

Eötvös Loránd Tudományegyetem

Pedagógiai és Pszichológiai Kar

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ TÉZISEI

NAGY BEÁTA MAGDA

A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOSZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI

Pszichológiai Doktori Iskola

A Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Demetrovics Zsolt

Személyiség- és Egészségpszichológia Program

Programvezető: Prof. Dr. Oláh Attila

Témavezető: Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien egyetemi docens

A bírálóbizottság tagjai:

Elnök: Dr. Bányai Éva, egyetemi tanár, ELTE PPK

Belső bíráló: Dr. Varga Katalin, egyetemi tanár, ELTE PPK

Külső bíráló: Dr. Szentiványi Makó Hajnalka, adjunktus, PTE

Titkár: Márkné Dr. Ribiczey Nóra, adjunktus, ELTE PPK

Tagok: Kozékiné Dr. Hammer Zsuzsanna, adjunktus, ELTE PPK

Dr. Kovácsné Dr. Török Zsuzsa, DE Szül. és Nőgyógy. Klin.

Budapest, 2019

Bevezetés

A doktori disszertáció célja a művi abortusz egyes pszichoszociális vonatkozásainak bemutatása és a köztük lévő összefüggések feltárása, értelmezése, tágabb kontextusban való elhelyezése és mélyebb megértése.

A téma fontosságát egyrészt a terhességmegszakítások gyakorisága adja. A művi abortusz a világon a leggyakrabban végzett nőgyógyászati beavatkozásnak számít: a becslések szerint évente 56 millió terhességet szakítanak meg művi úton. Bár a művi abortuszok száma hazánkban közel két évtizede csökkenő tendenciát mutat, és a 2017-ben megszakított várandósságok száma a 1990-es érték kevesebb mint harmada, ez még mindig 28.500 elvetetett terhességet jelent (Központi Statisztikai Hivatal, 2018). 2017-ben hazánkban száz elveszületésre 31 terhességmegszakítás jutott, ami európai viszonylatban továbbra is magasnak tekinthető.

A művi abortusz olyan negatív terhességi kimenetelt jelent, amely társadalmi vonatkozásai mellett az egyén (és család) szintjén is sokakat érint, és a kutatási eredmények által igazoltan negatív következményekkel járhat, amely indokoltá és fontossá teszi a kérdéskör pszichoszociális vonatkozásainak mind alaposabb és szerteágazóbb vizsgálatát és megértését.

A dolgozatban a terhességmegszakításnak kizárólag azok az esetei kerültek szóba, amelyekben az abortusz nem orvosi indikáció miatt történik (vagyis nem az anya életét veszélyeztő várandósságról van szó, és nem is a magzat genetikai vagy egyéb rendellenessége indokolja a terhesség megszakítását). Szintén nem foglalkoztam a magzati veszteségek egyéb eseteivel, így a spontán vetélésekkel sem. (A továbbiakban az abortusz kifejezést ebben a szűkített értelemben használom, és a terhességmegszakítás és abortusz kifejezéseket szinonimaként alkalmazom.)

A témával összefüggő legfontosabb szakirodalmi adatok áttekintése során, csakúgy, mint a saját vizsgálataim eredményeinek értelmezéséhez a Coast és munkatársai (Coast, Norris, Moore és Freeman, 2018) által leírt elméleti keretet használtam. Eszerint minden, a várandóssággal és annak befejezésével kapcsolatos esemény három tényezőcsoport által meghatározott, és csak ezek kontextusában érthető meg. Ezek

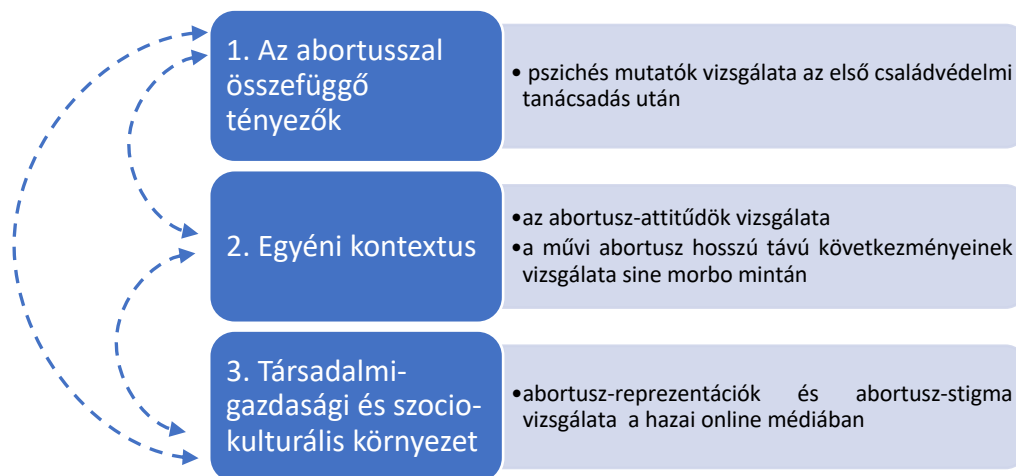
- az abortusszal közvetlenül összefüggő tényezők (a konkrét várandósságra vonatkozó élethelyzet és az annak felismerésétől a megszakításig terjedő idői terminus történései, beleértve a terhesség felismerését és nyilvánosságra hozását, az abortusz elvégzésével járó tapasztalatokat és érzelmeket stb.),

- az egyéni kontextus jellemzői (az érintett személy egyes prediszpozíciói, attitűdjei, korábbi tapasztalatai, az abortuszra vonatkozó ismeretei, párkapcsolati jellemzői stb.)

