalán iskolába, s ez az érték az országos arálynak mintegy százszorosa. További 39% nem végezte el az általános iskolát, s a középfokon továbbtanultak aránya mindössze 3%. A másik két almintába tartozó édesanyák e két szélső pólus között helyezkednek el oly módon, hogy a házasságban születő fiatalok anyjának iskolai végzettsége kismértékben magasabb, ami elsősorban arra vezethető vissza, hogy körükben alacsonyabb az iskolába nem jártak aránya (6%), mint azon édesanyák csoportjában (13%), akiknek lánya hajadonként, élettársi kapcsolaton kívül születő gyermeket.

A továbbiakban tekintsük át, hogy milyen összefüggés mutatható ki az egyes almintákba tartozó serdülők és szüleik iskolai végzettsége között. Az áttekinthetőség biztosítása érdekében az iskolai végzettségek összehasonlító ábrázolását almintánként végeztük el.

X/a. TERHESSÉGMESZAKÍTÁSON ÁTESETT HAJADONOK
ÉS SZÜLEINEK ISKOLAI VÉGZETTSÉGE

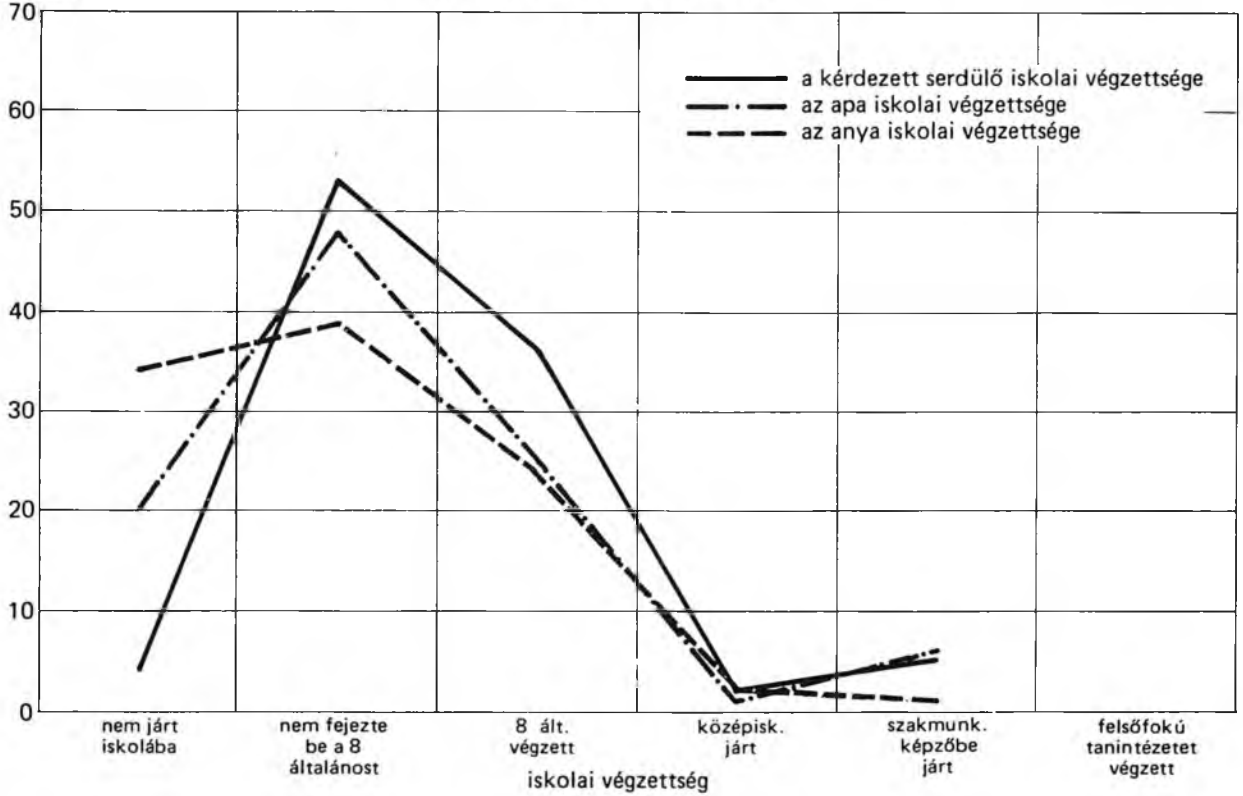


X/b. HÁZAS FIATALKORÚ ANYAK ÉS SZÜLEINEK
ISKOLAI VÉGZETTSÉGE



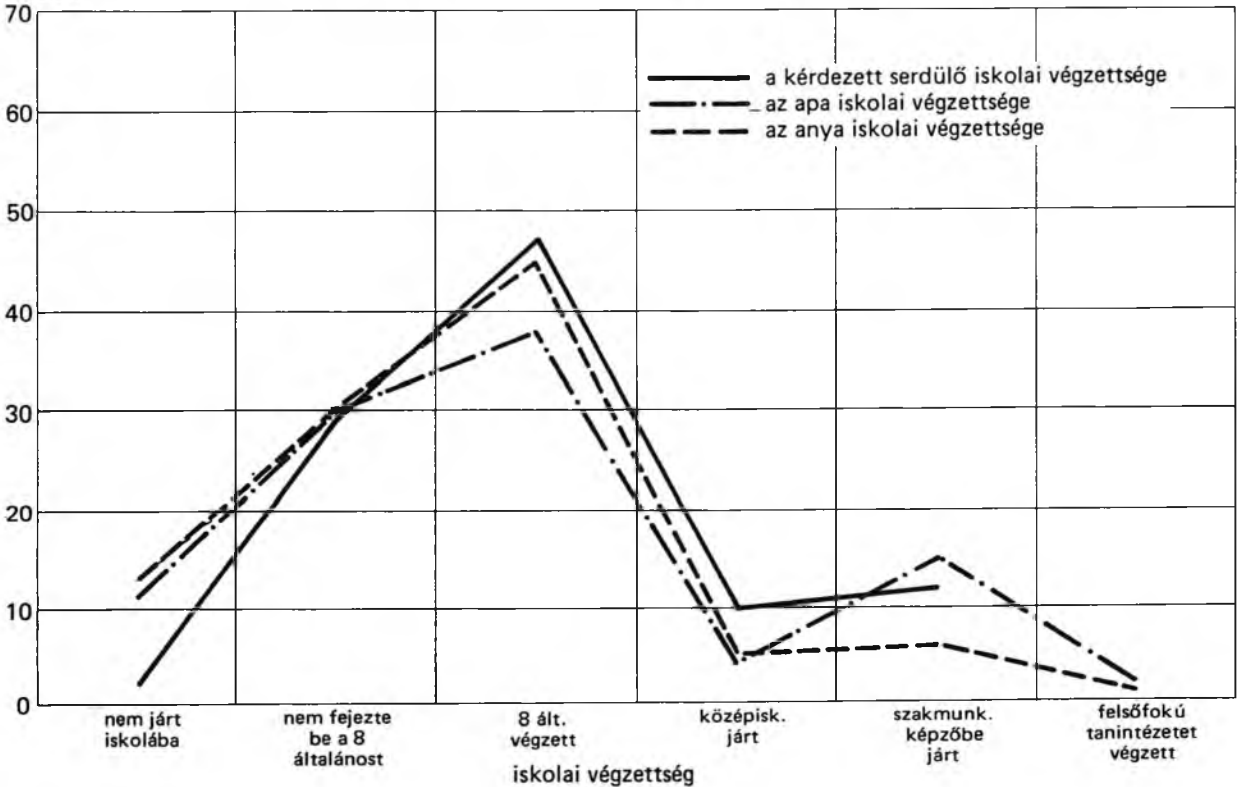
X/c. ÉLETTÁRSI KAPCSOLATBAN ÉLŐ
NEM HÁZAS ANYÁK ÉS SZÜLEINEK
ISKOLAI VÉGZETTSÉGE

százalék



X/d. EGYEDÜLLÁLLÓ NEM HÁZAS ANYÁK
ÉS SZÜLEINEK ISKOLAI VÉGZETTSÉGE

százalék



Az adatok grafikus ábrázolásából kitűnik, hogy mindegyik csoport esetében igaz, hogy a szülők iskolai végzettsége általában alatta marad a kérdezett serdülő iskolai végzettségének.

Az összefüggés részletesebb elemzése alapján az is megállapítható volt, hogy a szülők legalább az általuk elért, vagy a sajátjukénál egy fokkal magasabb végzettség felé irányítják gyermeküket. Vagyis, ha a szülők még egyáltalában nem jártak iskolába, lányuk már elkezdi az általános iskolát, de általában nem jut el a befejezésig, hanem az alsó vagy felső tagozatban kimarad. (Jól megfigyelhető ez a tendencia az élet társi kapcsolatban élő serdülők és szülei esetében.) Igen gyakori, hogy azok a szülők, akik legfeljebb az általános iskola 7. osztályáig jutottak el, gyermekükkel már befejeztetik az általános iskolát. A két generáció végzettsége között akkor a legkisebb az eltérés, ha mind a serdülő, mind szülei nyolc osztályos végzettséggel rendelkeznek. Ez részben azzal magyarázható, hogy a nyolc osztályos iskolai végzettség a népesség egészénél általában a legnagyobb gyakorisággal fordul elő, de feltételezhető emellett az a hatás is, hogy amennyiben a szülők elvégezték az általános iskolát, gyermekeiktől is megkövetelik, hogy legalább ugyanilyen végzettséggel rendelkezzenek, illetve a továbbtanulás irányába orientálódjanak.

Összefoglalva tehát az apa, az anya, valamint a serdülő végzettségi szintje közötti kapcsolatot megállapítható, hogy bár mind a szülő, mind a gyermek generáció többségére jellemző az a törekvés, hogy eleget tegyenek korunk általános követelményének, a 8 osztály elvégzésének, nem jelentéktelen az a visszahúzó vagy ösztönző hatás, amelyet a szülők átlag alatti vagy feletti iskolai végzettsége gyermekük végzettségi színvonalára gyakorol. Az elmaradott analfabéta, vagy csak néhány osztályt végzett szülők mellett lényegesen nagyobb az

esély arra, hogy lányaik is hasonló hátrányos helyzetből indítják önálló életüket, míg a szülők magasabb iskolázottsága pozitív, ösztönző példa gyermekük számára s abba az irányba motiválja őket, hogy folytassák és magasabb szinten fejezzék be tanulmányaikat.

Azok az eltérések, amelyek a vizsgálati minták között a szülők iskolai végzettségében fellelhetők voltak, érthető módon megmutatkoznak a szülők foglalkozási összetételében is. A terhességmegszakításon átesett lányok szüleinek gazdasági aktivitása, foglalkozási összetétele úgymond "normálisnak" nevezhető, tendenciájában megegyezik az országos arányokkal. A kereső tevékenységet folytató édesanyák aránya például 80%, ami gyakorlatilag teljesen azonos a produktív korban levő, dolgozó nők országos arányával. A művi abortuszon átesett hajadonok szüleinek többsége szak-, illetve betanított munkás és nem magas a segédmunkások aránya. Az édesanyák 30%-a, az apák 18%-a tevékenykedik szellemi munkakörben. Figyelembe véve azonban a diplomával rendelkezőknek az előbbieknél jóval alacsonyabb arányát, azt mondhatjuk, hogy a szellemi kategória általában nem értelmiségi, hanem középszintű, adminisztratív, ügyviteli munkakört takar.

A gyermeket szült serdülők szülei túlnyomó többségben, 90% feletti arányban fizikai munkaköröket töltenek be. Ezen belül igen magas a segédmunkások aránya, de míg a házassági állapotú serdülők szüleinél viszonylag magas a szak- és betanított munkásként dolgozó apák és anyák aránya is, a házasságon kívül szült serdülők szüleire a segédmunkásként dolgozók dominanciája jellemző. Hasonló különbségek mutatkoznak az édesanyák gazdasági aktivitásában is. Míg a terhességmegszakításon átesett serdülők esetében a háztartásbeli édesanyák aránya igen alacsony volt, addig a gyermeket szült fia-

talkorúak csoportjánál 40-45%-ot képviselt a nem kereső, háztartásbeli anyák aránya.

Az édesanyák eltérő gazdasági aktivitása alapvetően eltérő termékenységi magatartásukkal van összefüggésben, vagyis kisebb a háztartáson kívüli munkavállalás valószínűsége akkor, ha magasabb a szült és a családban ellátandó gyermekek száma. Az egyes vizsgálati csoportok között az előbbieken már vázolt különbségek az anya termékenységi magatartásában is jól megmutatkoznak. Míg a terhességmegszakításon átesett hajadonok családjában 2,46 volt az átlagos gyermekszám, a házasságban szült fiataloknál 3,57 és a házasságon kívül szültek esetében 4,89. A házasságon kívül szült serdülőkre jellemző tehát a leginkább, hogy sokgyermekes, nagycsaládokból származnak, több mint egyharmaduk hatgyermekes családban nevelkedett, de nem volt ritka a 10-11 testvér sem. E réteg magas termékenysége szorosan összefügg az anyák igen alacsony iskolai végzettségével és a cigány származásúak magas előfordulási gyakoriságával.

Felvetődik a kérdés, hogy a serdülő igen fiatalon megkezdett szexuális életével és korai gyermekvállalásával milyen mértékben követte az anyai példát, milyen mértékben hasonlít magatartása édesanyja termékenységi magatartásához?

A serdülő és édesanyja termékenységi magatartásának összehasonlítását természetesen nem tudjuk teljes folyamatában vizsgálni, csak a termékenységi magatartás egyik összetevője elemezhető, nevezetesen, hogy hány éves volt az édesanya, amikor első gyermekét szülte, milyen arányú volt az ugyancsak serdülőkorban szülő édesanyák előfordulási gyakorisága. A kérdés vizsgálatához először megállapítottuk, hogy hány éves volt a kérdezett édesanya, amikor első gyermekét szülte. Miután ennek megállapításához ismernünk kellett mind az édes-

anya, mind a testvérek születési évét, viszonylag magas volt az adathiány miatt az elemzésbe be nem vonhatók köre (az abortuszos hajadonoknál 10%, de a nem házas anyák esetében a 25%-ot is elérte). Ennek ellenére értékelhető számú információ állt rendelkezésünkre, mely adatok jól bizonyítják a családi szocializáció befolyásoló szerepét a fiatal lány szexuális és termékenységi magatartásának kialakulásában. A terhességüket megszakíttató hajadonok édesanyjánál viszonylag ritka volt a serdülőkori szülés, mindössze 10% hozta világra első gyermekét 18 éves kora előtt. Vagyis ha az anya számára a serdülőkori gyermekvállalás nem természetes esemény, közvetlen vagy közvetett szülői hatásra lánya is inkább a bekövetkezett terhesség megszakítása, mint kihordása mellett fog dönteni. Ezzel szemben a házasságon kívül szült fiatalkorúak esetében az édesanyák közel egyharmada maga is tizenéves korban szült először, s így lánya számára ez az életvezetési minta megkönnyítette, sok esetben természetessé tette az igen fiatalkori gyermekvállalást. Meg kell azonban jegyezni, hogy az adathiány miatt nem értékelhető esetek túlnyomó többsége a magas gyermekszámú, alacsony iskolázottságú családokból származik, amelyekről a demográfiai összefüggések ismeretében feltételezhető, hogy a gyermekszülés általában fiatal életkorban kezdődik el. Vagyis a nem megállapítható esetek figyelembevétele tovább növelné a tizenéves korban gyermeket szülő édesanyák arányát. Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy a házasságon kívül szült nők édesanyjánál tapasztalt gyakori serdülőkori anyaság - mint ahogy azt feltételeznénk - nem elsősorban a cigány származásúak magas arányára vezethető vissza. Kétségtelen ugyan, hogy a cigány származású anyák körében a tizenéves korban szültek aránya néhány ponttal magasabb az átlagosnál, de az eltérés nem nevezhető szignifikánsnak. Azt mondhatjuk tehát, hogy a házasságon kívül szült fiatal lányok jelentős része, etnikai hovatartozástól függetlenül olyan társadalmi rétegből száрма-

zik, amely közegben az igen fiatalon megkezdett szexuális élet, és a bekövetkezett terhesség kihordása tolerált, sőt természetes magatartásnak minősül.

Kiindulva abból a tényből, hogy a fiatalkorú anyák jelentős része termékenységtörténetét édesanyjához igen hasonló módon és azonos életkorban kezdi, feltételezhető, hogy termékenységi magatartása a későbbiekben is édesanyjához hasonló módon alakul. A sokgyermekes anyákkal kapcsolatos kutatásunk ugyanis azt mutatta, hogy azok a nők, akik életük során viszonylag sok - négy és több - gyermeket hoznak a világra, első gyermeküket igen fiatal életkorban, többnyire 18. életévük előtt megszülik. Más szóval a sokgyermekes anyák jelentős része a serdülőkorban anyává lett fiatal nők csoportjából kerül ki. Ebből következően az általunk vizsgált fiatalkorú anyák várható termékenységi magatartására nézve prognosztizálhatjuk a magas termékenységet, feltételezhetjük, hogy megkérdezettjeink életük során viszonylag sok gyermeket fognak a világra hozni.

Az édesanya termékenységi magatartásának szocializációs hatása jelentkezik azokban a véleményekben is, amelyekben a terhesség bekövetkezéséről értesülő szülők reakciói tükröződnek. Míg a művi abortuszon átesett lányok szüleire a felháborodás, az elkeseredés volt jellemző, illetve annak a kívánságnak a nyomatékos megfogalmazása, hogy a terhességet meg kell szakíttatni, a gyermeket szült fiatalkorúak esetében jóval gyakoribb a pozitív, sok esetben örömteli szülői reakció. Érthető módon gyakrabban találkozunk pozitív szülői véleményekkel azoknál a fiatalkorúaknál, akik a gyermek érkezése előtt törvényesítették kapcsolatukat és házasságot kötöttek. De még akkor is, ha a gyermek viszonylag rendezett családi körülmények között jön világra, önmagában az a tény, hogy

az anya pozitív, örömteli eseménynek tekinti 15-16 éves lánya terhességét, arra utal, hogy saját értékrendjében a fiatalkori házasság és gyermekvállalás elfogadott, természetes magatartásnak minősül. A pozitív szülői reagálás nem ritka azonban a házasságon kívül szült serdülők esetében sem. Éspedig annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy az anya pozitívan éli át leánya terhességét, minél fiatalabb volt ő maga is első gyermeke megszületése idején. Természetesen a szülői reakciók függenek a serdülő életkorától, a partnerkapcsolat jellegétől, szorosságától és a család etnikai hovatartozásától is. Az élettársi kapcsolatban élő, cigány származású fiatal nők esetében a pozitív szülői vélemények a serdülő életkorától függetlenül, még a 14-15 éves hajadonok esetében is, túlsúlyba kerülnek. A szülők az élettársi kapcsolatot a házassággal egyenértékűnek tekintik és a születendő gyermeket kifejezetten örömmel várják.

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a szülők demográfiai jellemzői, a családi háttér és a serdülő termékenységi magatartása között meglehetősen szoros kapcsolat mutatható ki. A terhesség kihordása mellett döntő, különösen a gyermeküket házasságon kívül világra hozó fiatal nők általában alacsonyabb iskolai végzettségű, döntően fizikai foglalkozású, ezen belül meghatározóan szakképzetlen munkát végző szülőktől származnak. Ezekben a családokban az édesanya sok esetben maga is tizenéves korában szült először, s így a serdülőkori gyermekszülés házasságban vagy házasságon kívül, a családi környezet által tolerált, sőt elfogadott magatartásforma. Ezzel szemben a magasabb iskolai végzettségű, kvalifikáltabb munkát végző szülők esetében a serdülők részben a szülői ráhatásra és az anyai példa követésére visszavezethetően, részben saját tudatosabb életszemléletük következtében, átgondolva a fiatalkori gyermekvállalás következményeit inkább a

kisebb rossz, a terhesség megszakítása mellett döntenek. A művi abortuszra került serdülők és szüleik tehát demográfiai jellemzőik alapján korántsem jelentenek valamiféle marginális csoportot, sajátosságaikkal jól illeszkednek a társadalom egészébe.

4. A partnerkapcsolatok kialakulása és stabilitása

Az eddigiekben a fiatalkorú terhesek demográfiai jellemzőit és családi hátterét vizsgáltuk, megkísérelve feltárni, hogy milyen összefüggés mutatható ki a serdülő termékenységi magatartása és a reá, valamint a szüleire jellemző demográfiai paraméterek között. A háttér, a gyermekkori indítatás ismeretében nézzük meg, hogy hogyan jellemezhetők azok a partnerkapcsolatok, amelyek végül is a terhesség bekövetkezéséhez, majd azt követően az abortuszhoz, vagy szüléshez vezettek.

A partnerek jellemzői

Mindenekelőtt ismerkedjünk meg a partner személyével. A terhességüket megszakítottó lányok esetében a partnereket átlagos "normális" körülmények jellemzik. Túlnyomó többségükben nőtlen családi állapotú férfiak, akiknek életkora jól illeszkedik a serdülő lányok fiatal korstruktúrájához, közel 50%-uk maga is tizenéves, azaz a szó szoros értelmében véve kortárs. A partnerek többsége dolgozik, éspedig kvalifikációt igénylő fizikai munkakörben, a segédmunkások aránya alacsony. A felvétel időpontjában nem dolgozó partnerek részben tanulók voltak, részben olyanok, akik éppen sorkatonai szolgálatukat töltötték, vagyis nem munkakerülő, csövező, börtönben levő személyek.

Hasonlóan kedvező, átlagos kép rajzolható a házasságban szült fiatalkorúak férjeiről is. Életkorukat tekintve a többség a 20-24 éves korosztályba tartozik, de elgondolkodtató az a 16%-ot képviselő csoport, ahol a férj maga is 20 éven aluli, s így alkalmassága, érettsége a házasságkötésre mindenképpen megkérdőjelezhető. A férjek iskolai végzettsége elmarad

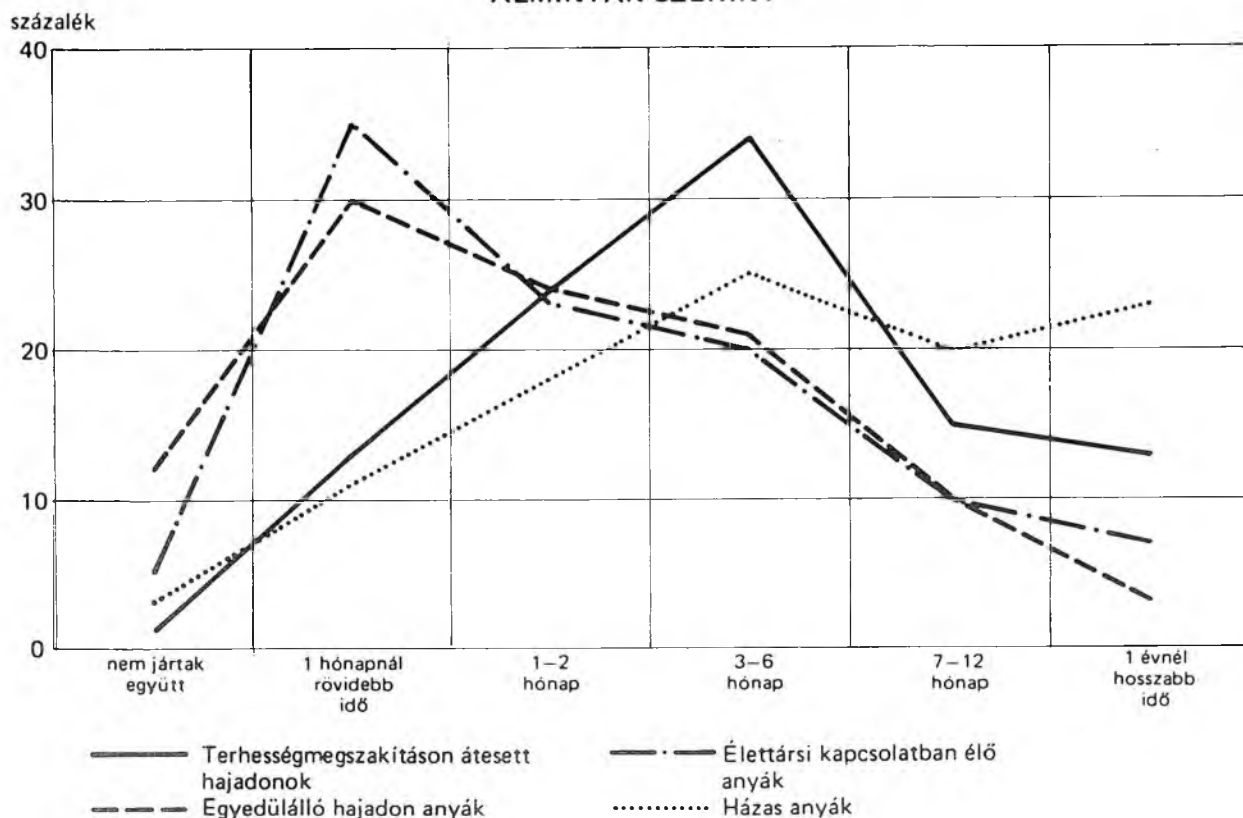
ugyan a hasonló korú férfi népesség iskolázottsági szintjétől, de lényegesen magasabb, mint serdülő feleségéi. Ez természetesen a férjek idősebb korstruktúrájával is összefügg. Csaknem valamennyi férj dolgozott a felvétel időpontjában, illetve aki nem, az éppen sorkatonai szolgálata miatt szüneteltette kereső tevékenységét. Túlnyomó többségüket fizikai munkakörben foglalkoztatják. Ezen belül domináns a szakmunkások aránya, de valamivel gyakoribb a segédmunkások előfordulása, mint a terhességüket megszakíttató lányok partnereinél. A szellemi munkakörben dolgozók aránya jelentéktelen.

