

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar



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. Klinika

Budapest, 2019

Tartalomjegyzék

1.	BEVEZETÉS.....	4
1.1	A téma indoklása és aktualitása	4
1.2.	Elméleti alapvetések és a dolgozat szerkezete	5
1.3	Terhességmegszakítás a statisztikai adatok tükrében	6
2.	A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI – ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS .	10
2.1	Az elméleti keretrendszer meghatározása	10
2.2	Az abortusz-attitűd.....	18
2.2.1	A társadalmi tényezők szerepe az abortusz-attitűdök formálódásában	21
2.2.2	Egyéni szinten ható változók az abortusz megítélésében	23
2.2.3	A kontextuális tényezők hatása az abortusz attitűdökre	28
2.2.4	Segítő hivatást választó egyetemi hallgatók abortusz attitűdjei	31
2.3	A művi abortusz pszichológiai következményei	34
2.3.1	A művi abortusz a férfi partner és a párokapsolat vonatkozásában	38
2.4	Az abortusz-stigma	51
2.4.1	Az abortusz-stigma elemei	54
2.4.2	Retorikai irányok az abortusz-ellenességben	56
2.4.3	Médiareprezentációk és abortusz-stigma	57
3.	AZ ABORTUSZ-ATTITŰDÖK VIZSGÁLATA	61
3.1	A kutatás módszertana.....	61
3.1.1	Az adatgyűjtés módja	61
3.1.2	A vizsgálat során alkalmazott módszerek bemutatása	62
3.1.3	A vizsgálati minta bemutatása	69
3.2	Kérdésfeltevések és hipotézisek	75
3.3	Az Abortusz Érvelés Kérdőív magyar változatának elkészítése	77
3.3.1	A kérdőív magyar változatának kialakítása	77
3.3.2	Abortusz Érvelés Kérdőív leíró statisztikája és megbízhatósága	77
3.3.3	Hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés.....	78
3.4	A kontextuális információk hatásának értékelése az abortusz-attitűdre	84
3.4.1	Statisztikai elemzés	84
3.4.2	A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés.....	89

3.5	Az abortuszról való vélekedést meghatározó tényezők.....	91
3.5.1	Statisztikai elemzés	92
3.5.2	A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés	103
3.6	Abortusz attitűdök egyetemi hallgatók mintáján	112
3.6.1	A vizsgálati minta bemutatása	113
3.6.2	A foglalkozási szereppel összefüggő és az abortuszra vonatkozó attitűdök kapcsolata ..	117
3.6.3	A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés	120
4.	A TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS ELŐTTI PSZICHÉS ÁLLAPOT ÉS A MŰVI ABORTUSZ HOSSZÚ TÁVÚ HATÁSAINAK ELEMZÉSE	122
4.1	Pszichés mutatók vizsgálata az első családvédelmi tanácsadás után (K1)	122
4.1.1	A kutatás céljai, kutatási terv és az adatgyűjtés	122
4.1.2	A vizsgálat során alkalmazott módszerek bemutatása	125
4.1.3	A K1 kutatási szakaszhoz kapcsolódó hipotézisek.....	128
4.1.4	Statisztikai elemzés	128
4.1.5	A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés	138
4.2	A művi abortusz hosszú távú következményeinek vizsgálata sine morbo mintán (K2)	143
4.2.1	A kutatás céljai, kutatási terv és az adatgyűjtés	143
4.2.2	A vizsgálat során alkalmazott módszerek bemutatása	144
4.2.3	A K2 kutatási szakaszhoz kapcsolódó hipotézisek.....	145
4.2.4	Statisztikai elemzés	145
4.2.5	A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés	160
5.	ABORTUSZ-REPREZENTÁCIÓK ÉS ABORTUSZ-STIGMA A HAZAI ONLINE MÉDIÁBAN.....	167
5.1	Kutatási kérdés, módszer, minta	167
5.2	Eredmények bemutatása.....	170
5.2.1	Abortusz-reprezentációk a vizsgált cikkekben	170
5.2.2	Az abortusz-stigma megjelenése az elemzett cikkekben	180
5.3	Következtetések.....	186
6.	ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS	194
	FELHASZNÁLT IRODALOM	204
	MELLÉKLETEK.....	221

1. BEVEZETÉS

1.1 A téma indoklása és aktualitása

A doktori disszertáció célja a művi abortusz egyes pszichoszociális vonatkozásainak bemutatása és a köztük lévő összefüggések feltárása, értelmezése, elősegítve a téma tágabb kontextusban való elhelyezését és mélyebb megértését.