- a társadalmi szintű összetevők (a jogi, egészségügyi, szociális rendszerek, és minden szocio-kulturális tényező, kitüntetetten az abortusz társadalmi megítélése, a termékenységre és az abortuszra vonatkozó szociális normák stb.).

A művi abortusz kérdésköre a fentiek szerint egy meglehetősen összetett, az egyéni élettörténetbe, családi-közösségi struktúrákba, valamint szocio-kulturális kontextusba ágyazott, és a különböző szinten ható tényezők interakciójával leírható jelenség.

E gondolkodási keret mentén az egyes pszichoszociális tényezők feltárására és hatásuk értelmezésére irányuló, a dolgozat kutatási részében bemutatott vizsgálataim a következő módon kapcsolódnak a művi abortusz témájához (1. ábra):



1. ábra. A kutatási elemek illeszkedése az elméleti keretrendszerbe

I. Az abortusz-attitűdök vizsgálata

Az abortuszra vonatkozó vélekedések elemzése azért lett a kutatás egyik legfontosabb eleme, mivel hazánkban ezidáig kevés vizsgálat foglalkozott az abortusz-attitűdök felméréseivel, holott (a törvényi szabályozás adta lehetőségek mellett) a nemkívánt terhesség megtartására vagy megszakítására vonatkozó döntést alapvetően a személy abortusszal kapcsolatos attitűdjei határozzák meg (Altshuler, Storey és Prager, 2015). Társadalmi szinten ugyanezen attitűdök (társadalmi igényként megjelenve) befolyásolják a politikai döntéshozók akaratát az abortusz engedélyezése kapcsán, így mondhatjuk, hogy az abortusz-attitűdök egyéni és társadalmi szinten egyaránt befolyásolói a reprodukív döntéseknek.

A vizsgálat célja:

Az abortusz-attitűdök nagymintás (N=1704) vizsgálata során a legfőbb cél azoknak tényezőknek a meghatározása és magyarázó modellbe rendezése volt, amelyek hatással vannak arra, hogy egy személy hogyan gondolkodik a terhesség megszakításáról. A vizsgálat további kérdése volt, hogy a kontextuális tényezők befolyásolják-e az abortuszra vonatkozó vélekedéseket, illetve, hogy melyek azok a szituációk, amelyekben a terhesség művi megszakítása elfogadottabb, illetve nagyobb mértékben elutasított. Feltételeztem, hogy az abortusz kapcsán annak általános elfogadottsága és saját maga/partner vonatkozásában választhatósága az abortusz-attitűd két különálló eleme, melyek között különbséget kell tenni.

A vizsgálat módszere:

A vizsgálat kvantitatív módszerrel, online kérdőíves felmérés formájában zajlott. A kérdőív elérhetőségét és a toborzó hirdetést részben hólabda módszerrel, részben online magazinok felületén juttattam el a kitöltőknek. A vizsgálat során standardizált mérőeszközöket használtam (Abortusz Érvelés Kérdőív, Lezárási Igény Kérdőív, Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmessége alskála, Schwartz Értékteszt, rövidített Big Five Kérdőív). Emellett saját szerkesztésű kérdéssor segítségével rögzítettem a demográfiai alapadatokat, és mértem fel egyes, a gyermekvállalásra és a művi abortuszra vonatkozó információkat, valamint (egyetemi hallgatók mintáján) a foglalkozási szereppel összefüggő attitűdöket.

Legfontosabb eredmények:

Mivel magyar nyelven nem állt rendelkezésre az abortusz-attitűdöt mérő eszköz, ezért a kutatás első lépését a Parsons, Richards és Kanter által 1990-ben készített Abortusz Érvelés Kérdőív (Reasoning About Abortion Questionnaire; AÉK) magyar változatának elkészítése és pszichometriai ellenőrzése jelentette.

Az Abortusz Érvelés Kérdőív a terhességmegszakítás vonatkozásában a morális elveken alapuló véleményalkotás és a személyes, egyéni helyzetek és érdekek mérlegelésén alapuló érvelés elkülönítésére alkalmas. Parsons és munkatársainak elképzelése szerint az, ahogy egy személy az abortuszról gondolkodik, egy kontinuumként képzelhető el, amelynek a végpontjait két markánsan eltérő filozófia jelenti. Az egyik végpontot a morális megítélés vezérli, ez a hagyományosan „pro-life”-nak vagy „életpárti”-nak nevezett nézőpont. A morális álláspontot képviselők szerint az emberi élet a fogantatástól kezdődik, amit óvni és védeni kell, ennél fogva az abortusz morális értelemben egyet jelent az új élet elvételével,

gyilkossággal, továbbá Isten az egyetlen, aki döntést hozhat élet és halál kérdéséről. A kontinuum másik végpontját képviselők számára a döntés a magzat megtartásáról/ a várandósság megszakításáról egyéni, az érintett személyes nézőpontjának, érdekeinek képviseletével születő állásfoglalás. Ez a hagyományosan „pro-choice” („választáspárti”) nézet azt a filozófiát foglalja magában, hogy az emberi élet a születés pillanatában kezdődik, a magzat az anya kiterjesztéseként jön világra, és az anya vitathatatlan joga a saját teste feletti önrendelkezés.