A legnagyobb szélsőségek a házasságon kívül szült fiatalkorúak partnereinél mutatkoztak. Kormegoszlásukat tekintve itt a leggyakoribb az igen fiatal és a viszonylag idős partnerek előfordulása. A tizenéves korban apává váló férfiak aránya közel 40%, de nem ritka a 15-16 éves apa sem. A serdülőkorú nőhöz viszonyítva idős, 30 éven felüli partnerek aránya 6%, míg az apák túlnyomó többsége nőtlen családi állapotú, ebben az idősebb korcsoportban a férfiak többsége már házas vagy elvált volt. Érdekes módon éppen a magasabb iskolai végzettségű, középiskolában továbbtanuló lányok létesítettek kapcsolatot a viszonylag idősebb házas vagy elvált férfiakkal. Az apák fiatal korstruktúrájához viszonyítva alacsony (2%) a tanuló, még iskolába járó partnerek aránya. A túlnyomó többség dolgozik, éspedig elsősorban segédmunkásként, a szakmunkások aránya az előző két mintánál tapasztalathoz képest jóval alacsonyabb. Néhány százalékban ugyan, de itt már megjelenik egy olyan csoport is, akik nem, vagy csak alkalmilag dolgoznak, s akiknél e magatartás háttérében devianciára utaló okok - mint börtönbüntetés, munkakerülés - húzódnak meg.

A serdülők szexuális magatartásának jellemzői

A serdülő lány és partnere közötti kapcsolat alakulását vizsgálva megnéztük, hogy mennyire hosszantartó ismeretség előzte meg az első szexuális együttlétet, azaz mennyi idő telt el a megismerkedés, az "együttjárás" és az első nemi érintkezés között. Általában azt mondhatjuk, hogy a kérdezettek többsége igen rövid ideig tartó ismeretség után szexuálisan is realizálta kapcsolatát, mégis az előzetes ismerkedés, az együttjárás időtartamát tekintve az egyes alminták között bizonyos eltérések tapasztalhatók.

XI. A SZEXUÁLIS KAPCSOLATOT MEGELŐZŐ ISMERETTSÉG IDŐTARTAMA ALMINTÁK SZERINT



A szexuális kapcsolatot megelőző ismeretség időtartamát tekintve szignifikáns különbségek mutatkoznak a házasságon kívül szült anyák, a terhességmegszakításon átesett hajadonok és a házas fiatalkorú anyák csoportjai között. Míg a terhességüket megszakíttató lányok, illetve a szülés előtt házasságot kötött fiatalkorúak esetében igen alacsony (1-3%) azok aránya, akiknél a szexuális kapcsolat létesítését nem előzte meg hosszabb-rövidebb ideig tartó ismerkedési szakasz, vagyis "nem jártak együtt", a házasságon kívül, s különösképpen a még élettársi kapcsolatban sem élő fiatal anyáknál viszonylag jelentős volt azok aránya, akiknél a megismerkedést azonnal szexuális együttlét követte. Nem sokat különbözik ettől azoknak a fiatal lányoknak a magatartása sem, akiknél kimutatható volt ugyan egy ismerkedési, együttjárási szakasz az első szexuális együttlétet megelőzően, de ez az időszak minden esetben 1 hónapnál rövidebb volt. A házasságon kívül szült fiatal nők mintegy egyharmadára volt jellemző, hogy 1-3 hetes ismeretség után szexuális kapcsolatra léptek, míg a házas- és a terhességüket megszakíttató serdülők csoportjánál viszonylag ritkán fordult elő ilyen rövid ismeretség utáni szexuális kapcsolat. A partnerkapcsolat kialakítását illetően elsősorban a házasságkötés után szült fiatal nőkre jellemző egy átgondoltabb, megfontoltabb magatartás, esetükben a megkérdezettek közel felénél volt kimutatható 6 hónapnál hosszabb, ezen belül 23%-nál egy évnél hosszabb ismerkedési, együttjárási szakasz.

A serdülő szexuális magatartását - mint arra még a későbbiekben visszatérek - számos társadalmi-demográfiai tényező befolyásolja. Az, hogy a jelen, általunk vizsgált kapcsolatba mennyi ideig tartó előzetes ismeretség után lépett be, függ a jelen kapcsolatot megelőző életszakaszának szexuális magatartásától, vagyis attól, hogy volt-e már korábban is szexuális kapcsolata, vagy sem. Azok a fiatal nők ugyanis,

akik mostani kapcsolatukat megelőzően más partnerrel már szexuális életet éltek, könnyebben, rövidebb ideig tartó ismeretség után sodródhatnak újabb kalandokba. Korábbi szexuális kapcsolatáról a megkérdezetteknek mintegy egynegyede számolt be, de valószínű, hogy többen elhallgatták korábbi párkapcsolataikat, hogy a valóságnál kedvezőbb képet alakítsanak ki magukról. Vagyis azt mondhatjuk, hogy a serdülő lányok legalább egynegyedének volt már biztosan korábbi kapcsolata.

A serdülőkorban teherbe esett fiatal nők szexuális magatartásának egyik jellemző sajátossága az igen fiatal korban megkezdett szexuális élet. Ez csak részben magyarázható azzal a nyilvánvaló összefüggéssel, hogy ha valaki 18 éves kora előtt teherbe esik, értelemszerűen szexuális életét is fiatalon kell megkezdenie. Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy viszonylag magas volt azon fiatal nők aránya, akiknél a szexuális élet kezdete és jelen terhessége között egy vagy akár két év is eltelt.

Az igen fiatalon megkezdett szexuális élet elsősorban a házasságon kívül gyermeket vállaló serdülők csoportjára volt jellemző. A hajadon családi állapotú anyák 3/4-ének volt már 15 éves korára legalább egy szexuális kapcsolata, de viszonylag magas azok aránya is (17%), akik első szexuális tapasztalataikat már 13 éves korukra megszerezték. A házas fiatalok anyák szexuális életüket valamivel későbbi életkorban indították - a megkérdezetteknek "csak" mintegy fele 15 éves korában, illetve az előtt - és a legkedvezőbb korstruktúrát e vonatkozásban a művi abortuszon átesett hajadonoknál találtunk.

A kutatási adatok szerint a serdülő szexuális magatartását, a nemi élet kezdetének életkorát több demográfiai, társadalmi körülmény befolyásolja, amelyek közül kiemelkedő jelentőségű a családi háttér hatása, valamint a fiatal lány

kulturális színvonalának befolyásoló szerepe. A családi háttéren belül meghatározó szerepe van az anya személyének. Abban az esetben, ha az anya maga is serdülőkorban szülte első gyermekét, nagyobb a valószínűsége, hogy lánya is igen fiatal korban létesíti szexuális kapcsolatát, míg ha az édesanya felnőtt korba, 20 éves kora után vált anyává, gyermeke is később kezdi meg nemi életét. Az anyai példa, az anyai minta követe-se tehát nemcsak a serdülő termékenységi magatartását, a szülés vagy az abortusz melletti döntését befolyásolja, hanem szerepet játszik már a partnerkapcsolat kialakulásánál is. Ugyanígy kihat a tizenéves lány szexuális magatartására az anya halála, elvesztése is. Az elhalálozott édesanyák aránya a házasságon kívül szült fiatalok esetében volt relatíve jelentős - az országos adatokhoz és a másik két minta megoszlásaihoz képest magas -, de az esetszámok önmagukban nem túl nagyok, így csak óvatos következtetések levonását teszi lehetővé. Az anya elvesztésének és a szexuális élet kezdetének életkora azonban sok esetben szembetűnően egybeesik, ami arra enged következtetni, hogy az anya halála miatti megrázkódtatás gyakran kiváltja, vagy legalábbis felgyorsítja a korai szexuális kapcsolatok létesítését.

A serdülő szexuális viselkedését befolyásolja továbbá az iskolai végzettségben megjelenő és mérhető kulturális színvonal is. Minél alacsonyabb a fiatal lány iskolai végzettsége, annál fiatalabb korban kezd nemi életet élni, illetve annál rövidebb ideig tartó ismeretség után létesít partnerrel szexuális kapcsolatot. Úgy tűnik, hogy a választó vonalat a nyolc osztály elvégzése jelenti. Az általános iskolát befejezettek későbbi életkorban is hosszabb ismeretség után kezdték meg szexuális életüket. A középiskolában továbbtanulóknál pedig méginkább széthúzódik az idősáv, amikor csak "együttjárnak" a fiatalok, de még nem kerül sor az első szexuális együttlétre.

Az anya termékenység magatartásának és a serdülő iskolai végzettségének differenciáló szerepétől nem független, hogy az etnikai hovatartozás is befolyásolja a fiatal lány szexuális magatartását. A cigány származásúak esetében, társadalmi rétegük normáinak és szokásainak megfelelően gyakoribb az igen fiatal korban, rövid együttjárás után megkezdett szexuális élet.

Az elmondottak ismeretében nyilvánvaló, hogy az egyes alminták között a serdülők szexuális magatartásában fellelhető különbségek több, azonos irányba ható társadalmi-demográfiai tényező eredőjeként jönnek létre. A házasságon kívül szült fiatal nők esetében az igen korai életkorban, rövid, 1-2 hetes ismeretség után szexuális kapcsolatra lépők gyakori előfordulása alacsony iskolai végzettségükkel, a cigány származásúak és a serdülőkorban szült édesanyák magas arányával áll összefüggésben. A másik két al minta esetében - elsősorban a terhességüket megszakíttató lányok csoportjában - a viszonylag magasabb iskolai végzettség a pozitívabb anyai példa a serdülő szexuális magatartását, partnerkapcsolatának kialakítását, átgondoltabb kedvezőbb irányba motiválja.

A partnerkapcsolatok alakulása

A vizsgálati minták között tehát, amint láttuk, már a kapcsolat kialakulásának időpontjában eltérő életvitelre utaló, jellegzetes magatartásbeli különbségek mutathatók ki. A kapcsolat elmélyülésével és az idő múlásával a kezdeti különbségek tovább erősödnek és az egyik csoportnál házasságba, vagy élettársi kapcsolatba torkollnak, míg a többieknél vagy megmaradnak a partnerkapcsolat szintjén, vagy hosszabb-rövidebb idő után a kapcsolat megszűnésével járnak. Legstabilabbnak a házasságkötéssel végződő párkapcsolatok nevezhetők. A meg-

kérdezettek több mint felénél a házasságkötést egy évnél hosszabb ismeretség, "együttjárás" előzte meg, sőt a fiatal nők 1/3-a már a házasságkötés előtt élettársi kapcsolatban élt leendő férjével. A házasság előtt együttélők többsége alacsony végzettségű, cigány származású fiatal nőkből tevődik ki és az élettársakra, szakképzetlen, segéd- vagy betanított munkát igénylő foglalkozás jellemző. Esetükben előfordul, hogy az anya ugyanebből a partnerkapcsolatból korábban már házasságon kívül gyermeket, vagy akár gyermekeket hozott a világra. Voltaképpen a házasságban szült fiatalkorú nők mintájában szereplő valamennyi cigány származású serdülő élettársi kapcsolatból lépett a házassági kapcsolatba. Az esetek túlnyomó többségében a bekövetkezett terhesség miatt került sor a házasság megkötésére, bár a megkérdezettek nagy részének állítása szerint "mindenképpen házasságot kötöttek volna, a terhesség csak előbbre hozta a házasságkötés tervezett időpontját". Mintánk 72%-ánál volt egyértelműen megállapítható, hogy a teherbeesés már a házasságkötést megelőzően bekövetkezett. A terhesség észrevételét, illetve megállapítását viszonylag gyorsan követi a házasság megkötése, s így a gyermek születése és a házasságkötés között átlagosan 5 hónap telik el. Viszonylag ritka volt azoknak az eseteknek a száma - s elsősorban akkor fordult elő, ha a leendő apa is tizenéves serdülő volt - amikor a házasságkötés az utolsó pillanatra tolódott ki, vagyis a házasságkötés és a szülés hónapja azonos volt.

A kapcsolat szorosságának mértékét tekintve a rangsor következő fokát az élettársi kapcsolatok jelentik. Bár jogilag az élettársi kapcsolatok nem egyenértékűek a házassággal, de az a társadalmi, családi környezet ahonnan az ilyen fiatal korban élettársi kapcsolatot létesítő serdülők származnak, az esetek többségében az együttélést egyenértékűnek tekinti a házassággal. Ezt támasztják alá a már korábban is

említett szülői vélemények, amelyekkel a szülők gyermekük terhességére reagáltak. Az "örültek", "természetesnek tartották", "a szülők szemében ők már házasok" vélemények igen gyakoriak voltak a partnerrel együttélő serdülők csoportjában.

Általánosan jellemző, hogy a szexuális kapcsolat és az élettársi kapcsolat létesítése között igen rövid idő telik el. Az élettársi kapcsolatnak csak mintegy 15%-áról mondható el, hogy kialakulásukat a fiatalok közötti, legalább 6 hónapos szexuális kapcsolat előzte volna meg. Többségük az első szexuális együttélést követő egy hónapon belül összeköltözik partnerével, s ez a gyors kapcsolatkiakítás részben az igen fiatal, cigány családokból származó serdülőkre, részben a relatíve "idősebb", 17 éves korukat betöltött fiatal nőkre jellemző. Ez utóbbiak sok esetben valamilyen kedvezőtlen családi esemény, szülő/szülők halála miatt menekülnek ebbe az életformába. A cigány származású serdülők esetében gyakori továbbá, hogy a szexuális kapcsolat és az élettársi kapcsolat létesítése időben egybeesik, ami a cigány népesség szokás- és normarendszerét figyelembe véve azt jelenti, hogy az első nemi érintkezésre csak a "házasságkötés után" került sor.

Felvetődhet a kérdés, hogy a serdülő lány és partnere együttélését milyen mértékben tekinthetjük tényleges élettársi kapcsolatnak. A felvétel során természetesen nem volt módunk arra, hogy a kapcsolat intenzitását kontrolláljuk, de több összefüggésből következtethetünk a kérdés valóságtartalmára. Az egyik jellegzetesség, hogy az együttélések a kérdezettek fiatal korához viszonyítva relatíve hosszú időtartamúak; a kapcsolat létesítése és a gyermek születése között átlagosan 1,1 év telt el, de a 17 évesek csoportjában nem ritka, hogy 2-3 éves együttélés előzi meg a gyermek születését. A kapcsolatok elfogadottságának bizonyítéka továbbá a család

támogató magatartása is, az a tény, hogy a fiatal párok túlnyomó többsége vagy a fiatal lány, vagy partnere szüleihez költözik, vagyis az együttélést valamiképpen a család is jóváhagyja. A kapcsolatok stabilitására utal, az élettársi viszonyban élő serdülők tudatosabb, következetesebb szexuális magatartása is. Az élettársi kapcsolatban élők túlnyomó többségének a jelen kapcsolat volt élete első szexuális kapcsolata, míg akiknél nem jött létre ilyen jellegű tartós együttélés, csaknem kétszer olyan magas volt a többedik szexuális kapcsolatot létesítők, a kapcsolatból kapcsolatba sodródó fiatal lányok aránya. Az együttélés tartós, többé-kevésbé megalapozott jellegét bizonyítja továbbá az a mód, ahogy a serdülő anya jelenlegi helyzetét és további sorsának várható alakulását megítéli. E szubjektív értékítéletekből egyértelműen kicseng az anya biztonságérzete, élettársa ismétlődően szerepel a jövőre vonatkozó terveiben mind a tervezett házasságkötés, mind a későbbi gyermekszülések vonatkozásában.

Sokkal bizonytalanabb azoknak a fiatal anyáknak a helyzete, akik partnerükkel a gyermek születése előtt sem házasságot nem kötöttek, sem élettársi viszonyra nem léptek. Ezeket a tizenéves korban anyává lett lányokat tekinthetjük ténylegesen egyedülálló anyáknak, megesezt lányoknak. Hogy mennyire igazak ezek a jelzők, bizonyítja, hogy a megkérdezettek 3/4-ének partnerkapcsolata a gyermek születésekor már nem állt fenn. A megszünt kapcsolatok esetében igen gyakori, hogy a partner nem hajlandó elismerni az apaságot sem, s ez a tény a fiatal anya helyzetét tovább súlyosbítja.

Alapvetően más a terhesség kihordása helyett az abortusz mellett döntő serdülő lányok helyzete. Függetlenül attól, hogy fennáll-e a kapcsolat az abortusz időpontjában vagy sem, soruk további alakulását illetően kilátásaik jóval kedvezőbbek.

Bár kétségtelenül igaz, hogy nem lehet közömbös a fiatal lány számára, hogy a terhesség sorsát, kihordását érintő döntésben számíthat-e partnere támogató segítségére, azaz könnyebben élik át a terhességmegszakítás pszichikai traumáját azok a serdülők, akiknek az abortusz időpontjában még tartott a kapcsolatuk. A gyermeket szült és a terhességüket megszakíttató hajadonok partnerkapcsolatait összehasonlítva azt a megállapítást tehetjük, hogy a megszűnt és a fennálló kapcsolatok aránya éppen ellentétesen alakul. Míg a hajadon anyák esetében a kapcsolatok 3/4-e szűnt meg a gyermek születésének időpontjára, a terhességüket megszakíttató lányok esetében a kapcsolatok 3/4-e tartott még az abortusz időpontjában. Miután a társadalmi-demográfiai háttér e két csoportnál sokban azonos, valószínűsíthető, hogy az eltérés részben a leányanyák meggondolatlanabb magatartására, a gyakran igen rövid ismeretség után létesített szexuális kapcsolataira, részben a partnerek a felelősségvállalástól való félelmére vezethető vissza. Mászóval úgy tűnik, hogy a gyermek születése katalizálja, felgyorsítja a szakítás folyamatát, míg a terhesség megszakíttatása stabilizálja, vagy legalábbis fenntartja a kapcsolatot.

5. Fogamzásgátlási ismeretek és védekezési gyakorlat

A fiatalok terhes nők szexuális magatartását vizsgálva megállapítottuk, hogy a megkérdezettek általában igen fiatal életkorban kezdtek szexuális életet élni. A serdülőkori teherbeesések okait kutatva felvetődik a kérdés, hogy milyen összefüggés állt fenn a szexuális élet kezdetének életkora és a tizenéves korban bekövetkezett terhességek között, vagyis; hogy a serdülőkori teherbeesésekért milyen mértékben felelős a kiskorú szexuális magatartása, teherbeesésének nem az-e az elsődleges oka, hogy igen fiatalon kezdett szexuális életet élni?

A serdülőkori terhességek okait kutató nemzetközi vizsgálatok megállapításai és számos észak-európai ország tapasztalatai arra engednek következtetni, hogy a szexuális élet kezdetének életkora és a terhesség bekövetkezése között nem áll fenn közvetlen, egyértelmű, oksági kapcsolat. A skandináv országokban, vagy akár Hollandiában és Dániában a fiatal lányok többsége igen fiatalon kezd nemi életet élni, mégis mind a serdülőkori szülések, mind a terhességmegszakítások száma hosszú évek óta igen alacsony. A téma külföldi szakértői szerint a fiatalok teherbeesések bekövetkezése nem attól függ, hogy egy fiatal lány hány éves korban kezd szexuális életet élni, hanem attól, hogy mennyire felkészülten, milyen fogamzásgátlási ismeretekkel létesít szexuális kapcsolatot. A fenti megállapítást az említett országok tapasztalatai is alátámasztják, mert bebizonyosodott, hogy elsősorban azokban az országokban sikerült visszaszorítani a serdülőkori terhességeket, amelyekben megoldották az iskolában és a tömegkommunikációban a fogamzásgátlási oktatást és ismeretterjesztést és egyidejűleg biztosították a hatékony és a tizenévesek által is alkalmazható fogamzásgátlási eszközök választékát és forgalmazását.

Kutatásunk során mi is nagy hangsúlyt fektettünk e problémakör vizsgálatára. Megnéztük, hogy a fiatal lányok mennyire voltak tájékozottak a szexuális élet várható következményét, a teherbeesést illetően, milyen ismereteik voltak a megelőzés lehetőségeiről, eszközeiről és milyen csatornákon szerezték be információikat.

Általában véve megállapítható, hogy a fiatal lányok meglehetősen felelőtlenül, felkészületlenül létesítenek szexuális kapcsolatot, túlnyomó többségük úgy kezdett szexuális életet élni, hogy senkitől sem kért tanácsot a megelőzésre vonatkozóan. A minták összességére jellemző negatív magatartáson belül azonban éppen a megkérdezettek iskolai végzettségének függvényében eltérések mutatkoznak. Miután az iskolai végzettség emelkedésével nő a tanácsot kérő lányok előfordulási gyakorisága, ezért az általában magasabb iskolai végzettségű, abortuszon átesett hajadonok esetében gyakoribb, hogy tanácsot kérnek környezetüktől, de a viszonylag magas arány nem több, mint 35%. Legalacsonyabb a tanácsot kérők aránya a házasságon kívül, de élettársi kapcsolatban gyermeket vállaló fiatal anyák esetében (a 10%-ot sem éri el), mely az alacsony iskolai végzettségre és a csoport etnikai összetételére, a cigány népesség magatartására, a szexuális élettel, a védekezéssel és a teherbeeséssel kapcsolatos sajátos gondolkodásmódjára vezethető vissza.

A tanácsot kérő fiatal lányok többsége elsősorban édesanyjához fordult segítségért. Különösen megnő az anya szerepe akkor, ha a szülők már korábban tudtak gyermekük szexuális kapcsolatáról, míg ha nem voltak tájékozottak arról, hogy lányok szexuális életet él a barátnő tanácsadói szerepe lesz meghatározó. Bár igaz az, hogy a serdülők, ha egyáltalában kértek tanácsot, elsősorban édesanyjukhoz fordultak, de más

megvilágításban a kérdés úgy is megfogalmazható, hogy a megkérdezettek 93-95%-a nem akart, vagy nem mert szexuális problémáival édesanyjához fordulni, s ez az igen magas arány mindenképpen negatív képet fest a vizsgált családok légköréről, a szülő-gyermek viszonyról és az anyai magatartásról általában. Az anyák korstruktúráját tekintve magatartásuk még megmagyarázhatatlanabbá válik, hiszen többségük 40-45 éven aluli, vagyis elég fiatal ahhoz, hogy megértse és átérezze gyermeke szexuális problémáit. Az édesanyák iskolai végzettsége bizonyult az egyetlen demográfiai paraméternek, amelynek mentén differenciálódik a tanácsot kérő serdülők aránya. A középiskolát vagy egyetemet végzett anyák esetében jóval gyakoribb, hogy a fiatal lány kikéri édesanyja tanácsát, véleményét még szexuális életének megkezdése előtt.

Bár kétségtelenül igaz, hogy a bekövetkezett terhességért nem kizárólag, vagy talán nem is elsősorban a szülők tehetők felelőssé, de egyértelműen felelős az a családi légkör, amely nem elég nyitott és őszinte az ilyen jellegű kérdések felvetéséhez, megtárgyalásához. A szülők jelentős része nemcsak kamasz gyermeke biológiai fejlődését, nemi érését nem kísérte figyelemmel, de a bekövetkezett terhesség hírére is igen sajátosan reagált. Korábban már utaltunk arra, hogy a terhesség bekövetkezését a szülők eltérő módon élték át, s az egyes vélemény típusokban nemcsak a teherbeesés eltérő körülményei, hanem a családok eltérő értékrendje, a szülők eltérő magatartása is kifejezésre jut. Azonos családi állapotú, azonos életkorú és a terhesség kimenetelét tekintve is azonos helyzetben lévő serdülők esetében igen különböző szülői reakciókkal találkoztunk. A családi légkör szempontjából legnegatívabbnak a közömbös szülői magatartás minősíthető. Mert amennyire megérthető, hogy a bekövetkezett terhességre a szülők egy része haraggal, felháborodással vagy elkeseredéssel

reagál, vagy a serdülő rendezett körülményei, tartós párkapcsolata, esetleg házassága esetén örömmel, egyetértéssel veszi tudomásul, annyira megdöbbenő a terhességgel nem törődő, közömbös, érdektelen szülői magatartás, amikor a szülő a terhesség megszakításában vagy kihordásában sem ad tanácsot, kiskorú gyermekére bízva e sorsdöntő kérdés megoldását. Elgondolkodtatóan alacsony volt azoknak a családoknak az aránya, amelyekben a szülők támogatólag, segítőleg, együttérzéssel álltak terhes gyermekük mellé, a családi háttér biztonságát nyújtva számukra ebben a kétségkívül nehéz helyzetben.

A fiatal nők jelentős része ugyanakkor igényelné a család segítségét, az anyai útmutatást. A túlnyomó többség úgy érzi, hogy korai terhességéért családjá, édesanyja is felelős, mert nem fordított kellő figyelmet szexuális nevelésére. A serdülők részéről az igényelt segítség nem korlátozódik a fogamzásgátlási felvilágosításra, hanem a párválasztással, a partnerkapcsolatokkal, a szexuális élet általános kérdéseiben szeretnének több útmutatást kapni. Bár e serdülői véleményekben a felelősségáthárítás szándéka is fellelhető, de kétségtelenül igaz, hogy a fiatal lány szexuális magatartásában az anya szerepe, a család szocializáló hatása meghatározó lehet.

Azokban az országokban, amelyekben a serdülőkori terhességek aránya alacsony, a fiatalkori terhességek visszaszorításának kulcskérdését a fogamzásgátlási ismeretek iskolai oktatásában látják. Tény, hogy a jól kidolgozott programok alapján bevezetett iskolai oktatást követően számos országban a kiskorúak teherbeesése jelentősen lecsökkent. Magyarországon a Minisztertanács 1973. évi népesedéspolitikai határozata rendelte el kötelező érvénnyel a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek oktatását az állami oktatás egész rendszerében, az általános iskolától a felsőoktatási intézményekig. Megfelelő ismeret-

tek hiányában nem tartanám megalapozottnak a családi életre nevelés iskolai oktatásának hatékonyságát minősíteni - az nem a jelen dolgozat feladata -, de tény az, hogy a serdülőkori szülések és abortuszok számaránya 1973-at követően, a várható csökkenés helyett tovább növekedett. Mintánk sajátos jellege miatt sem alkalmas a korosztály egészére általánosítható következtetések levonására, hiszen az általunk vizsgált fiatal lányok esetében a terhesség minden esetben bekövetkezett, s nincs információnk arról, hogy a szexuális életet élő serdülők mekkora hányada védekezik eredményesen. Nem zárható ki, hogy a fogamzásgátlási ismeretek iskolai oktatása nélkül a serdülőkori teherbeesések aránya még magasabb lenne. Annak ellenére, hogy az általunk vizsgált példa egyoldalúan negatív, mégis a megkérdezettek életkora és a többség iskolai végzettsége alapján alkalmas annak a vizsgálatára, hogy mennyire rögzültek ezek az ismeretek, illetve hogy ezeknek az ismereteknek a megléte vagy hiánya milyen módon befolyásolta a serdülő magatartását.