Ha a hazai statisztikai adatokat tekintjük, azt látjuk, hogy az élveszülések számához képest az megszakított terhességeké még mindig magas: nagyjából minden negyedik várandósság művi abortusszal végződik. 2018-ban harmada annyi abortuszt hajtottak végre, mint a '90-es években, és a tendencia évről évre csökkenő – igaz, a reprodukív életkorban lévő nőké is az. De ami igazán fontos, hogy a számok mögött emberek vannak: egyéni sorsok és családok, akik így vagy úgy, megtapasztalják a terhességmegszakítás következményeit.

A termékenységi vagy más reprodukív egészségpszichológiai problémákkal rendszeresen találkozó klinikai szakpszichológusként gyakorta tapasztalom, hogy az abortuszra, annak következményeire vonatkozó tudás sokszor elavult, hiányos, még rosszabb esetben egyszerűen téves. Ez megnehezíti vagy meg is gátolhatja azt, hogy a megszakított terhesség az élettörténetbe megfelelően integrálódjon, ahogy azt is, hogy az abortuszról nyíltan beszélni lehessen. A veszteség vagy a bűntudat feldolgozatlansága, a döntés kapcsán megélt szégyen, vagy a beavatkozás titkolása mind olyan tényezők, amelyek kedvezőtlen irányba befolyásolhatják azután az önértékelést, a szülői szerepek betöltését, a párkapcsolat minőségét vagy a mentális egészség és jóllét bármely mutatóját. További problémának tűnik, hogy a saját álláspont kialakítása a kérdés kapcsán egy érzelmekkel-indulatokkal rendkívüli mértékben terhelt erőterben történik, ahol nagy a nyomás a dichotóm véleményalkotásra (elutasít vs támogat). Ez megnehezíti a kiegyensúlyozott és hiteles információkhoz való hozzájutást, különösen az érintettek számára – ide értve szűkebb értelemben a terhességük megszakítását mérlegelő nőket, tágabb értelemben minden reprodukív korú nőt és férfi partnereiket is.

Mindezek fényében azt gondolom, a tudományos vizsgálatoknak hatalmas szerepe van abban, hogy érvényes információink legyenek a művi abortusz témájáról, hisz épp a tudomány weberi értelemben vett értékmentessége az, amely biztosítja, hogy a deskriptív eredmények ne váljanak a vallási, ideológiai vagy más elköteleződések mentén

értékítéletekké. Kutatásommal a fentiek szem előtt tartásával igyekszem hozzájárulni a művi abortusszal összefüggő pszichoszociális kérdések mélyebb ismeretéhez és megértéséhez.

A dolgozat elkészítéséhez nyújtott mérhetetlen szakmai és emberi támogatásáért köszönet és hála illeti dr. Rigó Adrient, továbbá azokat a szakembereket (elsősorban a Családsegítő Szolgálatoknál dolgozó védőnőket), akiknek segítségével a vizsgálatok elvégzéséhez nélkülözhetetlen volt.

1.2. Elméleti alapvetések és a dolgozat szerkezete

A kutatás elvégzése és a disszertáció megírása a következő alapvetések mentén történt:

1) A művi abortusz olyan negatív terhességi kimenetelt jelent, amely feltételezi az érintett nő döntését a terhessége megszakítására vonatkozóan. (E döntés mögött természetesen sokféle motiváció, és a döntési autonómia különböző mértéke állhat, beleértve például az egzisztenciális vagy párkapcsolati státusból fakadó nyomást is.) Ennek megfelelően a kutatás tárgyát a terhességmegszakításnak azok és csak azok az esetei képezik, amikor 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 foglalkozom a magzati veszteségek egyéb eseteivel, így a spontán vetélésekkel sem. A továbbiakban az abortusz kifejezést ebben a szűkített értelemben használom, és a terhességmegszakítás, művi vetélés és abortusz kifejezéseket szinonimaként alkalmazom.