Az Abortusz Érvéles Kérdőív tehát a morális és a személyes érvelést tekinti a kontinuum két végpontjának, amelyek között minden válaszadó elhelyezhető. A mérőeszközön mért konstruktumok az abortuszra vonatkozó érvelési formát, arról való gondolkodást, és nem csupán az abortusszal kapcsolatos egyetértést vagy egyet nem értést vizsgálják.

A kérdőív 20 tételt tartalmaz, melyben skálánként 3-3 fordított is található. A tételeket egy 5 pontos Likert-skálán lehet értékelni az alapján, hogy mennyire ért egyet a válaszadó az adott állítással (1=teljesen egyetértek vele, 5=egyáltalán nem értek vele egyet). A 20 item egyetlen kétpólusú faktorra rendeződik, amelyen a tételek pozitív vagy negatív töltéssel helyezkednek el. A faktorról pozitív korrelációt mutatnak a morális érvelési formát támogató tételek, így ezek alkotják a mérőeszköz M skáláját (morális érvelés), az ellentétes töltéssel rendelkező tételek a P skálán (személyes érvelés) helyezkednek el.

Vizsgálatomban az Abortusz Érvéles Kérdőíven (AÉK) az P-skála (személyes érvelés) átlagos értéke 36,64 (SD=11,29), az M-skála (morális érvelés) átlagos értéke 22,93 (SD=11,85), mindkét skála igen magas reliabilitású ($\alpha > 0,95$). A skálákból képzett polaritás-index (M-P) átlaga 15,70 (SD=22,45), a pozitív előjel a személyes érvelés túlsúlyát jelzi. A polaritás-index reliabilitási mutatója magas ($\alpha = 0,937$).

Összességében az Abortusz Érvéles Kérdőívet megbízható és valid mérőeszköznek találtam, mely alkalmas a művi abortuszra vonatkozó véleményalkotás leírására.

Az abortusz-attitűdök kapcsán a legfontosabb következtetésem az alábbiak:

1. A kontextuális információ lényegi elemét képezi az abortusz értékelésének, vagyis a különböző élethelyzetekben nem azonos az abortusz mögött álló indokok megítélése, és az elfogadottság mértéke szerint rangsor állítható fel az egyes élethelyzetek között. Jellemzően azokban a helyzetekben elfogadhatóbb a terhesség megszakítása, amikor a várandósság, illetve annak következménye nincs a nő/anya kontrollja alatt, ilyen az anyára veszélyt jelentő várandósság, az erőszak, kriminalitás következtében létrejött fogantatás, a gyermek fejlődési rendellenessége és az anya krónikus betegsége. A legkevésbé

elfogadott az abortusz indokaként az, ha az anyának már van egy vagy két gyermeke, ha az apa nem kívánja a megfogant magzatot megtartani, illetve ha többedik terhességmegszakításról van szó.

2. Azok az élethelyzetek, amelyekben egy nő (pár) a várandósság megszakítása mellett dönt, faktorokba rendezhetők.

A szituatív tényezők közti kapcsolatot vizsgálva a kérdéssorban szereplő 19 szituáción főkomponens elemzést végeztem, az általános elfogadottságot mérő kérdésre adott válaszok alapján. Az ilyen módon feltárt két faktor megfelelő megbízhatóság (Cronbach $\alpha_V=0,93$ és Cronbach $\alpha_{EH}=0,98$) mellett a variancia 78,39%-át magyarázza. Az egyik, a továbbiakban veszélyeztető-nek nevezett faktoron azok a szituatív tényezők töltenek, amelyek a várandósság veszélyességére vonatkoznak: valamelyik szülő fiatalkorú, a várandósság veszélyes az anyára nézve, a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg, a várandósság erőszak vagy kriminális cselekmény során fogant, valamelyik szülő krónikus testi vagy pszichés betegséggel küzd, illetve ha az anya hajléktalan. A további 11 szituatív tényező inkább az anya/szülők aktuális életkörülményeire (családi állapot, gyermekek száma, egzisztenciális biztonság stb.) vonatkozik, ezek képezik a második, élethelyzeti/társas -nak nevezett faktort. A főkomponens elemzés eredményét, a két faktoron elhelyezkedő itemeket és a rotáció utáni faktorsúlyokat az *1. táblázat* mutatja.