A családi életre oktatás hatékonyságát, vagy pontosabban azt, hogy a serdülő mennyire emlékszik vissza az iskolában tanultakra, alapvetően a serdülő iskolai végzettsége determinálja. Erre vezethető vissza, hogy az általában alacsony iskolai végzettségű, házasságon kívül szült fiatalok esetében a megkérdezetteknek kevesebb mint a fele (42%) állította csupán, hogy hallott ilyen kérdésekről az iskolában. E csoporton belül az élettársi kapcsolatban élő, döntően cigány származású és gyakorta az alsó tagozatból kimaradó serdülők esetében ez az arány még alacsonyabb. A terhességüket megszakító hajadonok csoportjában a jellemzően magasabb iskolai végzettséggel összefüggésben nagyobb a magukat felvilágosítottak való serdülők aránya is, de ez a magasabb arány is nem több mint 63%. Az iskolai végzettség az ismeretszintet

nemcsak az alminták között, hanem az almintákon belül is differenciálja, és a középfokon továbbtanultak között jelentősen megnő a fogamzásgátlási kérdésekben tájékozottak aránya.

A fiatalok terhesek tájékozottságát vagy tájékozatlanságát fogamzásgátlási kérdésekben reálisabban tudjuk értékelni, ha összevetjük az iskolai felvilágosításban részesültek és az egyéb forrásból informáltak (anyától, barátnőtől, orvostól tanácsot kérők) arányát. E két információs csatornát együtt elemezve megállapíthatjuk, hogy a házasságon kívül szült anyák felére, a házasságon kívül született fiatalok anyák 30%-ára és a művi abortuszon átesett hajadonok 1/4-ére a teljes információhiány jellemző, vagyis sem az iskolától, sem környezetüktől nem kaptak útbaigazítást a szexuális élettel, a terhességgel, a fogamzásgátlással kapcsolatos kérdésekben.

A serdülőkorú terheségek visszaszorításának egyik kulcskérdése a fiatalok fogamzásgátlási oktatása, felkészítése a szexuális életre. A másik döntő tényező, hogy maguk a fiatalok hogyan hasznosítják a kapott információkat, milyen védekezési magatartást tanúsítanak. Természetesen a két probléma szorosan összefügg, hiszen nehezen feltételezhető, hogy a fogamzásgátlási kérdésekben tájékozatlan fiatalok hatékony védekezési gyakorlatot folytassanak. Az elmondottak értelmében nem meglepő, hogy a megkérdezettek többsége nem tett semmit a terhesség megelőzése érdekében, szexuális élete során semmilyen fogamzásgátlási eszközt nem alkalmazott. A nem-védekező magatartás hátterében azonban a serdülő helyzete, családi állapota által meghatározottan eltérő attitűdök húzódnak meg, s ezért a nem-védekezés okait nem egységesen, csak alminták szerinti bontásban indokolt vizsgálni.

13. A nem-védekező magatartás indokai alminták szerint
(a nem-védekezők százalékában)

A nem-védekezés oka	Terhesség-megszakításban átesett hajadonok	Házass fiatal-korú anyák	Élettársi kapcsolatban élő anyák	Egyedülálló hajadon anyák
Nem gondolt arra, hogy terhes lehet	25,4	8,9	16,3	26,7
Nem ismert megfelelő védekezési módszert	10,3	6,5	16,8	13,9
Tartott a védekezési módszerek mellékhatásaitól	8,9	12,2	3,8	3,8
Nem akart orvoshoz fordulni	25,6	12,3	12,3	17,7
Az orvos nem írta fel, mert kiskorú	8,5	5,0	2,1	3,6
Szülni kívánt	4,5	38,6	30,8	20,1
Férje, partnere kívánságára	6,0	13,8	14,1	6,7
Védekezett, de nem rendszeresen	2,1	1,5	1,0	2,9
Nem tudja megmondani, miért nem védekezett	8,7	1,2	2,8	4,6
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
	N = 515	N = 1099	N = 576	N = 239
Nem védekezők az alminták százalékában	45%	81%	89%	80%

A viszonylag legpozitívabb fogamzásgátlási magatartást a terhességüket megszakíttató hajadonok csoportjában tapasztaltunk, vagyis ennél a csoportnál volt a legalacsonyabb a nem-védekezők aránya (45%). A védekezés elutasítása az esetek jelentős részében tudatlanságra, ismerethiányra vezethető

vissza. A fogamzásgátlást nem alkalmazók közel fele nem is gondolt arra, hogy teherbe eshet, vagy nem ismert megfelelő védekezési módszert, illetve egyszerűen nem tudta magyarázatát adni viselkedésének. A tájékozatlanság elsősorban a fiatal, alacsonyán iskolázott és igen rövid ismeretség után szexuális kapcsolatot létesítő hajadonokra volt jellemző. A megkérdezettek egy másik, az előbbivel azonos nagyságú csoportjában felmerült ugyan a teherbeesés lehetősége és a védekezés szükségessége, de bizonyos szubjektív vagy objektív gátló tényezők folytán nem jutottak el a fogamzásgátló alkalmazásáig. E motívumcsoportban jelentős hangsúlyt kapott az orvos személyétől való félelem, ami a "nem mert orvoshoz fordulni" válaszokban jutott kifejezésre. Korábban már utaltunk rá, hogy a kérdőíves felvétel adatait kiegészítendő, a serdülő terhesek egy csoportjával mélyinterjúkat is létesítettünk, s ezekből a beszélgetésekből kitűnt, hogy az egészségügyi hálózat és az ellátás körülményei sok esetben inkább negatív szerepet játszanak a fiatal lány védekezési magatartásának formálásában. Anélkül, hogy a jelenséget általánosítanánk, előfordul, hogy az orvos nem a megfelelő hangnemben beszél a hozzá forduló serdülővel, amellet, hogy általában a körülmények sem teszik lehetővé a négy szemközti, őszinte, a serdülő problémáit érdemben feltáró beszélgetést. A gyakran megalázó helyzetben szerzett rossz tapasztalatok gyorsan elterjednek a fiatalok között és visszatartják az orvos felkeresésétől azokat a serdülőket is, akikben korábban nem éltek ilyen fenntartások.

Ugyancsak az orvos személyét érintő probléma, amikor a serdülő védekezési szándéka az orvos együttműködési készségének hiánya miatt hiusult meg. Ezekben az esetekben az orvos az előírások értelmében járt el ugyan, amikor a kiskorúnak nem írt fel orális fogamzásgátlót, de ezzel egyidejűleg

elmulasztotta más védekezési módszerek alkalmazhatóságára felhívni a fiatal lány figyelmét.

Inkább a kiskorú tájékozottságára, sem mint tájékozatlanságára utaló motívum, amikor a serdülő a fogamzásgátló módszerek mellékhatásaitól, következményeitől való félelmében nem védekezett. Erre az indokra elsősorban a hosszabb, stabillabb párkapcsolatban élő fiatal nők hivatkoztak.

A házasságban gyermeket szült fiatal anyák csoportjában a védekezést elutasító magatartás háttérében alapvetően más okok húzódnak meg, mint amelyeket a terhességüket megszakító hajadonok esetében tapasztaltunk. A nem-védekezők aránya itt 81% volt, azaz csaknem kétszer olyan magas, mint az abortuszos csoport esetében. A házas fiatalkorú anyákra tehát szinte általánosan jellemző, hogy nem alkalmaznak fogamzásgátló eszközt, de magatartásuk elsődlegesen nem az ismerethiány, tudatlansággal összefüggő okokra vezethető vissza. Indokaik között legnagyobb súllyal a tudatos gyermekvállalásra utaló motívumok szerepelnek, ún. a szülni kívánt, vagy hogy a férj kívánságára tartózkodott a fogamzásgátló használatától, melyek együttesen a megkérdezettek 52%-a esetében magyarázzák a nem-védekező magatartást. A tudatos gyermekvállalás még jellemzőbb azoknak a fiatal anyáknak a viselkedésére, akiknél a terhesség a házasságkötés után következett be, illetve azoknál, akik a házasságkötést megelőzően férjükkel már hosszabb-rövidebb ideig tartó élettársi kapcsolatban éltek.

Joggal vetődhet fel a kétely a válaszok valóságtartalmát, megbízhatóságát illetően. Elhihető-e vajon, hogy a megkérdezett fiatal nők közül minden második szándékosan esett teherbe és tudatosan vállalkozott a gyermek világrahozatalára? A fogamzásgátlás elutasításánál megjelölt okok hitelessé-

gének elbírálásához vegyük figyelembe azokat a motívumokat, amelyeket a megkérdezettek a kérdőív egy további, a gyermekszülés melletti döntés okaira vonatkozó kérdésére válaszoltak. Ez utóbbi kérdésre adott válaszok egyértelműen alátámasztják a nem-védekezés indokai között kimutatott tudatos gyermekvállalási magatartást. A szülés melletti döntés indokaként a fiatalkorú anyáknak több mint a fele - vagyis gyakorlatilag ugyanakkora hányad, mint a nem-védekezők esetében - hivatkozott arra, hogy "mindenképpen szülni kívánt", illetve, hogy "férje ragaszkodott a gyermekszüléshez". A házas serdülőkorú anyák jelentős részénél tehát markánsan kirajzolódik egy tudatos termékenységi magatartás, amely a fiatalkori házasságkötést és gyermekvállalást természetes életformának tekinti, ezért a teherbeesés megelőzését tudatosan elutasítja, szándékosan nem él a fogamzásgátlás lehetőségével.

A kívánt terhesség által motivált nem-védekező magatartás mellett ugyanakkor jelen vannak mindazok az okok, amelyekkel a terhességüket megszakíttató hajadonok esetében már részletesen foglalkoztunk, vagyis az ismerethiány, az orvossal, az egészségügyi szervezettel kapcsolatos problémák és a védekezési módszerek mellékhatásaitól való félelem. Az ismerethiány elsősorban a fiatalabb életkorú és alacsonyabb iskolai végzettségű anyákra, a mellékhatásoktól való félelem a későbbi életkorban szültekre volt jellemző.

A házasságon kívül szült fiatalkorú anyák esetében volt a legalacsonyabb a védekezők aránya. A túlnyomó többség (86%) nem alkalmazott fogamzásgátló eszközt, ezen belül az élettársi kapcsolatban élők csoportjában ez az arány valamivel még magasabb volt (89%), mint az egyedülálló anyák esetében (80%), de az eltérés nem tekinthető szignifikánsnak. Más szóval a házasságon kívül szült serdülőkre általában, partnerkapcsolatuk

jellegétől és stabilitásától függetlenül a nem-védekező magatartás jellemző.

A védekezés elutasításának indoklásául említett szempontok rangsora és említési gyakorisága azonban az élettársi viszonyban élők, illetve nem élők esetében - érthető módon - eltéréseket mutat. A partnerével együttélő fiatal nők csoportjában - a házasságban szült serdülőkhöz hasonlóan - elsősorban a tudatos gyermekvállalásra utaló motívumok befolyásolták a fogamzásgátlási magatartást. A "szülni kívánt" és a "partnerre kívánságára nem védekezett" okokat együttesen a megkérdezettek közel fele említette, azaz csaknem ugyanannyian, mint ahányan a házas fiataalkorú anyák közül hivatkoztak ezekre a szempontokra. A partnerével együttélő serdülők tudatos gyermekvállalási magatartása ismételten alátámasztja korábbi megállapításainkat, nevezetesen, hogy az élettársi viszonyt mind a serdülő, mind környezete azonos értékűnek tekinti a házassággal. A teherbeesés szándékos voltát támasztják alá a szülés melletti döntés indokai is. Az együttélő serdülők túlnyomó többsége azért vállalkozott a terhesség kihordására, mert "élettársa akarta a gyermeket", "házasságkötést terveztek, amelyet most a gyermekszülés miatt előbbrehozhatnak", és mert "mindketten gyermeket akartak". Megállapítható tehát, hogy a szülés melletti döntéseket alapvetően - a nem-védekező magatartással szoros összefüggésben és összhangban - a gyermek kívánása, a jövődöbéli házasság terve motiválta.

Míg az élettárssal együttélő serdülők esetében, családi háttérük és etnikai összetételük ismeretében nem meglepő a szándékosan gyermeket kívánók viszonylag magas aránya, addig nehezebben fogadható el, hogy az egyedülálló hajadon anyák esetében is megjelenik a gyermek utáni vágy, mint a védekezés elutasításának egyik motívuma. Az élettársi kapcsolaton kívül

szült serdülők egyötöde hivatkozott erre az okra. Mint láttuk, az egyedülálló hajadon anyák csoportja igen heterogén összetételű, vagyis az alacsonyan iskolázott, cigány származású serdülők éppúgy fellelhetők e csoportban, mint a kvalifikált társadalmi rétegekből származó, magasabb iskolai végzettségű fiatal lányok. Ez a heterogenitás a szülés melletti döntés okstruktúrájára is rányomja a bélyegét. Más szóval a szándékosan gyermeket vállaló hajadonok is két csoportra oszthatók. Az egyik csoport, amelybe az alacsonyan iskolázott és döntően cigány családokból származó fiatal lányok tartoznak, hasonló motívumok alapján határozza el magát a gyermekszülésre, mint az azonos társadalmi háttérű, de élettársi kapcsolatban élő társai. Ezekben a társadalom perifériáin élő csoportokban a házasságon kívüli gyermekszülés az anya partnerkapcsolatától és életkorától függetlenül tolerált és többé-kevésbé elfogadott magatartásforma.

A másik csoport a magasabb presztizsú társadalmi rétegekből származó hajadon anyák esetében a tudatos gyermekvállalást egyfajta életvezetési taktika motiválta. Azért vállalkoztak a terhességre és a gyermekszülésre, mert így vélték biztosított-nak, hogy partnerük elveszi őket feleségül.

A védekezés elutasításának indokai között - a tudatosnak tekinthető gyermekvállalás mellett - meghatározó szerepet játszik a serdülőkorúak tájékozatlanságával, tudatlanságával kapcsolatos motívumcsoport is. A "nem gondolt arra, hogy terhes lehet" és a "nem ismert megfelelő védekezési módszert" indokok együttesen az élettársi kapcsolatban élők 1/3-ának, az egyedülálló anyák 40%-ának magatartását magyarázzák. Arra vonatkozóan, hogy szexuális élete kezdetén gondolt-e a fiatal lány a teherbeesés lehetőségére, a kérdőívben önálló kérdést is szerepeltettünk, s az erre a kérdésre "nem"-mel válaszolók

aránya jelentősen magasabb volt, mint azoké, akik csak a nem-védekezés okaként említették. A teherbeesés lehetőségével nem számolók aránya kiemelkedően magas volt az egyedülálló hajadon anyák csoportjában, különösen azoknál az egyedülálló anyáknál, akiknél a terhesség egyetlen szexuális érintkezés után következett be, illetve azoknál, akik nem tudták megnevezni gyermekük apját, nem tudták kitől származik a terhességük.

Azokban az esetekben, amikor a terhesség a fogamzásgátlási ismeretek hiánya miatt következett be, a szülésre is többnyire kényszerítő külső körülmények miatt került sor, nevezetesen a terhesség késői észlelése miatt. Az egyedülálló hajadon anyák közel felére volt jellemző, hogy terhességüket csak olyan előrehaladott stádiumban vették észre, amikor már késő volt a műtéti beavatkozásra, a megszakításra.

Elsősorban a magasabb iskolai végzettségű hajadon anyák esetében játszott szerepet az abortusz késői következményeitől való félelem. A félelem attól, hogy ha első terhességét megszakíttatja, később esetleg már nem lehet gyermeke.

A fiatalkorú terhes nők védekező - nem-védekező magatartása tehát a terhesség kimenetelének függvényében jelentős eltéréseket mutat. Míg a gyermeket szült serdülők esetében, az anya családi állapotától függetlenül a nem-védekezők alkották a túlnyomó többséget, addig a terhességüket megszakíttató hajadonok esetében a megkérdezettek több mint fele élt a fogamzásgátlás lehetőségével. Az alkalmazott módszereket tekintve valamennyi almintánál a Postinor használata vezet. Úgy tűnik, hogy a Postinor általában a legnépszerűbb fogamzásgátlási eszköz a serdülők körében, s megkérdezettjeink túlnyomó többsége is ezzel védekezett. Emellett viszonylag sokan védekeztek egyéb orális fogamzásgátlókkal is. Az a tény, hogy a ter-

hesség e hatékony védekezési módszerek alkalmazása mellett mégis bekövetkezett, arra enged következtetni, hogy a fiatal nők nem megfelelően alkalmazták e módszereket. Az alkalmazási problémák fokozottan fennállhatnak a Postinor esetében, mert mint ismeretes e tabletták csak pontos időzítéssel és korlátozott gyakorisággal alkalmazhatók. Más szóval a helytelen használat oka részben vagy egészben a szexuális felvilágosítás, a fogamzásgátlási tájékoztatás hiányosságaiban keresendő. Meg kell még említeni, hogy az orális fogamzásgátlás mellett a második leggyakrabban alkalmazott módszer a megszakított érintkezés volt, amelyet elsősorban a rendszeresen szexuális életet élő, hosszabb ideje kapcsolatban lévő párok alkalmaztak.

Összefoglalva tehát a serdülőkorú terhesek fogamzásgátlási ismereteit és védekezési gyakorlatát megállapítható, hogy mind a szülői, mind az iskolai felvilágosítás a megkérdezettek szűk köréhez jutott el és igen alacsony hatásfokú. Általánosan jellemző továbbá, hogy a fiatal nők nem védekeznek a teherbeesés ellen, szexuális életük során nem alkalmaznak fogamzásgátló eszközt. A védekezés elutasításánál említett indokok vizsgálata során azonban kitűnt, hogy mind a házas, mind a nem házas fiatalok mintáján belül jól elkülöníthető egy csoport, akiknél a teherbeesés és a szülés tudatos gyermekvállalási szándékra volt visszavezethető. Az a tény, hogy a tudatos gyermekvállalási szándék a házasságon kívül szült serdülők egy csoportjának magatartásában meghatározó szerepet játszott alapvetően eltérő megállapítás a külföldi tapasztalatokhoz képest. A külföldi szakirodalom, kutatási eredmények alapján mind az abortusszal végződő terhességeket, mind a házasságon kívüli születeket nem kívánt terhességekként minősíti, s úgy véli, hogy egyedül a házas családi állapotú serdülő anyák esetén beszélhetünk arról, hogy a terhességek bizonyos hányada tudatos, kívánt terhesség. Ezzel szemben a hazai vizsgálat azt bizo-

nyitotta, hogy a házas fiatalok többségére jellemző tudatos gyermekvállalás mellett, a nem házas fiatal nők korántsem jelentéktelen hányadánál (40%) ugyanezen motívumok befolyásolták a teherbeesést és a gyermekszülést. Ez a megállapítás azért is érdekes, mert a szexualitás és a házasságon kívüli szülés kérdésében a magyar társadalom általában sokkal konzervatívabb nézeteket képvisel, mint számos nyugat-európai ország közvéleménye. Vagyis a magyar társadalomban - demográfiai és társadalmi paraméterek által jól körülhatárolhatóan - jelen van egy olyan réteg, amely a serdülőkori, házasságon kívüli gyermekvállalást természetes életformának tartva liberálisabban ítéli meg, mint a szexualitás kérdésében általában toleránsabb, felvilágosultabb országok közvéleménye.

6. A serdülőkori gyermekszülés egészségügyi vonatkozásai

A fiatalkori terhességek egészségügyi kihatásait csak leszűkített tematikával, néhány kérdésre koncentrálni kívánjuk vizsgálni. Egyrészt nem térünk ki a serdülőkori terhességmegszakítások egészségügyi következményeire. A kérdéssel foglalkozó szakirodalomból ismeretes, hogy a terhesség műtéti úton történő megszakítása esetén mind közvetlen szövődeményekkel, mind késői következményekkel számolni kell, melyek következtében másodlagos meddőség, illetve a kiviselni kívánt terhesség esetén spontán vetélés vagy koraszülés léphet fel. A művi abortusz káros egészségügyi következményei többszörös valószínűséggel fordulnak elő az első terhesség megszakítása után, illetve serdülőkori nőknél végrehajtott művi abortusz esetén. Nőgyógyászati kutatások megállapítása szerint, minél fiatalabb korban történik a terhességmegszakítás, annál jobban sebezhető a szervezet, mind mechanikusan, mind funkcionálisan. A fentiek alapján nyilvánvaló tehát, hogy az általunk vizsgált fiatal lányok esetében a kockázati tényezők halmozottan jelentkeztek, hiszen túlnyomó többségénél az első terhesség megszakítására került sor és igen fiatal életkorban. Miután azonban a felvételre a művi abortusz időpontjában került sor, az esetleges késői következmények vizsgálatára nem nyílt lehetőségünk.

A vizsgálati szempontok leszűkítését jelenti továbbá, hogy a serdülőkori szülések egészségügyi vonatkozásainak vizsgálatánál - megfelelő szakértelem hiányában - eltekintünk a kérdés orvosi, nőgyógyászati aspektusú elemzésétől és elsősorban a demográfiai és egészségügyi tényezők összefüggéseinek feltárására törekszünk.

A serdülőkori gyermekvállalás negatív társadalmi következményei mellett egészségügyi szempontból is veszélyes mind

az anyára, mind az újszülöttre nézve. A biológiailag még éretlen anya szüléseinél nagyobb gyakorisággal lépnek fel szövődmények és a kiskorú anya nagyobb valószínűséggel hoz világra éretlen, kis súlyú magzatot. Így a megszületett gyermek életkilátásai rosszabbak, fizikai és szellemi fejlődését tekintve már születése pillanatában hátrányos helyzetben van. A házasságon kívül szült fiataalkorúak esetében - különös tekintettel az egyedülálló, hajadon anyák csoportjára - a biológiai rizikófaktorok mellett a terhesség kimenetelét és a gyermek életkilátásait veszélyeztető szociális és pszichikai tényezők is fellepnek. A házasságon kívül szült anyák jelentős része igen rossz élet- és lakáskörülmények között, igen elmaradott kulturális színvonalon él, s e körülmények sem a terhesség alatti megfelelő életmódot, sem az újszülött megfelelő ellátást nem biztosítják. Az egyedülálló hajadon anyák többségénél a rossz szociális háttérhez negatív pszichés tényezőként társul a partnerkapcsolat bizonytalan jellege, s az a tény, hogy nem kívánt terhességéből születendő gyermekét kényszer hatására, a késői észlelés kényszere miatt hozza világra. Ezek a körülmények akár külön-külön, akár halmozottan jelentkeznek a serdülő anyánál, elsődlegesen vagy másodlagosan a terhességi szövődmények¹⁰ és a koraszülés veszélyforrásává, előidézőjévé válhatnak. A szociális háttér és pszichés tényezők befolyásoló szerepét bizonyítja, hogy a házasságon kívül szült serdülők mind a szülési szövődmények előfordulási gyakoriságát, mind az újszülött érettségét tekintve lényegesen rosszabb helyzetben vannak, mint azok a fiatal anyák, akik házasságban hozták világra gyermeküket.

¹⁰A szülési szövődmények a kórlapról kerültek átmásolásra. Feldolgozását és értékelését dr. Hintalan Albert a SOTE II. Nőgyógyászati Klinikájának adjunktusa végezte, akinek lelkiismeretes és értékes munkájáért ezúton is szeretném köszönetet kifejezni.

A házas családi állapotú, 18 éven aluli anyák szüléseinek 75,8%-a volt szövődménymentes. A házasságon kívül szült serdülők esetében a szövődménymentes szülések aránya mindössze 64,9% volt. A szövődmények között mind arányában, mind a súlyosság fokát tekintve a legjelentősebb a szülés spontán megindulása a 37. hét előtt. Ez a szövődmény eltérő aránnyal szerepel a két almintában, s míg a házas fiatalkorú anyák esetében 9,8%-ot képviselt, addig a házasságon kívül szültek csoportjában kétszer nagyobb gyakorisággal (19,1%) fordult elő. Az egyéb szövődmények (mint szülőfájások rendellenességei, magzati distress, téraránytalanság, császármetszés) előfordulási gyakorisága mindkét almintánál közel azonos volt.

A fiatalkorú anyák tehát fokozottabban ki vannak téve a szülési szövődmények kockázatának. A veszélyezettség mértékét bizonyítja, hogy míg a propagatív korú női népesség egészénél az összes szüléseken belül a szövődménymentes szülések 90-96%-ra tehetők, addig a házas fiatalkorú anyák esetében ez az arány mintegy 20%-kal, a nem házas serdülő anyák csoportjánál - az igen fiatal korstruktúrára, a szociális és pszichés rizikófaktorokra visszavezethetően - mintegy 30%-kal volt alacsonyabb.

A továbbiakban tekintsük át, hogy milyen problémák merültek fel a fiatalkorú anyától származó újszülöttek biológiai érettségével kapcsolatban. Azt az ismert tény, hogy serdülő anyától származó gyermekek esetében alacsonyabb az újszülöttek átlagsúlya és nagyobb a koraszülés bekövetkezésének valószínűsége, mintánk adatai is alátámasztják.

14. Az élveszületések alakulása születési súly szerint 1983 (százalék)

	-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000-	2500 g alatti	Átlag súly
Összes élveszületések esetében	0,3	0,9	2,1	6,3	23,2	38,2	22,9	6,1	9,8	3154
Házás fiatalkorú anyák mintájánál	0,4	1,2	2,0	9,8	33,8	36,4	14,6	1,8	13,4	3008
Nem házas fiatalkorú anyák mintájánál	0,2	2,4	5,9	17,2	39,9	26,8	7,0	0,6	23,7	2935

A táblázat adataiból kitűnik, hogy a fiatalkorú anyák újszülöttei átlagosan kisebb súllyal jönnek a világra. Különösen jelentős a nem házas fiatalkorú anyák gyermekeinek súlyhátránya; az országos adatokhoz képest átlagosan 219 g. Az alacsonyabb átlagsúly részben a nagyobb, 3000 g feletti csecsemők kisebb előfordulási gyakoriságára, részben a kis súllyal születettek magas arányára vezethető vissza. A 2500 g alatti, kis súlyú újszülöttek az összes élveszületésekhez viszonyítva, a házas anyák csoportjában 1,4-szer, a nem házasok csoportjában 2,4-szer nagyobb gyakorisággal fordulnak elő. Szemléletesebben fogalmazva azt mondhatjuk, hogy míg országosan minden 10. gyermek jön 2500 g alatti súllyal világra, addig a házasságban élő fiatalkorú anyák esetében minden 7., a házasságon kívül szült serdülők esetében pedig már minden 4. gyermek lesz kis súlyú.

Hasonló tendenciák és megoszlások mutathatók ki a terhesség időtartamát illetően is. A 37. terhességi hét előtt megindult szülések aránya a teljes női népességnél 8,2%. A házas fiatalok arányánál az idő előtt megindult szülések aránya 12,1%, a nem házas anyák esetében számottevően magasabb 21,9%. Más szóval a házas és a nem házas fiatalok közötti eltérések, a nem házas fiatalok minden vonatkozásában kedvezőtlenebb helyzete, újszülöttjeik fejlettsége, fejlődési kora tekintetében is kimutatható. A házasságon kívül szült serdülőkre jellemző rossz szociális körülmények, az alacsony kulturális színvonal, a sok esetben primitív életmód negatívan befolyásolhatja a magzat méhen belüli fejlődését és hozzájárulhat a szülés idő előtti megindulásához. További rizikófaktort jelent, hogy a hajadon anyák esetében a terhességek jelentős része nem kívánt terhesség volt, a partnerrel való kapcsolat sok esetben megszűnt vagy igen bizonytalan volt. Mindezek együttesen olyan pszichikai állapotot idézhetnek elő a fiatal anyánál, amely ugyancsak a koraszülés bekövetkezését eredményezheti.

A serdülőkori szülések egészségügyi vonatkozásainak vizsgálatát korántsem a teljesség igényével végeztük. A kérdésnek még számos egyéb egészségügyi aspektusa van és lehet, melyek elemzésére itt nem kívánunk kitérni. A felvétel során az újszülött egészségügyi státusára vonatkozóan, az ismertetetteken kívül néhány más információt is összegyűjtöttünk, de úgy véljük, hogy ezen adatok értékelésétől megbízhatatlanságuk miatt el kell tekintenünk. Az adatok megbízhatatlansága egyrészt abból ered, hogy az újszülött egészségügyi státusával kapcsolatos problémák egy része - például a fejlődési rendellenességek - nem állapíthatók meg minden esetben a szülést követő néhány napon belül. Vagyis a felvétel adatai alapján nem állíthatjuk, hogy a serdülőkorú anyától származó gyermekek kisebb vagy na-

gyobb valószínűséggel jönnek fejlődési rendellenességgel a világra. Más okból ugyan, de nem tekinthetők megbízhatónak az újszülött halálozásra vonatkozó adatok sem. A kis súllyal született csecsemők viszonylag magas arányához képest igen alacsony volt a 6 napon belül meghalt újszülöttek száma. Az eltérés oka csaknem biztosan abban keresendő, hogy azokkal a fiatal anyákkal, akiknek gyermeke a szülést követő néhány napon belül meghalt, az orvosok - emberileg érthető módon - nem minden esetben töltötték ki kérdőívet.

Mindezek figyelembevételével is azonban azt mondhatjuk, hogy a fentiekben bemutatott néhány demográfiai, egészségügyi mutató jól bizonyítja a fiatalkorú anyák biológiai éretlenségét a gyermekvállalásra, s jól bizonyítja továbbá, hogy a társadalmi és családi hátrányok e biológiai rizikófaktorok hatását felerősítik és fokozott veszélyhelyzetet teremtenek mind a serdülő anya, mind megszületett gyermeke számára.

Ha az empirikus felvételből nem is állnak rendelkezésre hitelt érdemlő adatok arra vonatkozóan, hogy hogyan alakult a serdülőkorú anyáktól született csecsemők halandósága, az országos népesedésszatisztikai adatokból megállapítható, hogy milyen rizikófaktort jelent az anya életkora a megszületett gyermek életbenmaradási esélyeit illetően.

15. Csecsemőhalálozások alakulása az anya
korcsoportja szerint
(1000 megfelelő korú anyától származó élveszülettre
jutó 1 éven aluli meghalt)

Év	-16	17- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	Össze- sen
	éves								
1954	85,9	61,9	56,1	51,3	54,1	65,6	77,5	122,8	60,7
1960	80,5	47,0	43,9	44,0	50,9	60,2	65,2	170,5	47,6
1965	59,0	39,5	34,9	38,5	40,6	52,2	60,5	128,7	38,8
1970	56,4	32,7	31,1	35,4	45,6	50,0	73,3	70,7	35,9
1975	44,6	33,0	28,2	32,7	40,8	51,8	60,2	70,9	32,8
1978	35,1	27,3	20,5	23,1	31,6	40,2	54,9	51,7	24,4
1980	31,1	24,7	20,1	21,2	29,6	40,3	52,5	117,6	23,2
1983	20,5	21,1	16,8	18,2	19,8	34,4	53,2	25,0	19,0
1984	31,4	21,9	16,7	17,7	26,1	39,5	67,2	102,6	20,4
1985	25,8	21,3	16,8	18,4	25,9	37,6	44,9	57,1	20,4

Az anya korcsoportja és a csecsemőhalálozások alakulása közötti összefüggés egy "J" alakú görbével írható le, vagyis akkor magasabb a megszületett gyermek 1 éven belüli elhalálozásának valószínűsége, ha az anya igen fiatal, vagy a 30 éven felüli, viszonylag idősebb korcsoportokba tartozik. A serdülő anyáktól származó csecsemők halandósági viszonyait értékelve, azt is figyelembe kell vennünk, hogy a gyermekek túlnyomó többsége (90% feletti aránya) elsőszülött, s mint ismeretes az első születési sorrendű csecsemők halandósága a legkedvezőbb a másod-, harmad- vagy többedik születési sorszámúakhoz viszonyítva. Más szóval ez azt jelenti, hogy a gyermek születési sorrendjéből adódó "helyzeti" előnyét, jobb életkilátásait az anya biológiai éretlenségéből fakadó hátrányok teljes mértékben kompenzálják, sőt a született gyermek életbenmaradási esélyeit kedvezőtlen, negatív irányba tolják el.

7. A serdülőkori terhességek kimenetelét és körülményeit magyarázó társadalmi-demográfiai tényezők elemzése

A kérdőíves felvétel eredményeit, megállapításait elemezve az eddigiekben azt kíséreltük meg feltárni, hogy milyen társadalmi-demográfiai tényezők jellemzik a 18 évesnél fiatalabb korban teherbe esett nőket és, hogy ezek a társadalmi-demográfiai tényezők a terhesség kimenetele és a serdülő családi státusa függvényében milyen eltéréseket és azonosságokat mutatnak. A következőkben matematikai-statisztikai módszerek¹¹ segítségével arra tettünk kísérletet, hogy a vizsgált serdülőkori terhességek kimenetelét és körülményeit meghatározó társadalmi-demográfiai tényezőket, azok összefüggéseit, együttes hatásait elemezzük. Ezt oly módon közelítettük meg, hogy a kiválasztott csoportokat (a négy almintát) a további elemzés céljából egyetlen mintasokasággként kezeltük. (Erre az a feltételezés szolgál alapul, hogy ha az egyes alminták jól reprezentálják az adott fiatalok szubpopulációit, akkor ezek összessége is kellően reprezentálja mindazon serdülőkorú nők együttesét, akik hajadon családi állapotban megszakították terhességüket, vagy gyermeket szültek, továbbá akik házasként születték meg gyermeküket. Ennek az "új" mintának az elemszáma így az összes kikérdezett fiatalok nő, vagyis 3478 személy.)

A fiatalok terhesség rekordjain a négy almintha valamelyikébe való tartozást négy dichotom változó segítségével

¹¹A matematikai-statisztikai számításokat a KSH Számítóközpont IBM 4361 típusú számítógépén SAS statisztikai programcsomag felhasználásával Pecze Zoltán a Statisztikai Elemzési Önálló Csoport munkatársa végezte. Pecze Zoltánnak kiemelkedő, lelkiismeretes és hozzáértő munkájáért ezúton is szeretném köszönetemet kifejezni.

jelöltük. Minden rekordban az a változó kapott 1 értéket, amelyik változónak megfelelő almintába tartozott a megfigyelés, a másik három változó 0-t kapott. A kérdőívről 44 kérdést választottunk ki, melyek az eddigi kutatási eredmények alapján jól jellemezték a serdülőkori terhesek társadalmi-családi hátterét, partnerkapcsolatukat, valamint fogamzásgátlási ismereteiket és védekezési magatartásukat. A 44 kérdésre adott válaszokból 129 főként nominális, részben arányváltozót állítottunk elő. Ez utóbbi 129 magyarázó változó kapcsolatát vizsgáltuk az almintákat jelölő 4 változóval. Minden alábbi matematikai-statisztikai elemzés eredményét nem a terhesek és nem-terheselek, hanem a négy al minta viszonyában kell értelmezni.

A többszemponú szórás-elemzés alapján megállapítható volt, hogy a kiválasztott 44 kérdésre adott válaszokból képzett 129 változó megmagyarázza a típus-változók szórásnégyzetének jelentős részét.

Alminták	Eltérés-négyzetek összege	Megmagyarázott rész	Szórás-négyzet hányados
1. Terhességüket megszakítottó hajadonok	791,1	541,7	0,68
2. Házass anyák	845,2	566,4	0,67
3. Élettársi kapcsolatban élő hajadon anyák	512,8	216,0	0,42
4. Egyedülálló hajadon anyák	296,6	98,9	0,33

A szórásnégyzet hányados értékei jól mutatják, hogy a kiválasztott kérdések kétharmad részben megmagyarázzák az

első és a második csoportba kerülés okait. Ugyanakkor itt is, mint a korábbi elemzések során annyiszor, megmutatkozik az egyedülálló hajadon anyák csoportjának heterogén, nehezen leírható volta.

Az alminták és a változók közötti kapcsolatot vizsgálva kicsi, de létező korrelációnak tekinthetjük azt, ahol a lineáris korrelációs együttható abszolút értéke nagyobb 0,1-nél. Ha az ennél kisebb értékeket 0-nak vesszük, a nagyobbakat pedig előjelükkel helyettesítve, olyan táblázatot kapunk, amely szemléletesen foglalja össze a változók és az alminták pozitív, vagy negatív irányú kapcsolatait.

16. A fiatalkorú terhesek almintái és a vizsgált változók közötti korreláció iránya

Változó	Terhességüket megszakító hajadonok	Házasság fiatalkorú anyák	Élettársi kapcsolatban élő hajadon anyák	Egyedülálló hajadon anyák
Életkor	-	+	-	0
I s k o l a i v é g z e t t s é g				
Nem járt iskolába	0	0	+	0
8 általánosnál kevesebb	-	-	+	0
8 általános	-	+	-	0
Középiskola	+	-	-	0
Szakképzés	0	0	-	0
G a z d a s á g i a k t i v i t á s				
Dolgozó	-	+	-	0
Tanuló	+	-	-	-
Eltartott htb.	-	0	+	+

folytatás

Változó	Terhességüket megszakító hajadonok	Házasiatal-korú anyák	Élettársi kapcsolatban élő hajadon anyák	Egyedülálló hajadon anyák
---------	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------

L a k ó h e l y

Budapest	+	-	0	0
Község	-	+	+	0

A p a i s k o l a i v é g z e t t s é g e

Nem járt iskolába	-	0	+	0
8 általánosnál kevesebb	-	0	+	0
8 általános	0	0	-	0
Középiskola	+	0	0	0
Szaktanulmányozó	+	0	-	0
Felsőfokú végzettség	+	0	0	0

A p a á l l o m á n y c s o p o r t j a

Szellemi	+	0	0	0
Szakbetanított munkás	+	0	-	0
Segédmunkás	-	0	+	0

A n y a i s k o l a i v é g z e t t s é g e

Nem járt iskolába	-	-	+	0
8 általánosnál kevesebb	-	+	+	0
8 általános	0	0	-	0
Középiskola	+	-	-	0
Szaktanulmányozó	0	0	-	0

A n y a f o g l a l k o z á s a

Szellemi	+	-	-	0
Szak-, betanított munkás	+	0	-	0
Segédmunkás	-	0	0	0
Háztartásbeli	-	0	+	0

folytatás

Változó	Terhességüket megszakító hajadonok	Házasi fiatalok anyák	Élettársi kapcsolatban élő hajadon anyák	Egyedülálló hajadon anyák
---------	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------

C s a l á d i h á t t é r

Sokgyermekes család	-	0	+	0
Anyja is serdülőkorban szült	0	+	+	0
Cigány származás	-	-	+	0
Rossz lakáskörülmények, magas lak-sűrűség	-	0	+	0

P a r t n e r

Nem ismeri a partner adatait	+	-	0	+
8 általánosnál kevesebb	-	-	+	0
8 általános	-	+	0	0
Középfokú végzettség	+	0	-	0
Tanuló	+	-	0	0
Dolgozik	-	+	+	0
Szakmunkás	0	+	-	0
Betanított munkás	-	0	0	0
Segédmunkás	-	0	+	0
Mezőgazdasági fizikai munkás	-	+	0	0

P a r t n e r k a p c s o l a t

A szexuális kapcsolat előtti ismeretség időtartama	0	+	-	-
Szexuális kapcsolat rendszeressége:				
egyszeri	+	-	-	+

folytatás

Változó	Terhességüket megszakító hajadonok	Házass fiatalok anyák	Élettársi kapcsolatban élő hajadon anyák	Egyedülálló hajadon anyák
---------	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------

többszöri, de nem rendszeres	+	-	0	+
rendszeres	-	+	+	-
Tart-e a kapcsolat	-	+	+	-

Fogamzásgátlás

Kért-e tanácsot	+	0	0	0
Iskolai felvilágosítás	0	0	-	0
Védekezett-e	+	-	-	0
Gondolt-e a terhesség megszakítására	+	-	-	0
Későn ment orvoshoz	-	0	+	+
Szülői vélemény: szakíttassa meg	+	-	0	0

A táblázatban foglaltak alapján megállapítható, hogy a teherbe esett fiatalok nagyobb valószínűséggel fog a terhesség kihordása helyett a terhesség megszakítása mellett dönteni, ha az alábbi tényezők részben vagy egészben jellemzőek helyzetére:

- tanuló,
- nyolc általános után középiskolában továbbtanul,
- budapesti lakos,
- édesapjának közép-, vagy felsőfokú végzettsége van,
- apja szellemi foglalkozású, vagy kvalifikált fizikai munkát végez,
- édesanyjának középfokú végzettsége van,

- édesanyja szellemi foglalkozású, illetve szak- vagy betanított munkás,
- nem sokgyermekes családból származik,
- nem cigány származású,
- viszonylag jó lakáskörülmények között él,
- partnere tanuló, akinek legalább középiskolai végzettsége van,
- partneréről nagyon hiányos információkkal rendelkezik,
- partnerével szexuális érintkezésre vagy csak egy alkalommal került sor, vagy többször, de nem rendszeresen,
- partnerkapcsolata a terhességmegszakítás időpontjában sok esetben már megszűnt,
- szexuális kapcsolat létesítése előtt tanácsot kért környezetében valakitől,
- fogamzásgátlót alkalmazott,
- időben fordult orvoshoz.

A fiatalkorú terhesek azon csoportja, akik a teherbeesés után házasságot kötöttek, vagy a terhesség a serdülőkorban kötött házasság után következett be és nem az abortusz, hanem a szülés mellett döntöttek, pozitívan korrelálnak az alábbi változókkal:

- viszonylag idősebb életkorúak,
- nyolc osztályos iskolai végzettséggel rendelkeznek,
- kereső tevékenységet folytatnak,
- községekben laknak,
- az édesanyjuk iskolai végzettsége nyolc ált. osztálynál kevesebb,
- édesanyjuk is serdülőkorban szülte első gyermekét,
- nem cigány származásúak,

- férjük legalább az általános iskolát elvégezte,
- férjük kvalifikált fizikai munkát végez,
- a szexuális kapcsolatot viszonylag hosszú ismeretség előzi meg,
- rendszeres szexuális életet élnek,
- nem védekeztek a teherbeesés ellen,
- nem gondoltak terhességük megszakíttatására.

A hajadon, de partnerével élettársi viszonyban élő serdülő nagyobb valószínűséggel fog a terhesség megszakítása helyett a szülés mellett dönteni, ha az alábbi tényezők részben vagy egészben jellemzőek helyzetére:

- igen alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik: vagy egyáltalán nem járt iskolába, vagy nem fejezte be a nyolc általánost,
- se nem dolgozik, se nem tanul, hanem háztartásbeli eltartott,
- községi lakos,
- édesapja iskolai végzettsége igen alacsony, vagy nem járt iskolába, vagy kimaradt az általános iskolából,
- édesapja segédmunkásként dolgozik,
- édesanyjának az apához hasonlóan igen alacsony az iskolai végzettsége,
- édesanyja háztartásbeli,
- édesanyja is serdülőkorban szülte első gyermekét,
- sokgyermekes családból származik,
- cigány származású,
- igen rossz lakáskörülmények között él,
- élettársa alacsony iskolai végzettségű, nyolc osztálynál kevesebbet végzett,
- élettársa segédmunkásként dolgozik,

- a szexuális kapcsolatot viszonylag rövid ideig tartó ismeretség előzte meg,
- élettársával rendszeres szexuális életet él,
- kapcsolatuk a szülés idején fennáll,
- nem védekezett a teherbeesés ellen,
- nem gondolt a terhesség megszakíttatására, későn, már előrehaladott terhességgel fordult orvoshoz.

Az egyedülálló hajadon anyák összetételüket, társadalmi-demográfiai jellemzőiket tekintve a fiatalkorú terhesek legheterogénebb csoportját jelentik, így esetükben a legalacsonyabb az almintával korreláló változók száma. Kimutatható, hogy a serdülő lány nagyobb valószínűséggel hozza világra házasságon kívül gyermekét, ha helyzetét az alábbi tényezők egyike-másika vagy akár valamennyi jellemzi:

- háztartásbeli, eltartott státusú,
- partneréről nagyon hiányos információkkal rendelkezik,
- szexuális kapcsolatot igen rövid ismeretség után létesít,
- partnerével szexuális érintkezésre csak egy alkalommal került sor, vagy több alkalommal, de nem rendszeresen,
- partnerkapcsolata a szülés időpontjában már nem tart,
- későn, már előrehaladott terhességgel fordult orvoshoz.

Az előjel-korrelációnak, a serdülők magatartását pozitívan vagy negatívan befolyásoló tényezőknek az áttekintése után, nézzük meg, hogy számszerűen mely változók játszották az egyes alminták esetében a legnagyobb szerepet, mekkora volt numerikusan a korreláció mértéke. Vizsgálati mintánk

nagy esetszámának következtében még nagyon alacsony értékű korrelációs együtthetők is megbízhatónak tekinthetők. Esetünkben a t-próba az együtthetők nagyobbik felénél 0,001-es szignifikancia szintet ad, azaz 0,999 szinten elfogadhatók a korrelációs együtthetők. (A gyakorlatban a 0,95-ös szintet tartjuk elfogadhatónak. Elemzésünk esetében még a 0,03-as együtthetőknél is fennáll a 0,95-ös szignifikancia szint.)

A vizsgálatba bevont változók és az egyes alminták típusok közötti korreláció mértékét a függelékben található táblázat tartalmazza. A következőkben csak azokat a lineáris korrelációs együtthetőket kívánom kiemelni, amelyek az egyes almintákkal a legszorosabb kapcsolatot mutatták, vagyis meghatározónak bizonyultak a terhes serdülő családi státusát és gyermekvállalási döntését illetően.

A terhességüket megszakíttató hajadonok esetében a legszorosabb kapcsolat a fiatal lány tanuló státusával kapcsolatosan mutatkozik. Vagyis az abortusz melletti döntést alapvetően motiválja, hogy a serdülő iskolába jár és tanulmányait nem kívánja megszakítani. Az iskolatípusok közül nagyobb hangsúllyal - nagyobb korrelációs együtthetővel - szerepel a szakközépiskola és a szakmunkásképző, mint a gimnázium, vagy általános iskola. Erőteljes szerepet játszik az abortusz melletti döntésben a szülői ráhatás, a gyakran presszionáló szülői befolyás. Az a szülői vélemény, hogy a terhességet meg kell szakíttatni, a korrelációs együtthetők rangsorában az elsők között szerepel. Szignifikáns kapcsolat mutatható ki továbbá a pozitív védekezési magatartás, a fogamzásgátló eszközök alkalmazása, valamint valamivel kisebb mértékben a terhesség korai felismerése és az időben megtörtént orvosi vizsgálat vonatkozásában is. A családi háttérrel jellemző változók közül leginkább meghatározó a testvérek száma, olyan

értelemben, hogy a magas testvérszámmal szignifikáns értékű negatív korreláció áll fenn. Kisebb mértékű, ugyancsak negatív korreláció mutatható ki a rossz lakáskörülményekkel és a cigány származással is. A szülők demográfiai adatai közül meghatározó szerepet játszik (az együtthatók csökkenő értékei szerint) az anya szellemi foglalkozása, középiskolai végzettsége és az apa szellemi foglalkozása. A partnerkapcsolatra vonatkozó változók közül legnagyobb súlya a "partner-tanuló" ismérvnek van, továbbá a kapcsolat instabilitására utaló mutatóknak, mint a partner adatainak (iskolai végzettség, családi állapot, foglalkozás) hiányos ismerete, illetve a kapcsolat megszűnése.

A gyermeket szült, házas fiatalkorú nők almintájánál azok a változók játszanak meghatározó szerepet, amelyekről elmondható, hogy általában is jellemzőek lehetnek az átlagos, közepes társadalmi státusú fiatal házas rétegre. Így szoros összefüggés mutatható ki a serdülő anya kereső tevékenységével, ezen belül a szakképzettséget nem igénylő, de azért középszintű, betanított fizikai munkakörrel, a serdülő viszonylag idősebb életkorával. A partnerek esetében ugyancsak a kereső tevékenység, valamint a nyolc osztályos iskolai végzettség a jellemző. Szignifikánsnak mondható továbbá a szexuális kapcsolatot megelőző hosszabb ismeretség is.

A házasságon kívül szült, de élettársi kapcsolatban élő fiatal anyák esetében legnagyobb súlya a cigány származásnak van. Sorrendben ezt követi a nyolc általánosnál alacsonyabb iskolai végzettség és a háztartásbeli, egyéb eltartott státus. A korrelációs együtthatók értékei alapján a következő tényezőcsoport, amely meghatározó szerepet játszik: a partner alacsony, nyolc osztálynál alacsonyabb iskolai végzettsége, valamint segédmunkási besorolása. A családi háttérrel

jellemző mutatók közül a legszorosabb kapcsolat a magas testvérszámmal, a lakáskörülményekkel, valamint édesanyja igen alacsony kulturális színvonalát tükröző "az anyja nem járt iskolába" ismérvvel kapcsolatban tapasztalható.

Az egyedülálló, hajadon anyákról a korrelációs összefüggések, együtthatók alapján kirajzolódó kép igen jól alátámasztja korábbi megállapításunkat, nevezetesen azt, hogy a csoport társadalmi-demográfiai szempontból igen heterogén. Míg az előző három csoport mindegyikénél a legszorosabb korreláció mindig egy objektív demográfiai-társadalmi tényezővel kapcsolatban mutatkozott, vagyis a csoportba kerülést alapvetően a serdülőre jellemző objektív tényező határozza meg, addig az egyedülálló, hajadon anyák esetében kizárólag szubjektív tényezők, a serdülő magatartásbeli sajátosságai határozzák meg, hogy a teherbe esett serdülőből egyedülálló hajadon anya lesz vagy sem. A legszorosabb korreláció "a szülés időpontjában már nem tart a partnerkapcsolat" változóval mutatkozik, majd ezt követi a később, előrehaladott terhességgel fordult csak orvoshoz tényező súlya, s végül a harmadik változó, amellyel 0,2 abszolút értéket meghaladó korreláció ki-mutatható, hogy "nem élt rendszeresen szexuális életet".

Ezek az összefüggések megerősítik az egyszerű kereszt-táblák elemzéséből származó - az előbbieken részletesen ismertetett - megállapításainkat: a terhességüket megszakító fiatal lányok a teherbe esett serdülők legfelelősségteljesebb magatartást tanúsító csoportját képezik, s döntően jellemző rájuk, hogy tanulók és hogy a szülői befolyás meghatározó szerepet játszik az abortusz melletti döntés meghozatalában. Meg kell azonban jegyezni, hogy a matematikai-statisztikai elemzés egy további jellegzetességre is ráirányította a figyelmet: a bizonytalan partnerkapcsolatot létesítő,

a partnerről a legegyszerűbb információkat sem ismerő fiatal lányok csoportjára. Ezen csoport súlya - a korreláció mértéke alapján - lényegesen kisebb ugyan, de jelzi, hogy a megfontoltabb, tudatosabb magatartást tanúsító hajadonok mellett létezik és érzékelhető szerepet játszik a felületes kapcsolatokba sodródó, labilis magatartású lányok csoportja is.

A házas családi állapotban gyermeket szült fiatalkorú anyák csoportja a fiatal házásokra általában jellemző sajátosságokkal írható le. Legjellemzőbb változónak az bizonyult, hogy mind a serdülő, mind a férje dolgozik, hogy a fiatal anya elsősorban a 17 éves, viszonylag "idősebb korosztályból" kerül ki, valamint, hogy a szülők a terhesség megtartását, kihordását támogatták véleményükkel. Ez arra vall, hogy ezek a fiatal nők olyan társadalmi környezetből származnak és élnek, amelyben az igen fiatal korban kötött házasság és gyermekszülés természetes, átlagos magatartásnak minősül.

Igen jól meghatározható és jellemezhető az élettársi kapcsolatból gyermeket vállaló hajadonok almintatípusa is. Döntően cigány származású, rossz szociális körülmények között élő, alacsony iskolázottságú és nem dolgozó rétegből származnak.

Végül igen sajátos csoportot jelentenek az egyedülálló, hajadon anyák. Az a tény, hogy bekövetkezett terhességük szüléssel és nem abortusszal végződött, alapvetően azon múlt, hogy későn, a terhesség 15. hete után fordultak csak orvoshoz. Ebbe a kategóriába tehát valóban főként azok a "megesett lányok" tartoznak, akik legjobban érzik a serdülőkori gyermekszülésnek az egész életre kiható negatív következményeit.