Szituatív tényezők:	Faktorsúlyok	
	1	2
az anya fiatalkorú	0,493	0,726
az apa fiatalkorú	0,522	0,682
a várandósság veszélyes az anyára nézve	0,139	0,781
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	0,210	0,805
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	0,201	0,879
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	0,315	0,838
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	0,466	0,666
az anyának már van egy élő gyermeke	0,929	0,191
az anyának már van két élő gyermeke	0,935	0,200
az anyának már van három élő gyermeke	0,921	0,240
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	0,856	0,320
az anya egyedülálló	0,851	0,376
az anya párkapcsolata instabil	0,855	0,359
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	0,719	0,328
az anya nem bíz abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	0,845	0,375
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	0,768	0,397
az anya hajléktalan	0,431	0,738
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiában, munkavégzésében	0,808	0,382
az anyának volt már művi abortusza	0,804	0,331

1. táblázat. Szituatív tényezők faktorstruktúrájának szemléltetése

3. Az, hogy az egyén általában véve elfogadhatónak véli-e az abortuszt, illetve hogy saját maga/partnere számára választhatónak gondolja-e azt, az abortusz-attitűd két, elkülöníthető elemének tekinthető, vagyis az egyes szituációk megítélése, bár nem független egymástól, de nem is azonos akkor, ha általában véve gondolkodunk az abortusról, illetve ha saját magunk vagy partnerünk vonatkozásában tesszük ezt.
4. A veszélyeztető szituációk esetén kisebb az eltérés abban, ahogy valaki általában vagy saját maga/partnere kapcsán gondolkodik az abortusról, mint az élethelyzeti/társas faktorba sorolható körülmények mellett (1. 2. táblázat)

		2	3	4
1	Művi abortusz elfogadása:	r	0,725**	0,719**
	veszélyeztető körülmények	p	0,00	0,00
2	Művi abortusz választhatósága:	r	0,611**	0,582**
	veszélyeztető körülmények	p	0,00	0,00
3	Művi abortusz elfogadása:	r		0,671**
	élethelyzeti/társas	p		0,00
4	Művi abortusz választhatósága:			
	élethelyzeti/társas			

* $p < 0,005$; ** $p < 0,001$

2. táblázat. Szituatív tényezőkhez kapcsolódó attitűdök együjtjárása

5. Egyéni szinten az abortuszra vonatkozó vélekedés mikéntjét befolyásolják a demográfiai alapmutatók, úgymint nem, életkor, családi állapot, iskolázottság, vallásosság, testvérek száma (az adatokat 1. a 3. táblázatban).

A női nem nagyobb valószínűséggel jár együtt a személyes érvelés használalával, míg a morális érvelés inkább a férfi megkérdezettekre volt jellemző. A személyes érvelés az életkor előrehaladtával csökken, a morális pedig ezzel ellentétes tendenciát követ. A magasabb befejezett iskolai végzettség inkább a személyes érveléssel mutat együjtjártást, míg a morális érvelés leginkább az alacsonyabb iskolai végzettségűeket (8 általános iskolai osztály vagy kevesebb) jellemzi. A házasságban és bejegyzett élettársi kapcsolatban élők szignifikánsan nagyobb mértékben használják a morális érvelést az abortusszal kapcsolatos véleményalkotásukban, mint az egyedülálló, elvált, vagy partnerükkel házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül együtt élő megkérdezettek. Minél több testvére van az egyénnek, annál kevésbé jellemző rá a személyes érvelés. A vallás szintén a legnagyobb hatóerővel bíró változók egyike: az önmagukat vallásosnak tartó személyek használják kevésbé a személyes érvelést abortusz-attitűdjük kialakítása során.

	β	t	p
(Constant)		1,672	0,095
gyermekvek száma	-0,298	-7,424	0,000
tervezett gyermekvek száma	-0,244	-6,296	0,000
vallásosság (dummy)	-0,218	-7,25	0,000
gyermekvállalás fontossága	-0,105	-2,536	0,011
életkor	0,094	2,745	0,006
(Constant)		1,101	0,271
gyermekvállalás fontossága	-0,188	-4,741	0,000
tervezett gyermekvek száma	-0,298	-7,997	0,000
gyermekvek száma	-0,378	-9,756	0,000
életkor	0,083	2,408	0,016
testvérek száma	-0,054	-1,989	0,047

3. táblázat A polaritás-index magyarázómodell változói erőssorrendben

6. Az attitűdöt legerősebben a gyermekvállalás értéke, illetve az arra vonatkozó szándék (gyermekvek és tervezett gyermekvek száma) határozza meg: mindhárom tényező negatív irányú és közepes erősségű összefüggésben áll a személyes érvelés használatával. Minél több gyermeke van a személynek, vagy minél több gyermeket tervez, és minél fontosabb cél számára a gyermekvállalás, annál inkább morális szempontok mentén gondolkodik az abortuszról, és annál kevésbé jellemző rá az abortusz elfogadása és választása (l. 3. táblázat).
7. Az abortusz-attitűd kapcsolatot mutat az értékrend egyes elemeivel (a morális érvelés jellemzően a tradicionális, konzervatív értékek választásával jár együtt) és az egyén gondolkodásának egyes jellemzőivel (az, hogy egy probléma megoldása során a személy inkább elkerüli a több szempont mentén történő mérlegelést, összefüggést mutat a morális érvelés használatával).
8. Az abortuszról való vélekedés mikéntje befolyásolja a stigmatizáltság észlelését is: akár a nők vonatkozásában, akiknek volt abortuszuk, akár az abortusz-ellátásban dolgozó szakemberek kapcsán azok érzékelnek erősebb stigmatizáltságot, akik kevésbé morális alapelvek mentén, inkább az egyedi helyzeteket mérlegelve alkotnak véleményt.