A kutatás további lépésében - a terhesség kimenetelét és a családi állapotot, pontosabban az almintába tartozást az ún. dichotom változóként kezelve - kísérletet tettünk annak vizsgálatára, hogy az alkalmazott változók között vajon vannak-e olyan összefüggések, amelyek rendszerré szerveződve szociológiailag jól meghatározható, releváns struktúrát alkotnak. Ebből a célból faktoranalízist készítettünk. Ezzel a módszerrel azonban nem sikerült olyan, viszonylag kevés számú, nagy súlyú tényezőkből álló rendszert kialakítani, amely a serdülők terhességgel kapcsolatos magatartását egyértelműen magyarázná. Elkülönült ugyan a terhességmegszakítás mellett döntő, tanuló státussal és viszonylag kedvezőbb szülői háttérrel rendelkezők, továbbá az élettársi kapcsolatban gyermeket szült, cigány származású eltartottak kifejezetten hátrányos helyzetű csoportja, a vizsgált változók azonban sok és közel azonos súlyú faktorba szerveződtek, s összességében nem alkottak egyértelműen magyarázható struktúrát.

A változók közötti lineáris hatások közvetett és közvetlen hatásokra történő felbontása céljából útelemzést végeztünk. A változók közötti oksági kapcsolatok alapján útmodellt készítettünk. Ebbe a vizsgálatba csak azokat a változókat vontuk be, amelyek már a korábbi matematikai-statisztikai elemzése során bebizonyították súlyukat, fontosságukat. Oknak azokat a változókat tekintettük, amelyek az időben előbb bekövetkezett eseményekre vonatkoztak, illetve amelyek objektív vagy megváltozhatatlan adottságokat jelölnek. Az oksági lánc elejére vettük a társadalmi-családi háttérrel jelölő változókat: etnikai hovatartozást, apa állománycsoportját, az anya iskolai végzettségét. A következő fokot a serdülőre jellemző demográfiai paraméterek jelentették: iskolai végzettség, és a gazdasági aktivitás (dolgozik, tanuló, egyéb, eltartott). Ezt követte a partner személyére leginkább jellemző mutató: a partner iskolai végzettsége. A ser-

dülőre és partnerére jellemző mutatók befolyásolják a partnerkapcsolatot, a szexuális magatartást, amelyet a szexuális kapcsolatot megelőző ismeretség időtartamával és a védekezési magatartással jellemeztünk. A következő fok a bekövetkezett terhesség, melyet két változóval jellemeztünk: későn (15. hét után) fordult orvoshoz és a terhesség megszakíttatását kívánó szülői vélemény. Az oksági lánc végeredménye az ismert négy alminta-típus egyike.

A változók közül az apa állománycsoportja, az anya, a partner és a serdülő iskolai végzettsége, valamint a szexuális kapcsolat előtti ismeretség időtartama intervallum szintű változók, a többi dichotom változó, de a minta nagy elemszáma miatt ez utóbbi típusú változók is alkalmasak az útelemzésre. Az itt tárgyalt minden regressziós és korrelációs együttható szignifikáns.

A következőkben mindegyik alminta-típusra egy-egy jellemző útmodellt mutatunk be.

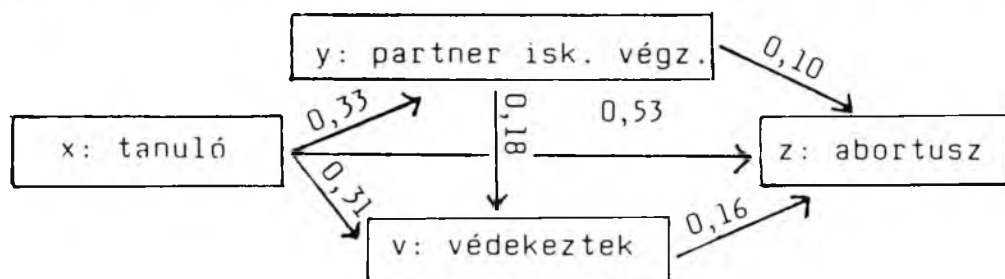
A terhesség megszakíttatása melletti döntés erős korrelációban van a tanuló státusszal, és mind a kettő 0,3-0,4 körüli korrelációban van a partner iskolai végzettségével és a védekezési magatartással. A következő út írható fel: iskolába járó serdülő lány, viszonylag magasabb iskolai végzettségű partnerrel alakít ki szexuális kapcsolatot, a kapcsolat során védekeznek a teherbeesés ellen, de ha a terhesség mégis bekövetkezik az abortusz mellett döntenek.

Rövidítések:

- >x: tanuló <
- >y: partner iskolai végzettsége <
- >v: védekeztek <
- >z: abortusz <

x - > z	közvetlen hatás:	0,53
x - > y > z	közvetett hatás: 0,33 . 0,10 =	0,03
x - > v > z	közvetett hatás: 0,31 . 0,16 =	0,05
x - > y - > v - > z	közvetett hatás: 0,33.0,18.0,16 =	0,01
<hr/>		
x	- > z teljes hatás:	0,62

	x - > y	x - > v	y - > v	y - > z	v - > z	x - > z
közvetlen hatás	0,33	0,31	0,18	0,10	0,16	0,53
közvetett hatás	-	0,06	-	0,03	-	0,09
oksági kapcsolat	0,33	0,37	0,18	0,13	0,16	0,62
nem oksági kapcsolat	-	-	0,10	0,19	0,22	-
korreláció	0,33	0,37	0,28	0,32	0,38	0,62



A tanuló státus és az abortusz melletti döntés között tehát igen erőteljes 0,62-es korreláció áll fenn. E korreláció 85%-a a két változó közötti közvetlen hatás, 6%-a partner iskolai végzettségén, 9%-a védekezési magatartáson keresztül jelentkező közvetett hatás. Megállapítható továbbá, hogy a partner iskolai végzettsége és a védekezési magatartás változók korrelációja az abortusz melletti döntéssel jó részt a tanuló változóból való függőségükből eredő, nem oksági kapcsolat. Másként fogalmazva azt mondhatjuk, hogy nem a partner magasabb iskolai végzettsége vagy a védekezési ma-

gatartás közvetlenül jelenti az abortusz melletti döntés okát, hanem fennáll az az oksági kapcsolat, hogy a tanuló státusú serdülő lányok eleve magasabb iskolai végzettségű partnerrel alakítanak ki kapcsolatot és jobb informáltságuk révén gyakrabban védekeznek a teherbeesés ellen. Érdekes megfigyelni továbbá, hogy mindegyik út pozitív összefüggést eredményez, vagyis mindegyik vizsgált változó a terhesség megszakíttatása irányába motivál.

A korrelációs együtthatók vizsgálatánál láttuk, hogy a terhességüket megszakíttató hajadonok almintája viszonylag sok változóval mutat közel azonos szorosságú kapcsolatot. Így erre az almintára vonatkozóan több út-modellt is készíthetünk. Ezeket az út-modelleket a melléklet tartalmazza.

A házasságkötés után gyermeket szülő fiatalkorúak csoportja a serdülő korával, kereső tevékenységével és a szexuális kapcsolat előtti, viszonylag hosszabb ismerkedési időtartammal mutat jelentősebb korrelációt.

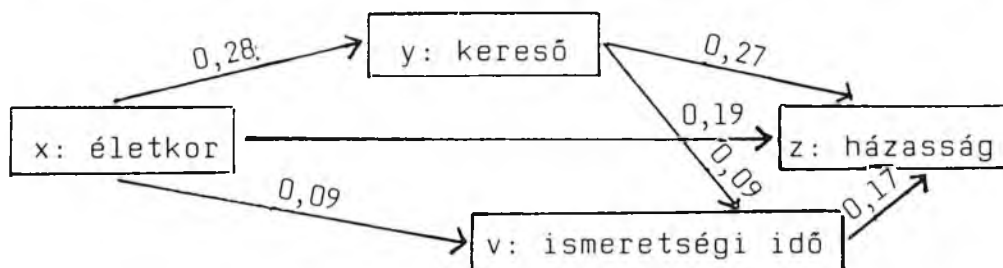
Induljunk ki abból, hogy a viszonylag idősebb serdülő anyák között magas a kereső tevékenységet folytatók száma, e két tényező együttesen a felelősségteljesebb párkapcsolatok irányába motivál, s a hosszabb ismeretség után a serdülő legalizálja a kapcsolatot és a gyermek születése előtt házasságot köt.

Rövidítések:

- >x: idősebb életkor <
- >y: kereső tevékenység <
- >v: szexuális kapcsolat előtti hosszabb ismeretség <
- >z: házasságkötés a gyermek születése előtt <

x -> z	közvetlen hatás:	0,19
x -> y -> z	közvetett hatás: 0,28 . 0,27 =	0,08
x -> v -> z	közvetett hatás: 0,09 . 0,17 =	0,02
x -> y -> v -> z	közvetett hatás: 0,28.0,09.0,17 =	0,00
<hr/>		
x	-> z teljes hatás:	0,29

	x ->y	x ->v	y ->v	y ->z	v ->z	x ->z
közvetlen hatás	0,28	0,09	0,09	0,27	0,17	0,19
közvetett hatás	-	0,02	-	0,02	-	0,10
oksági hatás	0,28	0,11	0,09	0,29	0,17	0,19
nem oksági hatás	-	-	0,02	0,06	0,05	-
korreláció	0,28	0,11	0,11	0,35	0,22	0,29



A számítási eredmények alapján tehát megállapítható, hogy a serdülő viszonylag idősebb életkora és a házasságból történő gyermekvállalás közötti szignifikánsnak tekinthető 0,29-es korreláció 66%-a az életkorra visszavezethető közvetlen hatás. A hatás további 27%-át a kereső tevékenység, a dolgozó státus, mintegy 7%-át pedig a szexuális kapcsolat előtti hosszabb ismeretség közvetíti. A változók közötti kapcsolatok döntően oksági hatásból származnak, de a kereső tevékenység, az ismeretségi idő és a házasságkötés utáni gyermekvállalás változók páronkénti összefüggésében kisebb mértékben szerepet játszik az életkortól való függőségből eredő nem oksági hatás is.

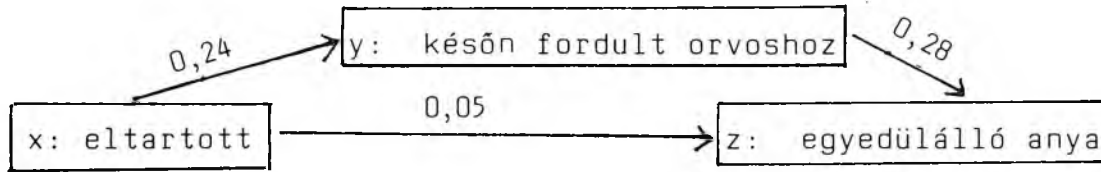
Az egyedülálló hajadon anyák csoportjával kapcsolatba hozható változók korrelációs vizsgálatánál kitűnt, hogy a csoportba kerülést igen kevés számú tényező, inkább véletlennek nevezhető körülmény befolyásolja. A szignifikánsnak tekinthető változók kis száma miatt erre az almintatípusra csak egy kisebb útmodell készült. Az egyedülálló hajadon anya és a "későn vette észre a terhességét" változók között 0,29-s korreláció van. Bevontuk az elemzésbe az "egyéb eltartott" státust jelentő változót, amely a hajadon anyával a társadalomstatisztikában még nem jelentéktelen 0,12-s korrelációt mutatja. Kérdés, hogy milyen jellegű és mértékű hatása van az eltartott státusnak és a terhesség késői észrevételének a házasságon kívüli gyermekvállalásra?

Rövidítések:

- >x: eltartott státus <
- >y: későn fordult orvoshoz <
- >z: egyedülálló anya <

x - >z	közvetlen hatás:	0,05
x - >y - >z	közvetett hatás: 0,24 · 0,23 =	0,07
x - >z		0,12

	x - >y	y - >z	x - >z
közvetlen hatás	0,24	0,28	0,05
közvetett hatás	-	-	0,07
oksági hatás	0,24	0,28	0,12
nem oksági hatás	-	0,01	-
korreláció	0,24	0,29	0,12



Megállapítható tehát, hogy döntő szerepe a terhesség késői észlelésének, az időn túli orvoshoz fordulásnak van. Az eltartott státus és az egyedülálló hajadon anya közötti hatás ugyanis csak 40%-ában érvényesül közvetlenül, a hatás 60%-a a "későn fordult orvoshoz" változón keresztül közvetetten érvényesül.

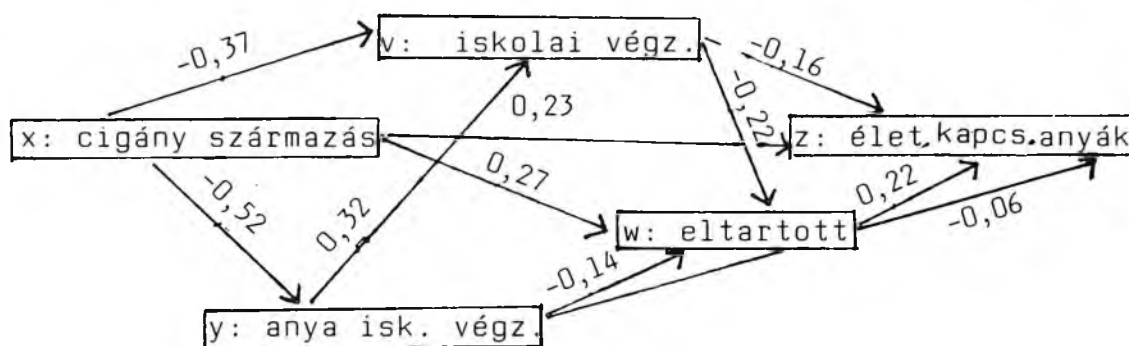
Kitűnik továbbá, hogy a változók közötti korreláció döntően oksági összefüggésre, két-két változó közötti kapcsolatra vezethető vissza.

A házasságon kívül, de élettársi kapcsolatban élő serdülő anyák csoportja a legerősebb korrelációt a cigány származással mutatja. Az al minta viszonylag szoros korrelációban van továbbá a társadalmi státust, a családi háttérrel minősítő változók közül a megkérdezett iskolai végzettségével, eltartott státusával, továbbá az édesanya iskolai végzettségével. Az említett változók közötti hatások a következőkben foglalhatók össze.

Rövidítések:

- > x: cigány származás <
- > y: anya iskolai végzettsége <
- > v: megkérdezett iskolai végzettsége <
- > w: eltartott státus <
- > z: élettársi kapcsolatban élő serdülő anya <

x ->y ->v ->w ->z	(-0,52) . 0,32 . (-0,22) . 0,22	= 0,01
x ->y ->v ->z	(-0,52) . 0,32 . (-0,16)	= 0,02
x ->y ->w ->z	(-0,52) . (-0,14) . 0,22	= 0,02
x ->y ->z	(-0,52) . 0,06	= 0,03
x ->v ->w ->z	(-0,37) . (-0,22) . 0,22	= 0,02
x ->v ->z	(-0,37) . (-0,16)	= 0,06
x ->w ->z	0,26 . 0,22	= 0,06
x ->z	0,23	= 0,23
<hr/>		
x ->z teljes hatás		= 0,45



Megállapítható tehát, hogy az élettársi kapcsolatból történő gyermekvállalás és a cigány származás között a társadalomstatistikában erőteljesnek, szorosnak nevezhető, 0,45-ös korreláció áll fenn. E kapcsolat 51%-a a közvetlen hatás. Érdekes megfigyelni, hogy mindegyik út pozitív összefüggést eredményez, vagyis mindegyik változó e sajátos magatartás, a fiatalkori élettársi viszony és gyermekszülés irányába motívál. Az anya iskolai végzettségén keresztül érvényesül a hatás 18%-a, a serdülő iskolai végzettségén a hatás 24%-a. A hatás további 24%-a az eltartott státuson keresztül jut érvényre. Másként fogalmazva azt mondhatjuk, hogy a cigány származás mintegy felerészben "felelős" az élettársi kapcsolatban bekövetkező serdülőkori gyermekszülésekért. Ezen hatásnak a fele közvetlenül, másik fele a tanuláshoz és a munkavállaláshoz való viszonyon keresztül hat.

IV. KÖVETKEZTETÉSEK, FELADATOK

Összefoglalva megállapításainkat mindenekelőtt ismételtén szükségesnek tartom hangsúlyozni, hogy hazánkban a 18 éven aluli női népesség szüléseinek és terhességmegszakításainak aránya kedvezőtlenül magas és tendenciájában egy hosszabb, 15 éves periódust alapul véve emelkedő, az utóbbi néhány év viszonylatában stagnáló képet mutat. Az a tény, hogy Magyarországon ezer serdülőből évente 30 esik teherbe - ebből 18 megszüli gyermekét, 12 megszakíttatja a terhességét -, nemzetközi viszonylatban igen magasnak nevezhető. Láttuk, hogy 28 fejlett ország rangsorát tekintve a 18 éven aluli nők termékenységi arányszáma csak Romániában magasabb mint Magyarországon. A serdülőkori termékenység társadalmi-gazdasági hátterét feltáró nemzetközi összehasonlító vizsgálat korrelációs összefüggéseiből ugyanakkor kitűnt, hogy Magyarország mintegy predesztinálva van a magas serdülőkori termékenységre, szinte valamennyi demográfiai, társadalmi és gazdasági tényező, amely szerepet játszhat a magas fiatalkori termékenység kialakulásában, jellemző a magyarországi helyzetre. A nemzetközi összehasonlító vizsgálat alapján ugyanakkor megállapítható volt, hogy a tizenévesek termékenysége az Egyesült Államokban csaknem ugyanolyan magas, mint Magyarországon. Mindenképpen érdekes és figyelemreméltó, hogy a két ország, amely sem földrajzi nagyságát, sem társadalmi rendszerét vagy gazdasági fejlettségét tekintve nem hasonlítható egymáshoz, ebben a közel sem csak demográfiaiainak tekinthető kérdésben ennyire hasonló helyzetben van. Az amerikai tapasztalatok azonban nemcsak a helyzet hasonlóságára, hanem a kérdés fontosságára is felhívják a figyelmet. Az Egyesült Államokban a serdülőkori terhességek problematikája az utóbbi években az érdeklődés homlokterébe került és demográfiai, szociológiai, pszichológiai kutatások egész sora kísérli meg feltárni a fiatalkori szülések és ter-

hességmegszakítások okait és következményeit, egyben felhívva a kormányzati szervek figyelmét a serdülőkori terhességek visszaszorítását célzó intézkedések szükségességére.

A magyarországi serdülőkori terhességek interdiszciplináris, a kérdés demográfiai, társadalmi és részben egészségügyi összetevőinek a kutatása hazánkban első ízben 1983-ban történt meg. Az előző fejezetekben ismertetett kérdőíves vizsgálat bebizonyította, hogy a 18. életévük előtt teherbe esett serdülők korántsem jelentenek homogén csoportot. Homogének ugyan abból a szempontból, hogy valamennyiükre jellemző az igen fiatal korban megkezdett szexuális élet következményeként a tizenéves korban bekövetkezett terhesség, de a teherbeesés körülményei, a teherbeesést motiváló okok, majd a teherbeesés utáni magatartásuk, a terhesség kimenetelével kapcsolatos döntésük jelentős eltéréseket mutat. Mindezen magatartásbeli különbségek alapvetően a társadalmi háttérben és a demográfiai jellemzőkben kimutatható eltérésekre vezethető vissza. Elmondható tehát, hogy a kutatás eredményei jórészt igazolták a kiindulási hipotézist, miszerint a serdülőkorú terhesek a terhesség kimenetele és a serdülő családi állapota alapján három különálló csoportot képeznek. A kutatási eredmények a vizsgálati hipotézist a házasságon kívül szült fiatalok esetében módosították, rávilágítva arra, hogy a házasságon kívül gyermeket vállaló serdülők csoportján belül két további csoport különböztethető meg: ún. a homogén jellegű és összetételű élettársi viszonyban élő serdülők és a heterogén összetételű, társadalmilag-demográfiaailag nehezen körülírható megsejt lányoké.

A terhességüket megszakítottó serdülők mind demográfiai jellemzőiket, mind társadalmi-családi háttérüket tekintve korántsem jelentenek valamiféle marginális csoportot, sajátossá-

gaikkal jól illeszkednek a társadalom egészébe. Iskolai végzettségük megfelel az életkorukban elvárható végzettségi színvonalnak, s többségük - a kortársak többségéhez hasonlóan - középfokú tanulmányokat folytat. A cigány származásúak aránya alacsony és érdekes módon még lakóhelyük településtípus szerinti megoszlása is közel azonos a 14-17 éves korosztály országos megoszlásával. Az átlagos kép a serdülők szüleire nézve is igaz. Az átlagos iskolai végzettségű, többségében kvalifikált fizikai munkát végző apák mellett az anyák túlnyomó többsége is - az országos átlaggal megegyező aránya - kereső tevékenységet folytat, a női foglalkoztatottságra általánosan jellemző módon gyakran egyéb szellemi adminisztratív munkakörben. A serdülő édesanyjának termékenységi magatartása - az első szülés idején betöltött életkora, a világra hozott gyermekeinek száma - nem mutat jelentős eltérést a női népesség egészére jellemző termékenységi magatartástól.

A serdülők magasabb kulturális színvonalát, tudatosabb magatartását bizonyítja, hogy nem ritka az e csoportba tartozó fiatal lányok esetében a fogamzásgátló eszközt alkalmazók aránya sem. Voltaképpen a többség védekezett - ha eredménytelenül is - a teherbeesés ellen. Pozitív képet fest magatartásukról továbbá az a tény, hogy korán, időben észreveszik a bekövetkezett terhességet, majd nem halogatják az orvoshoz való fordulás időpontját sem, s így a terhesség megszakítása az esetek túlnyomó többségében (90%) a kritikus 12. hét előtt megtörténik.

A terhesség megszakíttatásának szándékát általában a fiatal lány tudatosabb életvezetésére utaló motívum, a tanulmányok folytatásának vagy a továbbtanulásnak terve magyarázta. Jelentős szerepet játszott emellett a szülői magatartás, amely a kérdés megoldását a művi abortuszban és nem a gyors házasságkötésben és gyermekszülésben látta.

Meg kell azonban jegyezni, hogy a terhességmegszakításon átesett hajadonokról a fentiekben vázolt egységes kép csak nagy általánosságban igaz. Helytálló a túlnyomó többség esetében, vagyis azt mondhatjuk, hogy az abortusz mellett döntő fiatal lányok általában az említett társadalmi-demográfiai tényezőkkel és magatartásbeli sajátosságokkal jellemezhetők. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ne találkoztunk volna vizsgálataink során olyan abortuszon átesett fiatal lányokkal, fiatal lányok csoportjával, akire vagy akikre a fenti megállapítások érvénytelennek bizonyultak. Erre a tényre az adatok matematikai-statisztikai elemzése jól rávilágít. Számarányukat tekintve nem nevezhetők szignifikánsnak azok a teherbe esett fiatal lányok, akik általában hátrányos családi környezetből származnak, életkorukat tekintve igen fiatalok, iskolai tanulmányaikat már az általános iskolában megszakítják, nem tanulnak, de munkát sem vállalnak, gyakran cigány származásúak. Partnerkapcsolataikra a bizonytalanság, meggondolatlanság jellemző. Gyakran létesítenek alkalmi kapcsolatot, s partnerükre nézve a legalapvetőbb információkkal sem rendelkeznek, vagy azt sem tudják, kitől estek teherbe. Esetükben fordult elő, hogy viszonylag későn vették észre a bekövetkezett terhességet, későn fordultak orvoshoz, s így a műtéti beavatkozásra csak a 13. hét után, egyes esetekben csak a 17. hét után kerülhetett sor. Mint jeleztem, e csoport arányában nem túl jelentős, de mégis indokolt megemlíteni, mert sajátos magatartása, társadalmi-demográfiai háttere alapvetően eltér a terhességüket megszakíttató hajadonokra általában jellemző, a társadalmi átlagnak megfelelő összképtől.

A házas családi állapotban gyermeket szült fiatalkorú anyák csoportja társadalmi-demográfiai jellemzőik, gyermekvállalási magatartásuk alapján ugyancsak nem tekinthető deviáns karakterű csoportnak. Végzettségi színvonaluk, családi

háttérük jellemző mutatói, a szülők társadalmi státusa, foglalkozási összetétele ugyan elmarad a terhességüket megszakíttató hajadonok csoportját jellemző hasonló mutatóktól, de ez nem jelenti azt, hogy a házas fiatalkorú anyák a társadalomban valamiféle marginális helyet foglalnának el. Inkább azt mondhatjuk, hogy valamivel a társadalmi átlag alatt elhelyezkedő rétegekből származnak, s úgy tűnik, hogy ez a társadalmi pozíció fogja meghatározni a serdülő anya életútját is. Mindesetre erre utal a korosztályától elvárható szinttől bizonyos mértékig elmaradó iskolai végzettség, az iskolai tanulmányok félbehagyása és a korai munkavállalás, mely a végzettség hiánya miatt a többségnél betanított fizikai munkakört jelent. Gyermekvállalási magatartás szempontjából a házas serdülő anyák olyan társadalmi rétegekből származnak, amelyben a tizenéves kori házasságkötés és gyermekvállalás természetes, a család által elfogadott vagy támogatott magatartásformának minősül. Azt mondhatjuk, hogy ezek a fiatalkorú anyák úgy élnek és gondolkoznak mint a fiatal házasok általában, s magatartásuk alapvetően nem tér el a valamivel idősebb korban házasságot kötött és anyává lett fiatal nők magatartásától. Ezt a megállapítást támasztják alá a serdülő anyák helyzetmegítélésének és a jövőre vonatkozó terveit tartalmazó válaszok, vélemények is.

A tizenéves anyák jelenlegi helyzetük legfontosabb problémájaként lakáskérdésük megoldatlanságát, illetve anyagi nehézségeiket jelölték meg, vagyis az a kérdés, hogy a serdülőkori házasságkötés és gyermekvállalás problémát, nehézséget jelentene számukra - a megkérdezettekben fel sem merült. A jövőre vonatkozó tervek, elgondolások közül a serdülő anyák családtervezési elképzeléseit kívánom kiemelni, mint ami jól illusztrálja szokványos, a fiatal házasokra általában jellemző magatartásukat. A megkérdezettek 20%-a kívánt egygyermekes, kétharmada kétgyermekes és 11%-a háromgyermekes családot. Ezek

az arányok közel azonosak a KSH Népesedésszatisztikai Főosztályán végzett longitudinális termékenységi vizsgálatokban tapasztalt gyermekszám-tervekkel. Kérdés azonban, hogy ezek a családtervezési elképzelések mennyire reálisak és a jövőben hogyan fognak megvalósulni. Mind az Intézetben folyó, három- és többgyermekes családok vizsgálatának előzetes eredményeiből, mind a kérdéssel foglalkozó szakirodalom megállapításai-ból ugyanis arra lehet következtetni, hogy azok a nők, akik termékenységüket serdülőkorban kezdik meg, az átlagosnál magasabb gyermekszámot érnek el életük folyamán. Reális jövőképnek tehát az eredeti családtervezési elképzelések túlteljesítése tűnik.