Abortusz attitűdök egyetemi hallgatók mintáján

A fentiekben bemutatott minta egy speciális részhalmozát képezték azok az egyetemi hallgatók, akik a jövőben, szakmai életük során feltételezhetően találkozni fognak a terhességmegszakítás kérdéskörével. Az orvostanhallgatók, védőnő-, szülésznő- és pszichológushallgatók abortusszal kapcsolatos attitűdjei mellett azt is vizsgáltam, hogy a

jövőben tervezik-e, hogy részt vesznek művi abortusz elvégzésében, illetve azzal kapcsolatos felvilágosításban, tanácsadásban és művi abortuszon átesettek testi vagy pszichés ellátásában. A vizsgálat módszere a fentiekben ismertetettel megegyező volt.

Legfontosabb eredmények:

1. Az abortusz-attitűdök kapcsán elmondható, hogy a megkérdezett hallgatók inkább a személyes, mint a morális érvelést használják az abortusztól való vélekedéseikben. Leginkább a pszichológia szakos hallgatókat jellemzi a személyes érvelés használata ($H(3)=17,14$, $p=0,001$), a másik három szak hallgatói között nincs szignifikáns különbség e tekintetben. Vagyis a majdani pszichológus végzettségűek azok, akik leginkább mérlegelik a helyzetek egyediségét és az egyéni szempontokat, amikor a terhességmegszakításról gondolkodnak.
2. Akár a művi abortusz tevőleges elvégzése ($H(2)=28,30$, $p<0,001$), akár az azzal kapcsolatos felvilágosítás, tanácsadás ($H(2)=10,05$, $p=0,007$) vonatkozásában elmondható, hogy lényegesen jellemzőbb a morális érvelés azokra, akik a jövőben tervezhetően megtagadják e feladatok ellátását, azokhoz képest, akik vállalják azt, illetve más területen terveznek dolgozni. A morális érvelés (vagyis az életpárti attitűd) és az abortusz-ellátásban való részvétel megtagadása között szignifikáns ($p<0,001$) együttjárást találtam. Az abortusszal összefüggő feladatellátásra való hajlandóság a részvétel módjától is függ: a morális érvelés hatása a beavatkozás elvégzése kapcsán a legerősebb.
3. Az orvostanhallgatók közül a legnagyobb arányban az abortusszal kapcsolatos tanácsadás, felvilágosítás terén vállalnának feladatot a megkérdezettek a későbbiekben (48,7%). Kisebb arányban vennék részt az utógondozásban (38,5%), és még kevesebben a beavatkozás elvégzésében (12,8%), vagyis a bevonódás mértékének növekedésével csökken a részvételi hajlandóság.

II. A terhességmegszakítás előtti pszichés állapot vizsgálata

Az abortusszal közvetlenül összefüggő tényezők csoportja vonatkozásában a kutatás során azt vizsgáltam, hogy milyen pszichésállapot-mutatók jellemzik az abortuszt kérvényező nőket az első (A) kötelező családvédelmi tanácsadás után.

A vizsgálat célja:

A vizsgálat célja elsődlegesen az volt, hogy jobban megérthetővé és leírhatóvá váljon a művi terhességmegszakítás folyamatának az az eleme, amikor 1) az érintett nő már döntött az abortuszról, de ez a döntés még megmászható, és 2) a döntést nyilvánosan is kommunikálni kell (ti. részt kell venni a kötelező családvédelmi tanácsadáson).

A vizsgálat módszere:

A vizsgálat kvantitatív, kérdőíves eszközökkel zajlott, az adatok papíralapú vagy online teszt kitöltésből származtak. Az adatfelvétel 6 hónapon át, négy megyében, a helyi Családvédelmi Szolgálatok bevonásával zajlott. A kérdőívekkel a demográfiai alapadatok, párkapcsolati jellemzők, a gyermekvállalásra és a művi abortuszra vonatkozó kérdések mellett a pszichés állapot egyes mutatóit mértem, úgymint depresszió (Edinburgh Postpartum Depresszió kérdőív; EPDS), állapotszorongás (Spielberger-féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív; STAI-S), észlelt stressz (Észlelt Stressz Kérdőív; PSS4), elégedettség a párkapcsolattal (Kapcsolati elégedettség skála; RAS) és énhatékonyság (Schwarzer-féle Énhatékonyság kérdőív). A mintába 55 nő adatai kerültek be (MD=28,09, SD=6,96).

Legfontosabb eredmények:

1. Az az időszak, amely a deklarált és végleges döntést megelőzi, az állapotszorongás megemelkedett szintjével jellemezhető (MD_{STAI-S}: 50,85). A magasabb szorongásszint a tanácsadásra bejelentkezésnek (és így az abortusz elvégzésének) a halogatásával, késedelmével jár együtt ($r=0,314$, $p=0,019$), ami – a szakirodalmi adatok szerint – megnöveli a beavatkozás kockázatának mértékét.
2. A abortusz választásának leggyakoribb okai az anyagi, egzisztenciális nehézségek (52,7%) és a párkapcsolat elégtelen, nem elég stabil, vagy nem megfelelő biztonságot adó volta (40,0%).
3. Abban az élethelyzetben, amelyben az érintettek az abortuszt választják, általában több tényező is ebbe az irányba hat, vagyis a terhességek megszakítása mögött jellemzően nem egyetlen, hanem több különböző ok áll (a megkérdezettek 63,6%-a legalább két okot jelölt meg az abortusza háttéréként). Ezek gyakrabban külső, mint belső (közvetlenül a gyermekvállalásra, annak a szándékára vonatkozó) okok.
4. Azok, akik annak ellenére döntenek az abortusz mellett, hogy egyébként azt nem vagy kevéssé tartják elfogadhatónak, a terhességük megszakítását fokozottabb stresszel élik meg: mintámban mérsékelt, de szignifikáns együttjárást tapasztaltam az abortusz

elfogadása és a szorongás mértéke között (veszélyeztető körülmények esetén választott abortusznál $r = -0,2$, élethelyzeti/társas döntéseknél $r = -0,33$). A depressziós tünetek megjelenését az abortusz-attitűd nem befolyásolja.

III. A művi abortusz hosszú távú következményeinek vizsgálata sine morbo mintán

Az egyéni kontextus részét képező változók közül a korábbiakban említett abortusz-attitűdök mellett a terhességmegszakítás hosszú távú következményeit elemeztem. A mintába olyan nők kerültek, akik elmúltak 18 évesek, legalább 8 hónapja volt művi abortuszuk, és a kérdőív kitöltéséig nem volt pszichiátriai kórelőzményük ($N=72$; $MD=41,54$, $SD=11,64$).

A vizsgálat célja:

A vizsgálat e szakasza azért került be a kutatási tervbe, hogy legyen mód az abortuszra irányuló döntés későbbi hatását is elemezni abból a szempontból, hogy a döntés mely jellemzői azok, amelyek meghatározzák a művi abortuszhoz való hosszú távú alkalmazkodást.

A vizsgálat módszere:

A vizsgálati módszer megegyezett a családvédelmi tanácsadás utáni adatfelvétellel, de kizárólag online módon zajlott. A kérdőív elérhetősége és a toborzó hirdetés részben hólabda módszerrel, részben online magazinok felületén jutott el a kitöltőkhöz.

A kérdőívet az abortusszal összefüggő distressz mérésére alkalmas Események Hatása Kérdőívvel (IES-R), valamint a megküzdésből fakadó pozitív változások azonosítására szolgáló Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőívvel (PTGI) egészítettem ki. A saját szerkesztésű kérdéssor részben az abortusz-döntésre vonatkozó (mennyire értékeli jó, illetve saját döntésének, mennyire volt tájékozott, amikor döntött stb.), részben a művi abortusz következményeit és az észlelt abortusz-stigmát felmérő tételket tartalmazott.

Legfontosabb eredmények:

Az eredmények alapján a hosszú távú alkalmazkodást befolyásoló legfőbb tényezőnek a döntés oka, illetve annak autonóm volta mutatkozott.

1. Azt, hogy egy nő hosszú távon hogyan tud alkalmazkodni a terhessége megszakításához, meghatározza a döntés oka. Ebből a szempontból leginkább azok igényelnek figyelmet, akik vagy fiatal életkoruk ($\beta=0,35$, $t=3,23$, $p=0,003$), vagy a párkapcsolatuk nem

megfelelő volta ($\beta=0,25$, $t=2,33$, $p=0,023$) miatt nem vállalják a várandósság kihordását: a distressz szintje a jelenben náluk a legmagasabb. Az anyagi-egzisztenciális okok, amelyek a várandósság megszakítása mögött álltak, a pszichés mutatókat szignifikánsan nem befolyásolták, de a döntéssel való elégedettséget igen: a bizonytalan anyagi helyzet olyan ok, ami utólag is elfogadhatóvá teszi a nők számára az abortusz melletti döntésüket ($\beta=0,44$, $t=4,32$, $p=0,001$).

2. Ahhoz, hogy egy nő hosszú távon is elfogadhatónak/helyesnek ítélje meg az abortuszra irányuló döntését, elsősorban az kell, hogy azt sajátjának tudja megélni ($\beta=0,39$, $t=3,85$, $p=0,001$). A döntési autonómia részét képezi az is, hogy a döntéshez megfelelő mennyiségű és minőségű információ álljon rendelkezésre ($\beta=0,66$, $t=6,27$, $p<0,001$).
3. A jól működő párkapcsolat hosszú távon is protektív tényezője az abortuszhoz való alkalmazkodásnak (az összefüggés mérsékelt erősségű, de szignifikáns: $r=-0,30$, $p=0,018$).
4. Az, hogy egy nő tervez-e még gyermeket vállalni, az abortusz megélését is befolyásolja: nehezebb a terhesség megszakítását utóbb jó döntésként értékelni akkor, ha a nő reprodukív életszakaszát még nem tekinti lezártnak (akik nem terveznek később gyermeket vállalni: $\beta=-0,355$, $t=-2,355$, $p=0,027$).