Elfogadva azt a korábbi megállapítást, hogy a fiatalok-rú terhesek négy csoportjának pozitív pólusát, a legkedvezőbb jellemzőket felmutató, terhességüket megszakíttató hajadonok jelentik, azt mondhatjuk, hogy a másik szélső pólust, a kifejezetten hátrányos helyzetben lévő, élettársi kapcsolatból gyermeket vállaló serdülő anyák képezik. A csoportot mind a serdülő demográfiai mutatói, mind a társadalmi-családi háttér vonatkozásában nagyfokú homogenitás jellemzi. Az élettársi kapcsolatban élő fiatalok-rú anyák esetében általában igaz, hogy iskolai végzettségük igen alacsony, átlagosan mintegy 2 osztállyal marad el a korosztályra jellemző országos átlagtól, gyakori az iskolai tanulmányok félbeszakadása már az általános iskola alsó tagozatában, majd a tanulmányok befejezése vagy abbahagyása után nem vállalnak munkát, hanem eltartottként a családban élnek. A szülőkre jellemző demográfiai mutatók - iskolai végzettség és foglalkozási struktúra - még a serdülőkénél is kedvezőtlenebb. Az iskolába soha nem járt, analfabéta szülők megdöbbentően magas arányával szoros összefüggésben az apák túlnyomó többsége segédmunkás, az anyák többsége háztartásbeli. Bár az élettársi kapcsolatból gyerme-

ket vállaló fiatalok meghatározó jelleggel cigány származásúak, de a nem cigány származásúakra is hasonlóan hátrányos helyzet és kedvezőtlen társadalmi-demográfiai mutatók a jellemzőek. Az alacsony kulturális szint és az ingerszegény, de ugyanakkor példát adó családi környezet meghatározza szexuális- és gyermekvállalási magatartásukat. Ez a csoport kezd legkorábban szexuális életet élni, utasítja el legnagyobb arányban a fogamzásgátló használatát, következésképp átlagéletkoruk a gyermek megszületésekor esetükben a legalacsonyabb. A gyermeket általában tudatosan vállalják, s miután az élettársi kapcsolat ebben a társadalmi rétegben természetes, elfogadott életforma, a döntést a családi környezet is támogatja.

Az élettársi kapcsolatban élő serdülő anyák jövőre vonatkozó tervei arra utalnak, hogy a többség hosszabb távon fent kívánja tartani ezt az együttélési formát és csak a kisebbség kíván a törvényes legalizálás, a házasságkötés lehetőségével élni. Bár a partnerrel tervezett házasságkötés szándékának igen sokan hangot adtak, de a házasságkötés időpontját illetően általában olyan fokú bizonytalanságot árultak el, amely már a szándék komolyságát is megkérdőjelezi. Hasonlóan bizonytalan termékenységi magatartásuknak jövőbeni alakulása is. Megállapítható egyfelől, hogy gyermekszám-terveik eleve magasabbak, mint a házas fiatalok anyáké, másfelől csaknem bizonyos, hogy tényleges termékenységük a tervezettnél jelentősen magasabb lesz. A már többször említett, három- és többgyermekes családok vizsgálatára hivatkozva mondhatjuk, hogy az ott vizsgált sokgyermekes anyák jelentős része ugyancsak serdülőkorban, élettársi kapcsolatból szülte első gyermekét, vagy gyermekeit, majd élete folyamán gyakran különböző kapcsolatokból és együttélési formákból hoz világra az átlagosnál magasabb számú gyermeket. Nagyon valószínű tehát, hogy a

házasságon kívül, élettársi kapcsolatban szülő fiatalkorú nők mintájával egy olyan populációt értünk el, amely az elkövetkezendő évek sokgyermekes, ún. "nagy családjainak" - mind a családi indíttatás, mind az iskolázottság, mind a munkavégzés szempontjából - meglehetősen hátrányos helyzetben lévő csoportját fogja jelenteni.

Míg a fiatalkorú terhesek előbbi három csoportja, mind a társadalmi-demográfiai jellemzők, mind a serdülő magatartása alapján külön-külön alapvetően homogénnek tekinthető, addig a házasságon kívül szült egyedülálló anyák csoportjára a nagyfokú heterogenitás jellemző. A félanalfabéta cigánylányok éppúgy beletartoznak ebbe a csoportba, mint az átlagosnál jobb körülmények között élő, a középiskolát a terhesség miatt félbehagyni kényszerülő serdülők. Az eltérések a fiatal lányok gyermekvállalási döntéseiben is kimutathatók, vagyis, ha kisebbségben is, de jelen van egy olyan réteg, amely a gyermekszülést tudatosan, egyfajta életvezetési taktika alapján vállalta. A többségre azonban nem ez a jellemző - ezt a körülményt az adatok matematikai-statisztikai elemzése igen jól alátámasztotta -, hanem az a tény, hogy a terhesség késői észlelése és a késői orvoshoz fordulás miatt már nem volt lehetőség a terhesség megszakítására, vagyis a szülésre kényszerhelyzetben, kényszerítő külső körülmények miatt került sor. A teherbeesés tényének késői realizálása, majd a már előrehaladott terhességgel történő orvoshoz fordulás a fiatalkorú terheseknek csak e csoportjára jellemző sajátos magatartásforma. Mind a terhességüket megszakíttató, mind a gyermeket szült házaspár, illetve élettársi viszonyban élő serdülők viszonylag korai stádiumban észreveszik terhességüket és ezt követően a terhességük megállapítása céljából rövid időn belül az orvost is felkeresik. Ezzel szemben az egyedülálló, hajadon anyák több, mint 1/5-e még a terhesség 13-16. hetében

sem gondolt arra, hogy terhes lehet, s mintegy 70%-uk csak a terhesség 12. hete után fordult orvoshoz, de 35 esetben a fiatalok első ízben csak a szülés alkalmával találkozott az orvossal. A fiatalok terhesekkel készített mélyinterjúk alapján az a kép rajzolódott ki, hogy ezek a megesezt lányok egyszerően nem mernek tudomást venni terhességükről, mintegy kizárják tudatukból a terhesség bekövetkeztének tényét, s az orvoshoz fordulás időpontját azért halogatják, mert részben valamiféle "csodában" reménykednek, részben félnek a bizonyosságtól.

Az egyedülálló, hajadon anyák csoportjára jellemző továbbá, hogy a kapcsolat a gyermek apjával a szülés időpontjára már sok esetben felbomlott, a partner gyakorta nem hajlandó elismerni az apaságot, s mindez együttesen igen nehéz helyzetet teremt a fiatal anya és gyermeke számára. Bár a szülést követően viszonylag kevés leányanya kívánt lemondani gyermekéről, de valószínűsíthető, hogy a későbbi nehézségek és életkörülmények a jelzettnél nagyobb arányban fogják az anyákat arra kényszeríteni, hogy gyermeküket örökbe adják vagy állami gondozásban helyezték el. Elmondható, hogy a serdülőkori terhesség és gyermekszülés éppen az egyedülálló hajadon anyák csoportját érinti a legsúlyosabban, s minden leányanya sorsa, története egy-egy egyéni tragédiát hordoz.

Az elmondottak ismeretében végül fel kell tennünk azt a kérdést, hogy mi a teendő, a serdülőkori terhességek befolyásolását illetően, hogy egyáltalában kell-e, lehet-e, szükséges-e társadalmi szinten beavatkozni, és ha igen, milyen irányban és milyen formában? Ha a kérdést nemzetközi vonatkozásban tesszük fel, azt tapasztaljuk, hogy az országok többségében a szakemberek és a kormányzati szervek erőfeszítéseket tettek és tesznek, a serdülőkori szülések visszaszorítása

érdekében. A kérdés megközelítésének két sarkallatos pontja van. Egyfelől külföldön a szakemberek azt az általános véle-
ményt képviselik, hogy a serdülőkori terhességek bekövetkezé-
se szempontjából másodlagos jelentősége van annak a ténynek,
hogy a serdülő hány éves korban kezd szexuális életet élni,
meghatározó szerepe a védekezési magatartásnak van. Más szóval
a rizikófaktort nem a túl fiatalon megkezdett szexuális élet
jelenti, hanem a serdülőnek a szexuális kapcsolat során tanú-
sított, átgondolt vagy meggondolatlan magatartása, a fogamzás-
gátló eszközök alkalmazásának elutasítása vagy a nem megfelelő-
en hatékony módszerek alkalmazása jelenti.

A nemzetközi szakirodalom és gyakorlat a másik kulcskérdésnek a kívánt - nem kívánt terhességek problematikáját tekinti. Nem kívánt terhességek csoportjába a terhességmegszakításokat és a házasságon kívüli szüléseket sorolja, míg a házasságból történő szüléseket, ha fenntartásokkal is, de kívánt terhes-
ségként fogadja el. Az alapvető célt a nem kívánt terhességek csoportján belül a házasságon kívüli szülések visszaszorításában jelöli meg, míg a terhességmegszakítások kérdésének megítélésében megoszlanak a vélemények. A szakemberek közül többen - mint nem kívánt terhességet - a művi abortuszok csökkentését is igen fontos feladatnak tartják, míg mások elhanyagolható-
nak ítélik a terhességmegszakítás egészségügyi és pszichés következményeit, s ezért nem tartják indokoltnak ezen a területen a társadalmi beavatkozást.

Magyarországon a serdülőkori terhességek témaköre és a beavatkozás, a visszaszorítás kérdése bizonyos mértékig más megközelítést igényel. Az empirikus vizsgálat eredményei alapján láttuk, hogy a 18 éven aluli terhesek mind társadalmi-de-
mográfiai hátterük, mind a teherbeesés motiváltságát illetően igen heterogén populációt jelentenek, következésképp a kérdés

társadalmi kezelése is differenciált szemléletet és módszereket tesz szükségessé. Mindenképpen másként kell megítélni annak a fiatal anyának a magatartását és helyzetét - még ha kis-korú is -, aki viszonylag hosszabb partnerkapcsolat után és házasságkötéssel rendezett körülmények között hozza világra gyermekét, mint azokét, akiknél a terhesség bekövetkezésében és kimenetelében véletlen külső körülmények vagy egyéni felelőtlenség játszott meghatározó szerepet. S itt rögtön felmerül a kívánt - nem kívánt terhességek problematikája, a házasságon kívüli szüléseknek a nemzetközi tapasztalatoktól eltérő motiváltsága. A magyarországi serdülők házasságon kívüli szüléseinek számottevő része ugyanis - mint láttuk - élettársi kapcsolatból tudatosan vállalt, kívánt terhességből származott, s így hazai viszonylatban a terhességek besorolása kívánt - nem kívánt kategóriákba a serdülő családi állapota és a terhesség kimenetele alapján korántsem egyértelmű. Vagyis azt mondhatjuk, hogy Magyarországon nem kívánt fiatalkori terhességnek tekinthetjük a művi abortusszal végződő terhességek egészét és a házasságon kívüli terhességek egy részét, döntően azokat a terhességeket, amelyek nem élettársi viszonyból származtak. Ezzel szemben kívánt terhességnek kell elfogadnunk a házastársi, illetve élettársi viszonyból származó terhességeket, még akkor is, ha valószínűsíthetően ezek egy része nem volt a szó igazi értelmében kívánt vagy tervezett, de a gyermek megszületésével, a körülmények rendeződésével végül is azzá vált.

A kívánt - nem kívánt terhességek helyes megkülönböztetése nemcsak elméleti szempontból, hanem a kérdés gyakorlati kezelése szempontjából is alapvető fontosságú. Míg ugyanis a nem kívánt terhességek esetében a teherbeesések megelőzése, elkerülése egyaránt érdeke az egyénnek és a társadalomnak, és így vélhető, hogy a társadalmi erőfeszítések az érintett

fiataloknál nagyobb visszhangra és együttműködési készségre találnak, a kívántnak nevezhető terhességek esetében alapvetően más a helyzet. Lehet ugyan társadalmi szinten, szociális és egészségügyi okokra, az anya pszichikai és biológiai éretlenségére hivatkozva károsnak és megelőzendőnek ítélni a serdülőkori gyermekvállalást, de mégis tudomásul kell venni, hogy mind a házasságban, mind az élettársi kapcsolatban élő serdülőknél egy tudatosan választott életformáról van szó, amelyre a fiatal pár a számukra elfogadható és követendő normák, hagyományok révén határozta el magát, melyet a környezet is elfogad, sőt megerősít. Ezekben az esetekben megkérdőjelezhető, hogy egyáltalában lehet-e, szabad-e erkölcsi vagy jogi eszközökkel beavatkozni e sajátos szubpopuláció magánszférájába, s ugyanakkor erősen kétséges, hogy bármilyen beavatkozás a társadalmilag kívánt eredménnyel járna-e. A házasságból vagy élettársi kapcsolatból gyermeket vállaló serdülők megítélésének és kezelésének legfontosabb jellemzője - véleményem szerint - a társadalmi tolerancia kell, hogy legyen, annak a tudomásulvétele, hogy léteznek a társadalomban olyan rétegek, amelyeknél a korai házasságkötés vagy az ezzel egyenértékűnek tekintett élettársi kapcsolat és gyermekvállalás természetes életvezetési mintának minősül.

A jelenség összetett voltából következően a serdülőkori terhességek társadalmi kezelését egyes esetekben a beavatkozást érintő ajánlások, a kitűzhető feladatok is csak differenciált módon határozhatók meg. Az egyik lényeges kérdés a szexuális élettel és a fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek iskolai oktatása. Külföldi példák alapján láttuk, hogy ennek a módszernek, törekvésnek meghatározó jelentősége lehet. Svéd szakemberek egybehangozón a fogamzásgátlási ismeretek iskolai oktatására vezetnek vissza a fiatalok terhességei előfordulási gyakoriságának számottevő és igen gyors csökkenését. A

családi életre nevelési tantárgy oktatása hazánkban közel sem volt ilyen eredményes, hiszen az egyértelműen nem kívánt terhességnek minősülő művi abortuszok aránya nem csökkent, sőt egyes korévekben bizonyos mértékű emelkedést mutatott. A jelen dolgozatnak nem feladata a családi életre nevelési tantárgy tematikáját és oktatási módszereit részletekbe menően tárgyalni, illetve minősíteni, de pusztán az eltérő eredményességet tükröző statisztikai adatok alapján is felmerül, hogy vajon megfelelő módon és kellő hatékonysággal történik-e hazánkban az iskolai szexuális felvilágosítás és a fogamzásgátlási oktatás.

A kérdés véleményem szerint alapvető fontosságú lehet elsősorban a nem kívánt terhességek megelőzésének és visszaszorításának szempontjából. A terhességüket megszakíttató hajadonokra általában és az egyedülálló hajadon anyák egy részére - mint láttuk - viszonylag magasabb iskolai végzettség jellemző, s ez a tény a fogamzásgátlási kérdések oktatását a serdülők e csoportjánál két vonatkozásban is eredményesebbé teheti. Egyfelől a magasabb végzettség, a sok esetben középfokon folytatott tanulmányok eleve megnövelik a valószínűségét annak, hogy a serdülőhöz eljutnak a teherbeeséssel és a megelőzéssel kapcsolatos információk. Másrészt a magasabb kulturális és értelmi szint biztosítékot jelenthet a tekintetben is, hogy a serdülő tud élni a kapott információval, s megértve a fiatalkori abortusz vagy gyermekszülés veszélyeit, védekezni fog a teherbeesés ellen.

Az empirikus vizsgálat tapasztalatai alapján az iskolai oktatásban mindenképpen ki kellene térni, illetve a jelenleginél nyomatékosabbá tenni a következő kérdéseket. Hangsúlyosan felhívni a fiatalok figyelmét arra a tényre, hogy terhesség egyetlen nemi érintkezésből is bekövetkezhet. A fogamzásgát-

lási módszerek ismertetése mellett aláhúzottan kiemelni az alkalmazás technikai kérdéseit, a tabletták esetén a rendszeres szedés fontosságát, a Postinorral kapcsolatban az időzítés kérdését, illetve az alkalmazás gyakorisági korlátait. A vizsgálati anyagból egyértelműen kitűnt, hogy a teherbeesés ellen tudatosan védekező, orális fogamzásgátlót alkalmazó serdülők igen gyakran a fent említett hibákat követték el és a helytelen alkalmazás miatt estek teherbe.

A hatékony iskolai felvilágosítás hozzájárulhatna a nem kívánt házasságon kívüli szülések arányának csökkenéséhez is. A kutatási eredmények alapján megállapítható volt, hogy az egyedülálló hajadon anyák a terhesség kihordására elsősorban a terhesség késői észrevétele miatt kényszerültek. Az iskolákban folyó szexuális felvilágosításnak ezért hangsúlyosabban kellene foglalkoznia a terhesség időbeni felismerésének fontosságával, oktatni a terhesség bekövetkeztére utaló jeleket, tüneteket és nyomatékosan, ismételten felhívni a fiatalok figyelmét arra, hogy az orvosi vizsgálat halogatása milyen veszélyekkel és következményekkel járhat. Tudatosítani kell, hogy a művi abortuszok akkut és késői szövődményeinek bekövetkezési valószínűsége többszörösére nő a 12. hét után elvégzett beavatkozások esetében, illetve, hogy előrehaladott terhesség esetén már nincs választási lehetőség, a döntés csak a terhesség kihordása lehet. Ahhoz azonban, hogy a fiatal lányok bizalommal forduljanak az orvoshoz részben az orvosok szemléletmódjában is változásnak kellene bekövetkeznie, részben létre kellene hozni olyan családtervezési központokat, amelyeket a fiatalok felkereshetnének anélkül, hogy arról környezetük, az iskola, a szülők tudomást szereznének. Napjainkban ugyanis még egyáltalában nem jellemző, hogy a serdülők szexuális életükkel kapcsolatos problémáikkal őszintén forduljanak tanácsért vagy segítségért orvoshoz, egészségügyi intézményekhez. Ha pedig a fiatal nők mégis tanácsot kérnek

az orvostól, védőnőtől, akkor sok esetben - mint azt a válaszok alapján tapasztaltuk - a konkrét fogamzásgátlási segítségnyújtás helyett moralizálással, a fiatalkori szexuális életet általánosságban elítélő magatartással és nem konkrét útbaigazítással találkozunk.

Az iskolai nevelés feladata lehet továbbá felhívni a figyelmet arra, hogy a túl korán megkezdett szexuális élet mind pszichikai, mind biológiai szempontból kedvezőtlen hatású lehet akkor is, ha nem következik be teherbeesés. Úgy vélem azonban, hogy a szexuális felvilágosításnak éppen ez az a területe, ahol az iskola hatása csak másodlagos lehet, s meghatározó szerepet a családi környezet és a kortárs csoportok játszanak. Az iskolai oktatás elsősorban tények, tananyag formájában összefoglalható ismeretek átadására vállalkozhat, s ha ezen a területen eredményeket ér el az nem is kevés, de a jelenlegi oktatási feltételek mellett reálisan nem várható el, hogy döntően befolyásolja a fiatalok párkapcsolatait és szexuális magatartását. Kutatási eredményeink is bizonyították, hogy a serdülők életvezetési stílusa, szexuális és termékenység magatartása elsősorban a családi szocializáció hatására, sok esetben az anyai mintát követve alakul ki, következésképp a szexuális élet kezdetének életkorát, a párkapcsolat jellegét és a védekezési magatartást illetően a családi környezet hatása, a gyermek-szülő kapcsolat meghatározó lehet.

A szülők azonban sok esetben elhárítják maguktól a problémát, s nem kívánnak tudomást venni arról, hogy a serdülőkor nemcsak a fizikai és pszichikai változások kora, de a nemi érés időszaka is. Ez a szülői magatartás véleményem szerint arra vezethető vissza, hogy a szülői attitűdökben ma még elsősorban e problémának a morális megközelítésmódja dominál,

és maguk a szülők sem rendelkeznek azokkal az ismeretekkel, amelyek birtokában a korai szexuális élet káros következményeiről időben és őszintén beszélgethetnének gyermekeikkel. Méginkább erkölcsi gátak keletkeznek a szülők és gyermekek között, amikor a serdülők már szexuális kapcsolatba kerültek valakivel, pedig ekkor különösen igényelnék mind a pszichológiai, mind az egészségügyi fogamzásgátlási segítséget és felvilágosítást. Kritikus esetekben - pl. a Nevelési Tanácsadás vagy más intézményes keretek révén - segítséghez, tanácshoz juthatnak olykor a szülők, de preventív módon, szélesebb körű ismeretterjesztés, tanácsadás révén nincs mód ismereteket szerezni arról, hogy miként lehet és kell a serdülőkori szexualitás problémáit kezelni. Javasolható lenne ezért, hogy a kérdés kapjon nagyobb teret a tömegkommunikációban és az ismeretterjesztés népszerű formáiban, továbbá a most alakuló család gondozói hálózat feladatává kellene tenni, hogy kiszűrje és fokozott figyelemmel kísérje a serdülőkori terhesség bekövetkezésében veszélyeztetettnek tekinthető családokat.

A nyugat-európai országok tapasztalatai alapján ugyanakkor megállapítható, hogy a fiatal életkorban megkezdett szexuális élet általános, mondhatni világméretű tendencia és a helyzetet reálisan felmérve, hazánkban is a serdülőkori szexuális élet létével, sőt terjedésével számolni kell. Éppen ezért igen fontos lenne, hogy a társadalom megpróbálja a szexualitással általában és ezen belül a tizenévesek nemi életével kapcsolatos kérdéseket őszintébben, nyíltabban kezelni. A tapasztalatok alapján ugyanis a témának tabuként történő kezelése korántsem eredményezi a szexuális élet kezdetének kitolódását, a tizenévesek szexuális aktivitásának csökkenését, de ugyanakkor féltő, hogy a társadalmi nyitottság és tolerancia hiánya a serdülőkori szexualitás káros következményeinek halmozódásával jár. A fiatalok a tudatlanság, titko-

lódzás, szégyenérzet miatt könnyebben sodródnak labilis, bizonytalan kapcsolatokba, az esetleg bekövetkezett terhességet nem merik szüleikkel tudatni, vagy az orvost felkeresni, s így pszichikusan is, egészségügyi szempontból is egyre több veszélynek lesznek kitéve, ami további életútjukat, társadalmi beilleszkedésüket hosszú időre vagy véglegesen meghatározhatja. Kívánatos lenne tehát, hogy a társadalom általánosságban is nyíltabban kezelje ezt a problémát, amitől azonban nem várható, hogy a fiatalok későbbi életkorban kezdenek szexuális életet élni, de várható és feltételezhető, hogy meggondoltabban és felkészültebben, s így eredményezheti a nem kívánt fiatalkori terhességek csökkenését, visszaszorítását.

A serdülőkori terhességekkel kapcsolatban az egészségügyi ellátásra háruló feladatok közül még egy kérdést szeretnék kiemelni. Mint láttuk, a serdülőkori terhességek többsége szüléssel, sőt meghatározó jelleggel tudatosan vállalt szüléssel végződik. Míg a nem kívánt gyermekvállalások esetében általánosan jellemző volt, hogy a fiatal nő későn, előrehaladott terhességgel fordult orvoshoz, addig a tudatosan vállalt terhességek esetén - a házasságban és az élettársi kapcsolatban élő fiatalok anyák csoportjában - a serdülők általában viszonylag korán, a terhesség korai stádiumában felkeresik az orvost. Ez a tény megteremthetné a lehetőséget annak, hogy az orvosok fokozottabb odafigyeléssel gondozzák a fiatalok leendő anyákat és ezáltal csökkentsék a koraszülés és a szülés alatti egyéb szövődmények bekövetkezésének valószínűségét, más szóval csökkentsék a serdülőkori gyermekvállalás egészségügyi veszélyeit és javítsák a megszületett gyermek életkilátásait. A kutatás eredményei azonban azt mutatták, hogy az orvosok igen korlátozottan éltek ezzel a lehetőséggel. Az általunk vizsgált fiatalok anyák közel háromnegyede nem részesült fokozott gondozásban terhessége alatt, annak ellenére,

hogy túlnyomó többségük a terhesség 12. hetéig bezárólag, vagyis viszonylag időben felkereste az orvost. Anélkül, hogy a kérdéssel részletekbe menően foglalkoznék meg szeretném említeni azt a számomra megdöbbentő ténytet, hogy a gondozásbavétel aránya nem mutatott összefüggést a terhes nő életkorával, vagyis a 15 éves és fiatalabb terhesek ugyanolyan arányban részesültek, illetve nem részesültek fokozott gondozásban, mint a társadalmilag és biológiailag érettebb 17 éves leendő anyák. Úgy vélem ezért, hogy ezen a területen még komoly tartalékokkal rendelkezünk, az egészségügyi hálózat még sokat tehet a serdülőkori gyermekvállalás egészségügyi feltételeinek javítása érdekében. Javasolható lenne például, hogy a serdülőkorban szülő nők - a 35 éven felüli, először szülő nőkhöz hasonlóan - az Egészségügyi Minisztérium utasítása, előírása alapján eleve fokozott gondozottnak minősüljenek.

A házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő fiatalkorú anyák esetében az egészségügyi ellátás, mint a társadalmi beavatkozás szinte egyetlen lehetséges formája, meghatározó jelentőségű lehet. Figyelembe véve ugyanis azt a korábbi megállapítást, hogy a serdülőkorú terhesek e két csoportjánál a fiatalkori gyermekvállalás egy sajátos életformát tükröző magatartásra vezethető vissza, reálisan nem képzelhető el, hogy társadalmi ráhatás, nevelés, vagy beavatkozás hatására magatartásuk, illetve az azt kialakító kulturális - szocializációs tényezők rövid távon megváltozzanak. A fiatalkorú anyák e két csoportjánál ezért a következő társadalmi magatartás a tolerancia, e rétegek "másságának" tudomásulvétele és az egészségügyi segítségnyújtás lehet. Megteremteni a feltételeit annak, hogy ezek a fiatal anyák a legkisebb kockázattal hozzák világra gyermeküket, és hogy a gyermekek hátrányos helyzete legalább biológiai, egészségügyi szempontból a lehető minimumra csökkenjen. A fiatalkorú anyák szülési szövödményeinek gyakori előfor-

dulását, a koraszülések igen magas arányát, valamint a terhességük alatt fokozott gondozásban részesültek alacsony számát tekintve úgy gondolom, hogy ezen a téren még sok a tennivaló és a terhesség gondozási ellátás javulása már rövid távon is számottevő eredményekkel járhat.

Végül utalni szeretnék arra, hogy az új Családjogi Törvény hatályba lépése várhatóan változásokat fog indukálni a sedülőkori terhességek jelenlegi struktúrájában mind a terhességek kimenetelét, mind a szülések legitimitását illetően. A házasságkötési korhatár felemelése a nő 16, illetve 18 éves korára azt eredményezi, hogy a 16 éven aluli terhesek csak a terhesség megszakíttatása vagy a házasságon kívüli szülés között dönthetnek. Jelenleg évente 4-500-ra tehető azoknak az eseteknek a száma, amikor a 16 éven aluli nő terhesség miatt folyomodik a gyámhatósághoz házasságkötési engedélyért. Miután rövid távon, néhány év alatt nem várható, hogy a fiatal lányok védekezési magatartásában alapvető, pozitív változás következne be, feltételezhető, hogy a teherbe esett serdülők száma azonos marad, de évente 4-500-zal több lesz azoknak a fiatal nőknek a száma, akik az abortusz vagy a házasságon kívüli szülés között kényszerülnek dönteni. Bár a döntés kimenetelét előre megbecsülni igen nehéz, de a kutatási anyag ismeretében feltételezhető, hogy a 16 éven aluli anyák jelentős része házasságkötés helyett élettársi kapcsolatot létesít partnerével, s ebben az együttélési formában inkább a szülés, mint a megszakítás mellett dönt. Fennáll tehát annak a kockázata, hogy a Családjogi Törvény "mellékhatásaként" a fiatalkori élettársi kapcsolatok, s az ezekből származó gyermekek száma nemcsak az életforma önkéntes választása miatt, hanem kényszerhelyzetből is növekedni fog, s így a fiatalkorú anyák számottevő része veszíti el azt a társadalmi védettséget, amelyet számukra a házasság megkötése, a kapcsolat legalizálása nyújthat.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a serdülőkori terhességek problematikája iránt az utóbbi években hazánkban is megélénkülő érdeklődés mutatkozik. A szakemberek, sőt a kormányzati szervek részéről megnyilvánuló figyelem garanciát jelenthet arra nézve, hogy lépések történjenek a fiatalok szexuális ismereteinek, fogamzásgátlási kultúrájának javítása, és olyan fogamzásgátló eszközök biztosítása terén, amelyeket a serdülők egészségük károsodása nélkül, nagy biztonsággal alkalmazhatnak. A serdülőkori szülések és terhességmegszakítások kérdése a probléma komplexitásából kifolyólag érinti a népesséspolitikát, a szociálpolitikát, az oktatásügy és az egészségügyi ellátás területét, s így eredmények is csak az említett területek összehangolt tevékenysége révén képzelhetők el. A jelen dolgozat ehhez a feladathoz kívánt szerény mértékben hozzájárulni.

MELLÉKLET

A / A fiatalkorú terhesek almintái és a 0,2-nél erősebb korrelációs mutató változók

1. Terhességmegszakításon átesett hajadonok almintája

<u>Változók:</u>	<u>Korrelációs együtthatók:</u>
Tanuló	0,62354
Rendszeres szexuális kapcsolat	-0,60667
Ismétlődő, de nem rendszeres szexuális kapcsolat	0,51844
Szülők véleménye: szakíttassa meg a terhességet	0,45050
Védekezett	0,38482
Eltartott, háztartásbeli	-0,35016
Szakközépiskolába jár	0,31374
Szaktanácsadóba jár	0,30837
Későn fordult orvoshoz	-0,30513
Partner dolgozik	-0,30074
Testvérek száma	-0,29657
Középiskola 1-3 osztályát végezte	0,29348
Elvégzett osztályok száma	0,25927
Édesanya szellemi foglalkozású	0,25500
Általános iskolába jár	0,25328
Édesanyja középiskolát végzett	0,24962
Gimnáziumba jár	0,24919
Partner tanuló	0,24738
Laksűrűség (fő/m ²)	-0,24326
Cigány származás	-0,23950
Nem ismeri a partner foglalkozását	0,23390
Ismeri a partner adatait	-0,22743

<u>Változók:</u>	<u>Korrelációs együtthatók:</u>
Édesapa segédmunkás	-0,22566
Nem ismeri a partner családi állapotát	0,22371
Nem ismeri a partner adatait	0,22240
Tart a kapcsolat	-0,21984
Nem ismeri a partner iskolai végzettségét	0,21859
Édesapja szellemi foglalkozású	0,20585
Partnere 8 osztályt végzett	-0,20351

2. Házass fiatalok anyák almintája

<u>Változók:</u>	<u>Korrelációs együtthatók:</u>
Szülői vélemény: a terhességet szakítottassa meg	-0,35920
Dolgozik	0,34603
Tanuló	-0,34049
Férj 8 osztályt végzett	0,28636
Életkor	0,28586
Betanított munkás	0,24541
Férj dolgozik	0,22707
Szexuális kapcsolat előtti ismeretség időtartama	0,21907
Férj életkora	0,21154

3. Élettársi kapcsolatból gyermeket vállaló hajadon anyák

<u>Változók:</u>	<u>Korrelációs együtthatók:</u>
Cigány származású	0,44817
Elvégezte a nyolc osztályt	-0,41582
Eltartott, háztartásbeli	0,41238

Változók:

Korrelációs együtthatók:

Elvégzett osztályok száma	-0,40801
Élettárs 1-7 osztályt végzett	0,36573
Élettárs segédmunkás	0,32288
Testvérek száma	0,30693
Édesanyja nem járt iskolába	0,29285
Laksűrűség (fő/m ²)	0,28090
Nem végezte el a nyolc osztályt	0,26664
Tanuló	-0,23103
Élettárs szakmunkás	-0,22062
Dolgozik	-0,21910
Élettárs szakmunkásképzőt végzett	-0,20857
Édesanyja nyolc osztályt végzett	-0,20087

4. Egyedülálló hajadon anyák

Változó:

Korrelációs együtthatók:

Tart a partnerkapcsolat	-0,42372
Későn fordult orvoshoz	0,29361
Rendszeresen éltek szexuális életet	-0,22887

B/ Útmodell típusok a terhességmegszakításon átesett
hajadonok almintájára

1. Az abortuszon átesett serdülők csoportja a vizsgálati változók közül szignifikáns korrelációt mutat a megkérdezett fiatalok közül viszonylag magasabb iskolai végzettségével, az apa magasabb presztizsű foglalkozásával ("+" korrelációt a szellemi foglalkozással, "-" korrelációt a segédmunkási foglalkozással) és a partner nyolc osztálynál magasabb iskolai végzettségével. Kérdés, hogy ez a három változó milyen szerepet játszik az abortusz melletti döntésben.

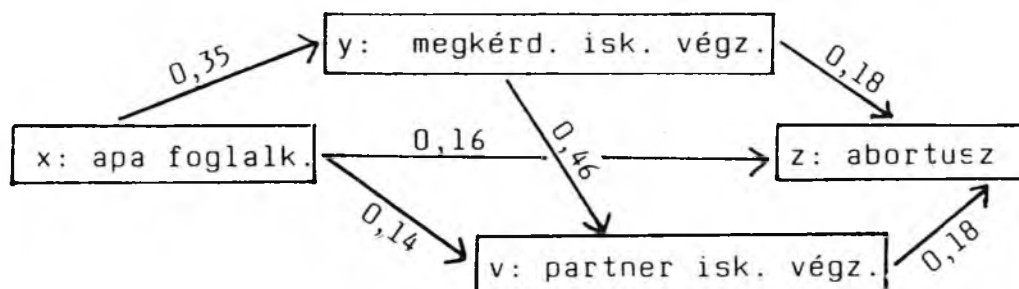
Rövidítések:

>x: apa foglalkozása <
>y: megkérdezett iskolai végzettsége <
>v: partner iskolai végzettsége <
>z: abortusz <

x - >z	közvetlen hatás:	0,16
x - >y - >z	közvetett hatás: 0,35 . 0,18 =	0,06
x - >v - >z	közvetett hatás: 0,14 . 0,18 =	0,03
x - >y - >v - >z	közvetett hatás: 0,35.0,46.0,18 =	0,03
x	- >z teljes hatás	0,28

A partner iskolai végzettsége és az abortusz közötti korrelációban jelentős a nem oksági hatás. A serdülő és a partner iskolai végzettsége közötti korrelációban viszont az apa foglalkozására visszavezethető nem oksági hatás kicsi.

	$x \rightarrow y$	$x \rightarrow v$	$y \rightarrow v$	$y \rightarrow z$	$v \rightarrow z$	$x \rightarrow z$
közvetlen hatás	0,35	0,14	0,46	0,18	0,18	0,16
közvetett hatás	-	0,16	-	0,08	-	0,12
oksági hatás	0,35	0,30	0,46	0,26	0,18	0,28
nem oksági hatás	-	-	0,05	0,06	0,13	-
korreláció	0,35	0,30	0,51	0,32	0,31	0,28



Az apa foglalkozása és az abortusz melletti döntés között 0,28-as korreláció mutatható ki, melynek 57%-a az apa magasabb presztizsű foglalkozására visszavezethető közvetlen hatás. Az apa foglalkozásának hatása a megkérdezett serdülő iskolai végzettségén keresztül 21%, a partner iskolai végzettségén keresztül 11% és mindkettőjük iskolai végzettségén keresztül ugyancsak 11%. Az apai foglalkozás hatásának közvetítésében a serdülő magasabb iskolai végzettsége 32%-ban, a partner magasabb iskolai végzettsége 22%-ban játszik szerepet.

2. A terhességüket megszakítottó serdülők édesanyjára az átlagot meghaladó iskolai végzettség volt a jellemző. Nézzük meg, hogy ha az apa foglalkozása helyett az anya iskolai végzettségét mutató változót szerepeltetjük, milyen köz-

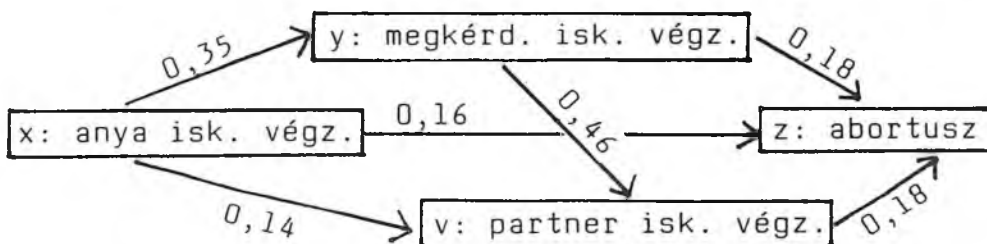
vetlen és közvetett hatásokat, illetve oksági - nem oksági összefüggéseket állapíthatunk meg. A vizsgálatba bevont másik két változó - a megkérdezett iskolai végzettsége és a partner iskolai végzettsége - azonos az előbbi útmodellben szereplő változókkal.

Rövidítések:

- >x: anya iskolai végzettsége <
- >y: megkérdezett iskolai végzettsége <
- >v: partner iskolai végzettsége <
- >z: abortusz <

x - >z	közvetlen hatás:	0,17
x - >y - >z	közvetett hatás: 0,51 . 0,15 =	0,08
x - >v - >z	közvetett hatás: 0,25 . 0,16 =	0,04
x - >y - >v - >z	közvetett hatás: 0,51.0,38.0,16 =	0,03
x - >z	teljes hatás	0,32

	x ->y	x ->v	y ->v	y ->z	v ->z	x ->z
közvetlen hatás	0,51	0,25	0,38	0,15	0,16	0,17
közvetett hatás	-	0,19	-	0,06	-	0,15
oksági hatás	0,51	0,44	0,38	0,21	0,16	0,32
nem oksági hatás	-	-	0,13	0,11	0,15	-
korreláció	0,51	0,44	0,51	0,32	0,31	0,32



Az édesanya iskolai végzettsége és a terhesség megszakítása között 0,32-es korreláció van. Ennek az összefüggésnek mintegy fele (53%) az anya magasabb iskolai végzettségére visszavezethető közvetlen hatás. Az anya iskolai végzettsége a serdülő iskolai végzettségén keresztül 25%-ban, a partner iskolai végzettségén keresztül 12%-ban, mindkettőjük iskolai végzettségén keresztül 10%-ban hat. Az anya magasabb iskolai végzettségének hatásában a leány iskolai végzettsége 35%-kal, a partner iskolai végzettsége 22%-kal szerepel. A serdülő, illetve a partner iskolai végzettsége és az abortusz közötti korrelációban jelentős a nem oksági hatás. Ugyancsak jelentős az anya iskolai végzettségére visszavezethető nem oksági hatás a serdülő lány és a partner iskolai végzettségének egymás közötti korrelációjában.

Irodalom

- Abernethy, V.: Illegitimate Conception among Teenagers.
American Journal of Public Health. Vol. 64. No. 7.
- Adolescent fertility: policies from around the world. (A
project of the Center for Population Options)
International Clearinghouse on Adolescent Fertility
Washington March 1982.
- Andorka R. - Cseh-Szombathy L. - Vukovich Gy: Módszertani
megjegyzések az abortusz hatásainak vizsgálatához.
Demográfia 1974. 1. sz. 63-73. p.
1975. Annual Report. National Reporting System for Family
Planning Services. National Center for Health Sta-
tistics. Hyattsville 1977. 245 p,
- A report to the Ford Foundation of the findings and policy
implications of a comparative study of teenage
pregnancy and fertility in developed countries.
Alan Guttmacher Institute 1985 (manuscript) 375 p.
- Badger, E. - Bruns, D. - Rhoads, B.: Education for Ado-
lescent Mothers in a Hospital Setting. American Jour-
nal of Public Health. Vol. 66. No. 5. 1976. 469-472. p.
- Basic Data on Women Who Use Family Planning Clinics: United
States 1980. Vital and Health Statistics. Data From
the National Health Survey Series 13, No. 67. Hyatts-
ville 1982.
- Bogue, D. J.: Adolescent Fertility. The proceedings of on /
international conference. 1976.

- Bolton, Jr. Frank G.: The Pregnant Adolescent - Problems of Premature Parenthood. Sage Library of Social Research Vol. 100. Sage Publications, Beverly Hills London. 1980. 247 p.
- Card, J. J.: Long-term Consequences for Children of Teenage Parents. Demography 1981. No. 2. 137-156. p.
- Cherlin, A.: Postponing marriage: The influence of young women's work expectations. Journal of Marriage and the Family. 1980. May 355-365. p.
- Chilman, C. S.: Social and psychological research concerning adolescent childbearing; 1970-1980. Journal of Marriage and the Family Volume 42. November 1980. 793-805. p.
- Connell, E. - Jacobson, L.: Pregnancy, the teenager and sex education. American Journal of Public Health Vol. 61. No. 9. 1971. 1840-1845. p.
- Crumidy, P. M. - Jacobzinger, H.: A study of young unmarried mothers who kept their babies. American Journal of Public Health Vol. 56, No. 8. 1966. 1242-1251. p.
- Csernák Józsefné dr.: Az első házasságkötések alakulása Magyarországon a II. világháború után. KSH Népeségügyi Kutató Intézet Közleményei 54. sz. 1983/1. 295 p.
- Farkas Márton: A fiatal korban végzett terhességmegszakítás hatása a termékenységre. Népegészségügy 67. 1986. 39-46. p.

Ford, K. - Zelnik, M. - Kantner, J. F.: Sexual behavior and contraceptive use among socioeconomic groups of young women in the United States. Journal of Biosocial Science 1981. No. 1. 31-45. p.

Francome, C.: Unwanted Pregnancies amongst Teenager. Journal of Biosocial Science. 1983. No. 2. 139-143 p.

Freeman, E. W. - Rickels, K. - Mudd, E. B. - Huggins, G. R.: Never - pregnant adolescents and family planning programs: contraception, continuation and pregnancy risk. American Journal of Public Health Vol. 72. No. 8. Aug. 1982. 815-822. p.

Haves, Ch., D.: Risking the Future. National Academy Press. Washington, D. C. 1987. 337 p.

Höpflinger, F.: Heirats- und Geburtenhäufigkeit bei Teenagern. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft. Jg. 10/84. 169-191. p.

Jones, E. F.: The proximate determinants of adolescent fertility in six developed countries. (manuscript) 1985. 115 p.

Jones, E. - Forres, J. - Goldman, N. - Henshaw, S. - Lincoln, R. - Rosoff, J. - Westoff, Ch. - Wulf, D.: Teenage pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. Family Planning Perspectives Volume 17, Number 2, March/April 1985. 53-62. p.

Kellam, S. - Adams, R. - Brown, C. H. - Ensminger, M. E.: The long-term evolution of the family structure of

teenage and old mothers. Journal of Marriage and the Family August, 1982. 539-552. p.

Klinger András: Az abortuszok demográfiai vonatkozásai. Demográfia. 1969. 4. sz. 479-491. p.

Klinger András: A termékenységet befolyásoló biológiai tényezők. Demográfia. 1970. 4. sz. 394-412. p.

Klinger András: A szervező bevezetője az abortusz demográfiai vonatkozásai című ülésen. Demográfia. 1977. 4. sz. 406-411. p.

Klinger András: A termékenység befolyásolásának eszközei. A népesedés és a népesedéspolitikai. Kossuth Könyvkiadó. 1983. 29-71. p.

Lampé László: Terhesség tizenéves korban. Demográfia. 1979. 4. sz. 321-328. p.

Leete, R.: Changing patterns of family formation and dissolution in England and Wales 1964-76. Studies on Medical and Population Subjects No. 39. 1980. 110 p.

Mészáros Árpád - dr. Miklósi Miklós: A serdülőkorúak szexuális ismereteinek, viselkedésének megfigyelésére irányuló próbafelvétel néhány megállapítása. Demográfia. 1986. 2-3. sz. 269-273. p.

Mészáros Árpád - Monigl István: A házasságon kívüli szülések és ezek demográfiai összefüggései. Demográfia. 1982. 4. sz. 209-225. p.

Mikolás Miklós: Az abortuszlegalizáció népegészségügyi hatása és egyes társadalmi kísérőjelenségei Magyarországon. Demográfia. 1973. 1. sz. 70-113. p.

Miltényi Károly: A művi vetélések hatása a termékenységre. Demográfia. 1970. 4. sz. 413-420. p.

O'Connell, M.: Comparative estimates of teenage illegitimacy in the United States, 1940-44 to 1970-74. Demography Vol. 17. No. 1. 1980. Feb. 13-23. p.

Óry Imre: Az egészségügy szerepe az anya- és gyermekvédelemben. Népesedés és népesedéspolitika. Statisztikai Kiadó. 1981. 73-81. p.

Pongrácz Tiborné - S. Molnár Edit: A népesedési kérdésekkel kapcsolatos közvéleménykutatás néhány előzetes eredménye. Demográfia. 1975. 4. sz. 435-461. p.

Pongrácz Tiborné - S. Molnár Edit: Népesedési kérdésekkel kapcsolatos közvéleménykutatás. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet Közleményei. 43. 1976/1. 199 p.

Pongrácz Tiborné: Fiatalkori terhességek társadalmi-demográfiai vizsgálata. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései. 13. sz. 1983/6. 58 p.

Pongrácz Tiborné: Some main characteristics of the family situation in Hungary. Demography of the Family CECRED 1984. 65-68. p.

Pongrácz Tiborné dr.: A 18 évesnél fiatalabb korú anyák születéseinek alakulása Magyarországon. Demográfia. 1984. 2-3. szám 212-233. p.

- Pongrácz Tiborné: Születésszabályozás a fiatalok körében. A termékenység, családtervezés, születésszabályozás jelene és jövője. Statisztikai Kiadó. 1984. 28-30. p.
- Pongrácz Tiborné: A serdülőkorúak fogamzásgátlási magatartásának és terhességmegszakításának nemzetközi és magyarországi jellemzői. Demográfia. 1985. 2-3. sz. 199-214. p.
- Pongrácz Tiborné: A családi élet és az iskola szerepe a fiatalok termékenységi és születésszabályozási magatartásában. A népesedési folyamatokat befolyásoló kulturális-tudati tényezők vizsgálatának lehetőségei. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet Kutatási Jelentései. 29. sz. 1986/2. 118-126. p.
- Pongrácz Tiborné: A fiatalok terhességvédekezési ismeretei és születésszabályozási magatartása. Az ifjúság felkészülése és felkészítése az önálló életre. Statisztikai Kiadó 1986. 137-139. p.
- Pongrácz Tiborné: Serdülőkori terhességek és terhességmegszakítások. Ifjúsági Szemle. 1986. 1. sz. 27-32. p.
- Pongrácz Tiborné - S. Molnár Edit: A terhességmegszakításon átesett 18 éven aluli hajadonok társadalmi-demográfiai jellemzői. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet Közleményei. 62. sz. 1986/2. 114 p.
- Pongrácz Tiborné - S. Molnár Edit: A 18 éven aluli házas családi állapotú anyák társadalmi, demográfiai, egészségügyi jellemzői. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet Közleményei. 63. sz. 1986/3. 128 p.

- Pongrácz Tiborné - S. Molnár Edit: A 18 éven aluli házasságon kívül szült anyák társadalmi, demográfiai, egészségügyi jellemzői. KSH Népeştudományi Kutató Intézet Közleményei. 64. sz. 1987/1. 175 p.
- Robbins, C. - Kaplan, H. - Martin, S.: Antecedents of Pregnancy Among Unmarried Adolescents. Journal of Marriage and the Family Volume 47. August. 1985. 567-583. p.
- Singh, B. K.: Trends in attitudes toward premarital sexual relations. Journal of Marriage and Family. 1980. May. 387-393. p.
- S. Molnár Edit: Faltalan ágybúl született ... Valóság, 1982. 4. sz. 86-96. p.
- Tietze, Ch.: Induced abortion: 1979. New York. 1979. The Population Council Inc. 108 p.
- Tietze, Ch. - Bongaarts, J.: Repeat abortion: New Insights. New York 1982. P. C. The Population Council Center for Policy Studies. Working Papers No. 87. July 1982. 18 p.
- Tietze, Ch. - Lewit, S.: Abortion in the seventies. Center for Policy Studies. Working Papers No. 68. New York 1981. The Population Council 16 p.
- Use of Service for Family Planning and Infertility: United States. Vital and Health Statistics. Data from the National Survey of Family Growth. Series 23. No. 8. Hyattsville 1981.

Westoff, Ch. T.: Fertility decline in the West: causes and prospects. Population and Development Review. 9. 1983. No. 1. March 99-104.p.

Westoff, Ch. - Calot, G. - Foster A.: Teenage Fertility in Developed Nations: 1971-1980. International Family Planning Perspectives Volume 9. Number 2. June 1983. 45-49. p.

Zsolnai Béla: A szülészeti ellátás fejlődése, eredményei és jövőbeni feladatai. Demográfia. 1985. 2-3. sz. 215-245. p.

A NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓ INTÉZET KUTATÁSI
JELENTÉSEI

1982.

1. Népesedés és népesedéspolitika tárcaszintű középtávú kiemelt kutatási főirány (1982-1985).
A KSH Népeségtudományi Kutató Intézet távlati tevékenységének irányelvei (1982-1990).
2. Érték-orientációk a népesedési magatartásban.
3. A sorköteles fiatalok testi fejlettsége, biológiai, egészségi állapota (Előzetes tájékoztató).
4. A népességelőreszámítások néhány módszertani kérdése (Előterjesztés az MTA Demográfiai Bizottságának).
5. A demográfiai átmenet elemzésének néhány gyakorlati nehézségeiről.
6. A területi népességprognózisok előkészítése.
7. A demográfiai tudomány helyzete Magyarországon.

1983.

8. Vélemények és előítéletek az öregségről.
9. Az utolsó nagy kolerajárvány demográfiai képe Európában és az Egyesült Államokban (1872-1873).
10. A népesedéspolitika tartalma, jellege, céljai, eszközei, hatékonysága. Nyugat-európai tapasztalatok.
11. Társadalompolitika, gazdaságpolitika, szociálpolitika, valamint a népesedéspolitika kapcsolatai a szocialista országokban.
12. Születési súly és születési hossz standard az 1973-78 évben élveszületett újszülöttek adatai alapján (angol és orosz nyelven).
13. Fiatalkori terhések társadalmi, demográfiai vizsgálata.
14. A népesedéspolitika eszközei, különös tekintettel a gazdasági jellegű eszközök alkalmazásának gyakorlatára és az ezekkel összefüggő nézetekre a szocialista országokban.

1984.

15. Területi népességelőreszámítás 1981-2001.
16. Családok és háztartások néhány jellemzőjének alakulása, 1981-2001 (Előzetes változat).
17. Társadalmi-demográfiai prognózisok. A Népességtudományi Kutató Intézet tudományos szemináriuma Budapest, 1983. május 17-18.
18. A családtervezési programokon kívüli népesedéspolitikai intézkedések hatása a termékenységre (angol nyelven).
19. Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei.
20. A 18 éven aluli nők házasságkötéseinek néhány demográfiai jellemzője Magyarországon.
21. A népesedéssel összefüggő tudományos kutatások főbb eredményei, a jövőbeni kutatás fő irányai.
22. Budapest és Pest megye népességfejlődése, az ezredfordulóig várható tendenciák.

1985.

23. Veszélyeztetett gyermekek szocializációjának vizsgálata a családtípusok kialakításával.
24. Népesedéspolitikai tartalmak a sajtóban.
25. A népesség területi elhelyezkedése és mozgása. Pécs, 1984. április 25-26.
26. "Szigorúan titkos".
27. A népesség gazdasági aktivitásának demográfiai tényezői.

1986.

28. A termékenység és az iskolai végzettség néhány összefüggése Magyarországon az elmúlt negyedszázadban.
29. Népesedési folyamatokat befolyásoló kulturális-tudati tényezők. A Népességtudományi Kutató Intézet tudományos szemináriuma Budapest, 1985. november 12-13.
30. Népesedés és foglalkoztatás.

1987.