IV. Abortusz-reprezentációk és abortusz-stigma a hazai online médiában

A terhességmegszakításra befolyással bíró makro-szintű tényezők közül a kutatásba az abortusz-reprezentációk és abortusz-stigma online média-felületeken való megjelenése mint az abortusz választásának szocio-kulturális és tudás-környezetét meghatározó jellemzők kerültek be. E kérdés jelentőségét elsősorban az adja, hogy a termékeny életszakaszukban levő nők a tömegkommunikációs platformok által közvetített (és formált) diskurzus terében alakítják ki elképzeléseiket, hozzák meg döntésüket terhességük vállalásáról vagy megszakításáról, vagyis a társadalmi és szocio-kulturális tényezők, azon belül is a tudáskörnyezet jelentős befolyással bír az egyén választásaira.

A vizsgálat célja:

Kutatásomban azt vizsgáltam, hogy milyen diskurzus bontakozik ki a művi abortusszal, a szabályozás szigorításával, illetve teljes tilalmával kapcsolatban a magyar online médiában, milyen képzettársítások, asszociációk jelennek meg a művi terhességmegszakítással kapcsolatban a cikkekben. A kutatás kiemelt kérdése volt továbbá, hogy az abortusz-stigma komponensei jelen vannak-e a vizsgált cikkekben. Utóbbit azért véltem fontosnak vizsgálni, mert a stigmatizáció önmagában is előrejelzője a nők abortusz utáni mentális

egészségmutatóinak. A megbélyegzés olyan problémákkal jár együtt, mint a művi abortusz utáni magas distressz szint, a szorongásos és depressziós tünetképzés, vagy a szociális visszahúzódás és elkerülés (APA TFMHA, 2008; Shellenberg és mtsai, 2011).

A vizsgálat módszere:

Mivel az adatgyűjtés idején a 2016-os lengyel abortusztörvény sajtóvisszhangja még rendkívül erős volt a hazai médiában is, az elemzésbe került cikkeket e témát megjelölve, az adott időintervallumban legolvasottabb 50 internetes oldalról választottam ki. Az elemzést kvalitatív módszer alkalmazásával végeztem, mivel ezt véltem leginkább alkalmasnak a szóhasználat és megfogalmazás révén megjelenő mintázatok felismerésére és azonosítására a diskurzusban (Miles & Huberman, 1984). A vizsgálatba a 2016. április és 2017. július közötti időszakban, 17 különböző internetes oldalon megjelent összesen 105 cikk (szószám: 59.940) került be.

Legfontosabb eredmények:

Az összegyűjtött szövegeken végzett tartalomelemzés eredményeként megfogalmazható következtetések az alábbiak:

1. A tartalomelemzés során nyolc nagyobb témát azonosítottam, amelyek keretezésében az abortusz kérdése megjelent, ezek: a művi abortusz társadalmi/demográfiai témaként való megjelenítése, az abortusz-szabályozás és az abortusz attitűdök kérdése, az abortusz mint (testi) önrendelkezés, az abortusz-döntésre, illetve az abortusz okaira és következményeire vonatkozó tartalmak és az abortuszt választó nők leírása.
2. Az online médiatartalmak szinte kizárólag negatív keretben jelenítik meg az abortusz témáját, gyakorta asszociálva azt a halál és az illegalitás, törvényen kívüliség képzetével. Az abortusz krízisként való megélése, ennek az élményvilágnak a felülreprezentálása háttérbe szorítja a nők egyéb abortuszélményeit, amely ennél sokkal semlegesebb, vagy akár pozitívabb lehet a valóságban (Beynon-Jones, 2017; Purcell és mtsai, 2014).
3. Az abortusz témája ab ovo konfliktusos, érzelmekkel telített és egyértelmű állásfoglalást igénylő területként jelenik meg, amit a cikkek a kérdés kapcsán hagyományosnak tekinthető pro-choice/pro-life kategorizációt erősítve, támogat/elutasít vagy elfogad/elvet dichotómiában tárgyalnak.