31. Népesedéspolitiká; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés. A Népeségtudományi Kutató Intézet nemzetközi tudományos szemináriumá Budapest, 1986. október 14-15.

Р е з ю м е

В Венгрии соотношение родов и прерываний беременности среди женского населения, не достигшего 18-летнего возраста, является неблагоприятно высоким и тенденциозно повышающимся — принимая за основу более длительный, 15-летний период, — а в последние несколько лет — находящимся в стагнации. Тот факт, что в Венгрии из тысячи подростков ежегодно 30 забеременевают — из них 18 рождает ребенка, 12 прерывает беременность — в международном сравнении является очень высоким соотношением. Из 28 фигурирующих в иерархическом ряду развитых стран коэффициент плодовитости женщин моложе 18 лет выше, чем в Венгрии, наблюдается только в Румынии. Из возрастных соотношений раскрывающего общественно-экономические стороны подростковых беременностей международного сравнительного исследования вместе с тем выясняется, что в Венгрии почти predetermined высокий уровень подростковой плодовитости, почти все демографические, общественные и экономические факторы, которые могут влиять на формирование высокой подростковой плодовитости, характерны для венгерской ситуации. На основании международного сравнительного обследования в то же время выясняется, что плодовитость подростков в Соединенных Штатах Америки является почти такой же высокой, как и в Венгрии. В любом случае интересно и достойно внимания, что две страны, которые ни в отношении географических размеров, ни в отношении общественной системы или уровня экономического развития нельзя сравнить друг с другом, в этом далеко не сугубо демографическом вопросе насколько находятся в похожем положении. Однако американский опыт обращает внимание не только на похожесть ситуации, но и на важность вопроса. В Соединенных Штатах в последние годы проблематика подростковых беременностей выступила на передний план, и целый ряд демографических, социологических и психологических исследований пытается раскрыть причины и последствия

родов и прерываний беременностей в подростковом возрасте, обращая одновременно внимание правительственных органов на необходимость мер, направленных на сокращение соотношения подростковых беременностей.

Исследование интердисциплинарных, то есть демографических, общественных и частично медицинских сторон подростковых беременностей в Венгрии впервые проводилось в стране в 1983 г. Анкетное обследование, распространившееся на 3500 забеременевших до достижения 18-летнего возраста женщин, доказало, что подростки, забеременевшие раньше этого возраста, далеко не являются однородной группой. Они однородны, конечно, в том отношении, что для всех их характерно как результат рано начатой сексуальной жизни наступившая в подростковом возрасте беременность, но в условиях зачатия, в мотивирующих его причинах, а также в поведении подростков после наступления беременности, в решениях относительно ее исхода имеются значительные расхождения. Через все это разница в поведении указывает на расхождения в общественных условиях и демографических показателях. Таким образом можно утверждать, что результаты исследования в основном подтвердили исходную гипотезу, согласно которой забеременевшие подростки на основании исхода беременности и семейного положения образуют три основные группы /незамужние, перенесшие прерывание беременности; замужние несовершеннолетние, родившие ребенка, и незамужние матери несовершеннолетнего возраста/. Результаты обследования в случае несовершеннолетних, родивших ребенка вне брака, внесли изменения в исследовательскую гипотезу, указав на то, что внутри группы родивших вне брака подростков можно различать две следующие группы: подростки, проживающие в однородных по характеру и составу сожительских контактах, и гетерогенная по составу группа девушек-подростков, трудно описываемых в общественно-демографическом отношении

Прерывающие беременность подростки ни в отношении демографических показателей, ни в отношении общественных и семейных условий не означают какую-то побочную группу, вместе со своими особенностями они органически вливаются в общество. Уровень их образования соответствует уровню, ожидаемому в том возрасте, и большинство из них — подобно большинству своих сверстников — продолжает учебу в средних учебных заведениях. Соотношение подростков цыганского происхождения невысоко, и интересно, что распределение перенесших прерывание беременности подростков по типу поселений приближает распределение 14-17-летних подростков по стране. Средняя картина по стране действительна и в отношении родителей подростков. Вместе с отцами со средним уровнем образования, в большинстве выполняющими квалифицированную физическую работу, и подавляющее большинство матерей — что совпадает со средним значением по стране — работает, причем, как это характерно для обычной женской занятости, часто в прочем административном профессиональном кругу. Поведение матерей подростков в отношении плодовитости — возраст во время первых родов, число рожденных детей — не отличается существенным образом от поведения в отношении плодовитости, характерного для всего женского населения.

Более высокий культурный уровень подростков и более сознательное поведение доказывается тем, что нередко среди относящихся к этой группе несовершеннолетних девушек соотношение пользующихся противозачаточными средствами. По сути дела большинство предохранялось от наступления беременности, пусть даже безрезультатно. С положительной стороны освещает их поведение также то, что беременность относительно рано, вовремя обнаруживается, момент обращения к врачу также не оттягивается, таким образом в подавляющем большинстве случаев /90 %/ прерывание беременности происходит до наступления кри-

тической 12 недели беременности.

Намерение прервать беременность обычно мотивировалось стремлением к более сознательному образу жизни со стороны девушки, продолжением учебы или планами относительно дальнейшего обучения. Помимо этого значительную роль играло поведение родителей, которые видели разрешение вопроса в искусственном аборте, а не в быстром заключении брака и рождении ребенка.

Однако следует отметить, что обрисованная выше единая картина о перенесших прерывание беременности незамужних подростках действительно только в очень общем отношении. Она состоятельна в подавляющем большинстве случаев, то есть можно утверждать, что обычно решающиеся на аборт молодые девушки характеризуются упомянутыми общественно-демографическими факторами и особенностями поведения. Это однако не означает, что в течение обследования не встречались такие молодые девушки, перенесшие прерывание беременности, и такие группы подростков, для которых вышеуказанные утверждения оказались недействительными. Этот факт подтверждает математико-статистический анализ данных. В отношении численных соотношений те перенесшие прерывание беременности молодые девушки, которые обычно происходят их неблагоприятных семей, являются очень юными по возрасту, школьное обучение прекратили еще в общеобразовательной школе, не учатся, но и не работают, часто цыганского происхождения, — не могут считаться сигнификантными. Отношения этих подростков с партнерами характеризуются неопределенностью, непродуманностью. Они часто вступают в случайные контакты, в отношении партнера не располагают даже самыми элементарными данными, или же не знают даже того, от кого происходит беременность. Среди этих подростков случается, что относительно поздно обнаруживается наступление беременности, они поздно обращаются к врачу, так что речь о хирургическом вмешательстве заходит только после

наступления IЗ, а в отдельных случаях только после I7 недели беременности. Как уже отмечалось, эта группа не столь значительна по своему соотношению, но тем не менее она достойна упоминания, так как ее своеобразное поведение и общественно-демографические стороны основательно отличаются от общей картины, характерной обычно для прерывающих беременность незамужних девушек и соответствующей средним пропорциям общества.

Группа несовершеннолетних матерей, родивших ребенка в браке, на основании общественно-демографических особенностей и поведения в отношении взятия на себя воспитания ребенка также не может считаться группой особого характера. Хотя уровень образования этих девушек, характерные для семейных условий показатели, общественный статус их родителей, профессиональный состав отстают от подобных показателей, характеризующих группу прерывающих беременность незамужних девушек, это однако не означает, что замужние несовершеннолетние матери занимают в обществе какое-то побочное место. Скорее можно отметить, что они происходят из слоев, находящихся в некоторой степени ниже среднего общественного уровня, и кажется, что эта общественная позиция определит и жизненный путь матери-подростка. На это указывает по крайней мере несколько отступающий от ожидаемого в этом возрасте уровень образования, прерывание учебы в школе и раннее начало трудовой деятельности, которая из-за недостатка образования для большинства означает низкоквалифицированную физическую работу. С точки зрения отношения подростков к взятию на себя воспитания ребенка замужние несовершеннолетние матери происходят из таких общественных слоев, где естественными являются заключение брака и рождение ребенка в подростковом возрасте, это принимается или поддерживается семьей. Можно сказать, что эти несовершеннолетние матери так живут и мыслят, как обычно молодые супруги, их поведение существенным образом не отличается от поведения заключивших брак

и ставшими матерями в несколько старшем возрасте молодых женщин. Это утверждение подтверждают также ответы и мнения, содержащие оценку положения несовершеннолетних матерей и планы на будущее.

Матери подросткового возраста в качестве самой важной проблемы своего настоящего положения указывали неразрешимость жилищного вопроса, а также материальные трудности, то есть вопрос о том, что вступление в брак и рождение ребенка в подростковом возрасте означало бы для них проблему и трудности, среди опрошенных даже не упоминался. Среди планов и размышлений относительно будущего следует выделить представления подростков относительно планирования семьи, поскольку они хорошо иллюстрируют обычное, в большинстве случаев характерное для молодых супругов поведение. Из опрошенных 20 % желало иметь семью с одним ребенком, две трети — с двумя детьми, и 11 % — с тремя детьми. Эти соотношения почти совпадают с планами в отношении числа детей, отраженными в лонгитудинальных обследованиях плодовитости, проводимых Главным отделом статистики народонаселения ЦСУ Венгрии. Однако вопросом является то, насколько эти представления относительно планирования семьи являются реальными, и как они будут осуществлены в будущем. Из предварительных результатов проводимого в Институте анализа семей с тремя и большим числом детей и утверждений специальной литературы, занимающейся этим вопросом, можно предполагать, что те женщины, которые начали плодовитость в подростковом возрасте, на протяжении своей жизни достигают числа детей, выше среднего. Таким образом, реальное будущее кажется превышающим первоначальные представления в отношении размера семьи.

Принимая то раннее утверждение, что позитивный полюс четырех групп несовершеннолетних беременных, характеризующийся самыми благоприятными особенностями, означают прерывающие бе-

ременность незамужние девушки, можно сказать, что другой крайний полюс образуют находящиеся в действительно неблагоприятном положении проживающие во внебрачном сожительстве, берущие на себя рождение ребенка в подростковом возрасте матери. Эта группа как в отношении демографических показателей подростка, так и в отношении общественно-семейных условий характеризуется высокой степенью однородности. Для проживающих во внебрачном сожительстве несовершеннолетних матерей обычно характерен очень низкий уровень образования, который почти на 2 класса отстает от характерного для этого возраста среднего уровня по стране, частим является прерывание учебы уже в начальных классах общеобразовательной школы, эти подростки часто после окончания учебы или ее обрывания не поступают на работу, а живут на иждивении семей. Характерные для родителей демографические показатели — уровень образования и профессиональная структура — являются еще более неблагоприятными. С поразительно высоким соотношением никогда не ходивших в школу, неграмотных родителей тесно связанным является то, что большинство отцов трудится как неквалифицированные рабочие, а большинство матерей является домохозяйками. Хотя решающая часть рождающих ребенка во внебрачном сожительстве подростков является цыганского происхождения, для несовершеннолетних нецыганского происхождения также характерны подобное неблагоприятное положение, отрицательные общественно-демографические показатели. Низкий культурный уровень и бедное в отношении раздражителей и одновременно подающее пример семейное окружение определяют сексуальное поведение и отношение к вопросу рождения ребенка. Эта группа начинает раньше всех жить сексуальной жизнью, в наибольшей степени отвергает пользование противозачаточными средствами, вследствие чего их средний возраст во время рождения ребенка является самым низким. Эти подростки обычно сознательно берут на себя рождение ребенка, и поскольку сожительский контакт в этой об-

ественной прослойке является естественной, обычной формой жизни, это решение поддерживается и семейным окружением.

Планы проживающих во внебрачном сожителстве матерей-подростков в отношении будущего указывают на то, что большинство намеревается в длительной перспективе продолжать эту форму сожителства, и только меньшинство желает воспользоваться законной легализацией, заключением брака. Хотя очень многие высказались за заключение брака с партнером, но в отношении времени заключения брака эти подростки обычно проявляли такую неопределенность, которая ставила под сомнение серьезность указанных намерений. Подобным в отношении неопределенности является и будущее формирование поведения в отношении плодовитости. С одной стороны выясняется, что планы этой группы в отношении числа детей уже заведомо выше, чем у замужних несовершеннолетних матерей, с другой стороны, почти наверняка действительная плодовитость этих матерей окажется значительно выше планируемой. Ссылаясь на неоднократно упоминаемое уже обследование семей с тремя и большим числом детей, можно утверждать, что значительная часть рассматриваемых в нем многодетных матерей родила своего первого ребенка или детей также в подростковом возрасте и во внебрачном сожителстве, а на протяжении своей жизни, часто из различных контактов и форм сожителства, рождает больше среднего число детей. Таким образом, очень вероятно, что в выборке несовершеннолетних женщин, родивших ребенка вне брака, в контакте сожителства, была затронута такая популяция, которая в последующие годы будет означать многодетную группу, находящуюся как в отношении семейных условий, так и в отношении уровня образования или же трудовой деятельности, в довольно неблагоприятном положении.

В то время, как предыдущие три группы несовершеннолетних беременных в отношении как общественно-демографических особен-

ностей, так и поведения подростка, кажде в отдельности могут считаться в основном однородными, группа одиноких матерей, родивших ребенка вне брака, хаактеризуется высокой степенью гетерогенности. К этой группе так же относятся полуграмотные девочки-цыганки, как и подростки, живущие в условиях, лучших средних, вынужденные прервать учебу в средней школе из-за беременности. Расхождения проявляются и в решениях молодых девушек относительно рождения ребенка, то есть, пусть и в меньшинстве, но имеется и такая прослойка, которая сознательно берет на себя рождение ребенка, на основе одной из жизненных тактик. Для большинства же это не характерно — это обстоятельство хорошо подтверждается математико-статистическим анализом данных, — а тот факт, что из-за позднего определения факта наступления беременности и позднего обращения к врачу уже не было возможности прервать беременность, то есть рождение ребенка происходит под действием вынуждающих обстоятельств, в вынужденной ситуации. Поздняя реализация факта наступления беременности, а затем обращение к врачу с уже большим сроком беременности — своеобразная форма поведения, характерная только для этой группы несовершеннолетних беременных. И прерывающие беременность, и родившие ребенка замужние или проживающие во внебрачном сожителстве подростки в относительно ранней стадии обнаруживают беременность и после этого в течение короткого отрезка времени с целью установления факта наступления беременности обращаются к врачу. В противовес этому более 1/5 части одиноких незамужних матерей даже на 13-16 неделе беременности не думали о возможности ее наступления, и почти 70 % подростков из этой группы обратилось к врачу только после 12 недели беременности, а 35 случаях подростки встречались впервые с врачом во время родов. На основании интервью с несовершеннолетними беременными выяснилось, что эти падшие девушки просто не смели думать о своей беременности, как-бы исключи-

ли из сознания факт ее наступления и момент обращения к врачу потому оттягивали, что надеялись на "чудо", а частично боялись определенности.

Кроме того для группы одиноких, незамужних матерей характерно и то, что контакт с отцом ребенка к моменту рождения часто уже прерван, партнеры часто не признают отцовство, и все это в совокупности создает очень тяжелую ситуацию для молодой матери и ребенка. Хотя после родов относительно небольшое число одиноких матерей желало отказаться от ребенка, однако можно предполагать, что будущие трудности и жизненные обстоятельства в большей, чем в начале, степени будут вынуждать матерей отдать своих детей на усыновление или на попечение государства. Можно сделать вывод, что наступление беременности и рождение ребенка в подростковом возрасте именно группу одиноких, незамужних матерей затрагивает самым тяжелым образом, и за каждой судьбой и историей одинокой матери кроется личная трагедия.

Подводя итоги, можно установить, что в последние годы и в Венгрии проявляется оживившийся интерес к проблематике беременностей в подростковом возрасте. То внимание, которое проявляется со стороны специалистов, а также правительственных органов, может означать гарантию в отношении того, что будут сделаны шаги с целью улучшения сексуальной просвещенности подростков, их культуры противозачатия, в области обеспечения такими противозачаточными средствами, которые подростки смогут употреблять с большой надежностью, без вреда здоровью. Вопрос родов и прерываний беременности в подростковом возрасте вследствие комплексности этой проблемы затрагивает области демографической политики, просвещения и медицинского обеспечения, поэтому результаты в разрешении этой проблемы возможны только при согласованной деятельности в каждой из этих областей.

S U M M A R Y

Summarizing our findings first of all I think it is necessary to stress the markedly high births to induced abortions rate experienced among women below 18 in Hungary. This rate shows an increase over the past 15 years, being constant, however, regarding the last few years. It is a considerably high proportion by international standards that in Hungary 30 adolescent out of one thousand become pregnant annually, out of which 18 give birth to their children, while 12 pregnancies terminate in induced abortion. It has been shown that - out of 28 developed countries - the fertility rate of women below 18 in Hungary is exceeded only by that of Romania. It appears from international comparative studies on correlation between adolescent fertility and its socio-economic background that Hungary is pre-determined to high adolescent fertility since nearly every demographic, social and economic factors contributing to a high adolescent fertility are characteristic to Hungary. The international comparative studies proved however that teen-age fertility rate in the United States is as nearly as high as that of Hungary. It is noteworthy that these two countries having extremely different demographic, social and economic characteristics, closely resemble to each other regarding teen-age fertility, a more complex issue than demography. Beyond the mentioned

similarity, american examinations highlight also the importance of the issue. In the United States adolescent pregnancy has attracted distinguished attention recently. Numerous demographic, sociologic and psychologic examinations have attempted to discover reasons and consequences of adolescent births and interruptions of pregnancy calling attention of government institutions to the necessity of measures to be taken to decrease the number of teen-age pregnancies.

The first interdisciplinary research of demographic, social and - in part - health components of adolescent pregnancies in Hungary was launched in 1983. Women having become pregnant before the age of 18 can not be considered a homogeneous group; that was proved by a survey based on questionnaire covering 3500 relevant women. Circumstances and motives of getting pregnant as well as attitudes during pregnancy and decisions on whether to bear out pregnancy differ largely. These differences in attitudes find their roots in the heterogeneity of social background and demographic features. The preconception that - classified according to outcome of pregnancy and marital status - adolescent pregnant women compose three groups: unmarried women having their pregnancies interrupted; married women bearing out their pregnancies; and married women having their pregnancies interrupted.

The results of examination modified the preconception concerning unmarried adolescent mothers, highlighting that two subgroups can be separated within the mentioned group: a homogeneous subgroup of adolescent cohabitants and, a heterogeneous subgroup of adolescent non-cohabiting mothers, a subgroup which is hard to describe in socio-demographic context.

Adolescent women having their pregnancies interrupted do not compose a marginal group in respect of their demographic characteristics, social and family background. Their educational attainment meets the level expected at their age, the majority of them - similarly to those at this age - attends secondary school. The proportion of those of gipsy origin is low and - surprisingly enough - the distribution of their residence according to types of settlement does almost correspond to the national average of age-group of 14-17 years. This correspondance to the national average refers also to the parents of this groups. The fathers have an average level of education and the majority of them has a skilled, blue-collar occupation. In coincidence with the national average, overwhelming majority of mothers are working, mostly at administrative jobs as it is generally characteristic to women employed. The age of mothers of adolescents at the first births as well as the number of their children

do not significantly differ from the general fertility attitude of population.

A proof of relatively high cultural niveaus and more profound behaviour of adolescents is the remarkable frequency of application of contraseptive means. The majority of them protected themselves against pregnancy even if unsuccessfully. Most of them recognize the actual pregnancy in time and see a doctor without delay, thus enabling to 90 % the interruption of pregnancy before the critical 12th week.

The profound behaviour experienced among them reflect to a more conscious way of life and an intention to continue their studies. An important role is played also by the parents as they would usually prefer induced abortion to rushed marriage and birth.

Worth to remark, however, that the above mentioned conclusions and attitudes do not refer to a minor part of the group in question. This phenomenon is justified by mathematical-statistical analysis of data. The proportion of pregnant young women with disadvantageous family background is insignificant. They are usually very young, interrupt their studies already at primary school but they do not enter jobs either. Frequently, they are of gipsy origin. In their relationship they are uncertain and superficial. They often enter occa-

sional relationship not even knowing elementary information about their partner, moreover, they do not know who the father of the child is. They recognized the pregnancy and saw a doctor rather late. Thus, the pregnancy was interrupted after the 13th week, in some cases even after 17th week. As it was noted before, although this stratum is not significant, its special attitude and socio-demographic background is not negligible as it markedly differs from general characteristics of unmarried women having their pregnancies interrupted.

Married adolescent mothers are not considered to have deviant character either - in view of social-demographic features and attitude towards pregnancy in that group. As to their educational attainment, family background, social status, occupational structure of parents they lag behind the group of unmarried adolescents having their pregnancies interrupted. However, this does not imply that adolescent married mothers stand at the sidelines of society. We may conclude that they come from strata below social average and this will predestine lifetime of adolescent mother. This is proved also by the lower level of education than that of their age-group, interruption of studies, entering jobs at young age which are predominantly simple manual occupations due to lack of skill. In social strata married adolescent mothers

come from teen-age marriage and birth are natural, accepted and promoted attitudes among families. The way of life and thinking of teen-age mothers basically resembles to that of young married couples in general and their attitudes do not deviate from young women who got married and gave birth to children at elder age. This is justified by judgments of adolescent mothers about their present and future.

Teen-age mothers considered the most aching problem the dwelling and financial straits, so the question whether getting married and having a child at teen-age would cause them difficulties have not even emerged.

As to plans for the future, it is worth emphasizing views of adolescent mothers about family-planning since this illustrates the thinking of young married couples properly: 20 % of the questioned wanted one child, while 2/3rds planned 2 and 11 % 3 children. These proportions are close to plans for the number of children concluded in longitudinal fertility investigations performed by the Demographic Statistical Departement of Central Statistical Office. It remains, however, to be seen how realistic and feasible those family plans are. Both preliminary results of investigations on families with 3 or more children conducted by the Institute and findings of corresponding literature imply that women who give

birth to their first child as an adolescent will reach a higher reproduction rate than the average. Thus, a higher number of children than reflected by family planning views seems to be realistic for the future. Accepting the previous conclusion that the most favourable among the 4 groups of adolescent pregnant women is that of unmarried having their pregnancies interrupted it can also be concluded that the most unfavourable one is the group of adolescent mothers living in cohabitation. This latter is homogeneous regarding its demographic features as well as social-family background. Their level of educational is very low, it lags 2 classes behind the national average of the relevant age-group. It is frequent among them to interrupt studies during first year of primary school. After having finished or interrupted studies they do not enter jobs but live as a dependent. Demographic indicators of parents - educational attainment and occupational structure - is more unfavourable than in case of adolescents. In close relation to the frightfully high proportion of illiterates among parents overwhelming majority of fathers are unskilled manual workers and most mothers are housewives. Although most adolescent mothers in cohabitation come from gipsy families, those of non-gipsy origin are also in the same disadvantageous social and demographic situation. The sexual and family-planning attitude of these

people is preoccupied by the low cultural niveau and the social pattern of poorly stimulating family life. This group starts sexual life at the earliest age, most of them reject the use of contraceptive devices. As a result, the average age at the birth of first child is the lowest in this group. The birth of child is a result of a conscious decision. Since cohabitation is natural, generally accepted way of life in this stratum, that decision enjoys support of their families.

Plans of adolescent mothers in cohabitation demonstrate that majority of them wish to maintain this way of life, only minority would prefer legalization of relationship by marriage. Although a wish to get married was expressed in many cases the great uncertainty regarding its timing questions seriousness of the intention. Similarly, their fertility attitude should be taken with a pinch of salt. On the one hand, they expect more children than married adolescent mothers, on the other hand, their effective fertility will almost surely exceed their expectations. The investigation of families with 3 or more children proved that a significant proportion of these mothers gave birth to their first child - or children - in cohabitation and the number of children exceeding average results often from different relationships and cohabitations. Most probable that examining adolescent women giving birth to children in extra-marital status, in

cohabitation we differentiated a stratum which is to compose the "large families" of forthcoming years. This families will be handicapped in respect of their family background, level of education as well as occupational structure.

While the former 3 groups of adolescent pregnant women can be considered as homogeneous groups with respect to their socio-demographic indicators and attitudes, the group of unmarried adolescent mothers is heterogeneous to a great extent. Both half-literate gipsy girls and adolescents with living standards beyond average who bound to interrupt secondary school studies due to pregnancy are classified into this group. Deviations in decisions about whether to keep the baby can be noted: there is a minor part in the group who gave birth to their children based on a conscious manner of life. Mathematical-statistical analysis of data justified that in majority of cases the birth was a result of an emergency situation caused by belated recognition of pregnancy when induced abortion was no longer possible. The above mentioned phenomenon is characteristic solely to this group of adolescents. In contrast to this behaviour both married or cohabiting adolescent mothers and those having their pregnancies interrupted recognize their pregnancies at an early stage and see a doctor shortly

afterwards to get the pregnancy confirmed.

More than 1/5th of unmarried mothers did not even guessed in the 13-16th week of pregnancy that they could be pregnant. About 70 % saw a doctor after the 12th week of pregnancy and in 35 cases the young mother-to-be saw a doctor at the birth first.

Interviews with adolescent pregnant women proved that these girls are simply afraid of realizing their pregnancy. As a matter of fact they expel the thought of being pregnant from their minds. On the one hand, they hope for a sort of "miracle", on the other hand, they are frightened of certainty that is why they keep prolonging seeing a doctor.

It is characteristic to the group of unmarried, single mothers that relationship with the father of the child would have broken by the time of birth; frequently the partner refuses to recognize fatherhood and all this create a very difficult situation for the young mother and her child. Although relatively few unmarried mothers wanted to resign their children just after birth, it is most likely that in tough living circumstances and difficulties many mothers will be compelled to offer their children for adoption or resign them to state child-care institutions. The pregnancy and birth at teen-age is most troublesome in cases of unmarried mothers.

To sum up the issue, it can be outlined that there is an increasing interest attributed in Hungary to the issue of adolescent pregnancy over the past few years. This interest shown by both experts and establishment institutions is a guarantee for taking measures to improve sexual knowledge and contraceptive attitude of young people and also to provide contraceptive devices that can be applied without causing harm to their health and with high security.

Owing to its complexity, the issue of adolescent births and interruptions of pregnancy concerns field of demographic policy, social security, educational affairs and health care. Thus, results can be achieved only through coordinated activities of institutions of mentioned fields.

Statisztikai Kiadó Vállalat
Felelős vezető: Kecskés József igazgató
Nyomdaüzem -66-19-21-0525-8
Formátum: A/4 Terjedelem: 27,5 /A/5/ iv