4. Bár a téma kapcsán a testi önrendelkezés joga számos cikkben megjelenik, ez mégsem jelent valódi ágenciát az érintett nők vonatkozásában: a terhességüket megszakító nők hátrányos helyzetének, áldozatiságának és a környezeti nyomásból fakadó kényszerítettségének hangsúlyozása, csakúgy, mint az abortusz-döntés kényszerhelyzetben hozott, rossz, de szükségszerű választásként való keretezése épp a szabad választás lehetőségét vitatja el az érintett nőktől.
5. A cikkekben a tartalomelemzés módszerével az abortusz-stigmával összefüggésben négy fő témát azonosítottam: a magzat perszonalizálása; a művi abortusz pszichésen, érzelmileg károsként keretezése; az abortusz titkolása és az abortuszhoz folyamodó nők diszkriminációja. Ezek előfordulási gyakoriságát vizsgálva az egyes portál-típusokon azt kaptam, hogy az elemzett cikkek több, mint harmada, a női portálokon közölt írásoknak pedig a kétharmada tartalmazott stigmatizáló tartalmat vagy megfogalmazást.
6. A stigmatizációt közvetítő/fenntartó közlésmódok közül jellemző az abortusz (főként lelki) következményeinek intenzitásában túlzó, minőségében egyoldalú (negatív) megjelenítése, valamint a terhességmegszakítás titkolásának, az azzal járó szégyennek és büntudatnak szükségszerűként és egyetemesként láttatása.
7. Ritkán jelennek meg a szövegekben személyes történetek, egyéni tapasztalatok. Ez egyrészt az abortusszal összefüggő tények torzítását (jellemző okok, életkor, élethelyzet stb.) vonja maga után, másrészt azt is eredményezi, hogy az attitűdök szempontjából lényegi kontextuális információk alig jelennek meg.
8. Az abortusszal kapcsolatos diskurzusból teljes mértékben kirekesztődnek a férfiak (és velük együtt a párkapcsolat is), a terhességmegszakítás kizárólagosan a (szülni képes) nők ügyeként tematizálódik.

Az abortusz pszichológiai-pszichiátriai vonatkozásai nemzetközi szinten gyakorta vizsgált témának számítanak, de a hazai kutatások száma rendkívül szerény, még a reprodukív egészséghez tartozó más témákkal (pl. asszisztált reprodukció) összehasonlítva is. Kutatásom célja épp ezért az volt, hogy hazai mintán gyűjtsek ismereteket az abortusszal kapcsolatos reprezentációk és stigma, az abortusz-attitűdök, valamint egyéni szinten az abortusz előtt állók egyes pszichés jellemzői, és az abortusz-döntés hosszú távú hatásai kapcsán. Vizsgálataim célzottan nem a terhességmegszakítás pszichiátriai vonatkozásaira, hanem a mögöttes pszichoszociális tényezőknek a feltárására irányultak.

A vizsgálatok fentebb bemutatott eredményei kapcsán fontosnak tartom hangsúlyozni a pszichés ellátás fontosságát már az abortusz-ellátás első lépcsőfokától (családvédelmi tanácsadás) a posztabortusz időszakig bezárólag. Ez magában foglalja egyrészt az abortusz szempontjából rizikócsoportha tartozó nők szűrését, és minél korábbi ellátásba juttatását; informálást, tanácsadást és pszichoedukációt a beavatkozásról és várható következményeiről; a döntéstámogatást; az abortusz után szükség szerint a veszteség feldolgozásának segítségét stb. Mindez feltételezi egyfelől a fenti ellátások széleskörű hozzáférhetőségét, az oktatás kapcsán a művi abortuszra vonatkozó naprakész ismeretek átadását, a társadalmi kommunikáció szintjén pedig hiteles információk közvetítését, és ezen keresztül a terhességmegszakítás stigmatizáltságának csökkenését.

Felhasznált irodalom

- Altshuler, A. L., Storey, H. L. G., & Prager, S. W. (2015). Exploring abortion attitudes of US adolescents and young adults using social media. *Contraception*, *91*(3), 226-233.
- Beynon-Jones, S. M. (2017). Untroubling abortion: A discourse analysis of women's accounts. *Feminism & Psychology*, *27*(2), 225–242.
- Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M., & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, *200*, 199-210.
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., et al (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, *390*(10110), 2372-2381.
- Központi Statisztikai Hivatal (2018). *Magyarország, 2017*. Letöltve: 2018. 11. 20-án: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2017.pdf>
- Major, B., Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, & West C. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. American Psychological Association. Letöltve: 2017. 10. 01-én: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. London: Sage Publications.
- Parsons, N. K., Richards, H. C., Kanter, G. (1990). Validation of a Scale to Measure Reasoning About Abortion. *Journal of Counseling Psychology*, *37*(1), 107-112.
- Purcell, C., Hilton, S., & McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Culture, Health & Sexuality*, *16*(9), 1141–1155.

Saját publikációk a disszertáció témájában

- Nagy Beáta Magda és Rigó Adrien (2019). Művi terhességmegszakítás a férfi partner szemszögéből. *Orvosi Hetilap*, *160*(18), 690–695.
- Nagy Beáta Magda & Rigó Adrien (in press). The psychosocial aspects of induced abortion – men in the focus. *Men & Masculinities*.
- Nagy Beáta Magda, Huszár Katalin, Kaló Zsuzsa és Rigó Adrien (megjelenés alatt). A művi abortusz reprezentációja a magyar online médiában. *Metszetek*.
- Nagy Beáta Magda, Huszár Katalin, Kaló Zsuzsa és Rigó Adrien (megjelenés alatt). Az abortusz-stigma megjelenése a magyar online médiában. *Alkalmazott Pszichológia*.