2) A művi abortusz egyéni szinten megjelenő (elsődlegesen az érintett nőt és partnerét érintő) konzekvenciái egy adott szocio-kulturális közegben jelennek meg, értelmezésük attól nem elválasztható.

Szerkezetét tekintve a disszertáció két nagyobb elemre osztható. Az első részben kijelölésre kerül az a gondolkodási keret, amelyben az egyes pszichoszociális tényezőket értelmezem, majd a témával összefüggő legfontosabb szakirodalmi adatokat tekintem át. Elsőként az abortusz-attitűdökre, azok egyéni és társadalmi szintű meghatározó tényezőire és a kontextuális információk szerepére vonatkozó kutatási eredményeket összegzem. A klinikai mintán végzett kutatáshoz kapcsolódóan foglalkozom a művi abortusz pszichológiai következményeivel, kiemelten kezelve annak párkapcsolati vonatkozásait. Végül pedig a terhességmegszakítás kérdésének társadalmi-kulturális

összetevőire fókuszálva áttekintem az abortusz-reprezentációkkal és az abortusz-stigmával kapcsolatos ismereteket.

A disszertáció második része egy olyan komplex kutatássorozat eredményeit mutatja be, amely – összhangban a szakirodalmi áttekintéssel – a művi abortusz kérdésének több szinten történő elemzését célozta. Az abortusz attitűdök kapcsán részben egy mérőeszköz (az Abortusz Érvelés Kérdőív) magyar változatát mutatom be, majd az azzal szerzett mérési adatokat közlöm. Igazolom az abortusz-attitűdök összetett voltát és kontextuális tényezőkhöz kötöttségét. A második kutatási szakasz részben az abortusz-döntést, majd az elvégzett beavatkozás hosszútávú hatásait vizsgálja sine morbo nők körében. A harmadik kutatási elemben pedig az abortusz-reprezentációk és az abortusz-stigma megjelenését elemzem az magyar online médiában, a lengyelországi abortusztörvény vitájának hazai sajtórecepciója kapcsán.

1.3 Terhességmegszakítás a statisztikai adatok tükrében

A művi abortusz a világon a leggyakrabban végzett nőgyógyászati beavatkozásnak számít. A becslések szerint évente 56 millió terhességet szakítanak meg művi úton; az abortuszok több, mint fele (54,9%) nem biztonságos¹. Utóbbi az anyai morbiditás egyik legfőbb oka: a nem biztonságos abortuszokba az érintett nők 7,9%-a belehal, és a szövődmények miatt ellátásra szorulóknak 40%-a nem kap megfelelő ellátást (Ganatra és mtsai, 2017; Sedgh, Singh, Shah, Åhman, Henshaw és Bankole, 2016).

A művi abortusz gyakorisága Magyarországon

Bár a művi abortuszok száma hazánkban közel két évtizede csökkenő tendenciát mutat, és a 2017-ben megszakítottatott várandósságok száma a 1990-es érték kevesebb mint harmada, ez még mindig 28.500 elvetetett terhességet jelent (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2018). A legális abortuszok számát az ismert terhességekhez viszonyítva a 2015-ös adatok alapján hazánk világviszonylatban a 19., az Európai Unió tagállamai közül a negyedik helyen áll (Abortion Worldwide Report, 2017). A művi abortuszok száma tehát európai viszonylatban továbbra is magasnak tekinthető: 2017-ben hazánkban száz élveszületésre 31 terhességmegszakítás jutott, míg Európában átlagosan minden

¹ Nem biztonságos abortusztól akkor beszélünk, ha a nem kívánt várandósság megszüntetésében közreműködő személy nem rendelkezik a szükséges készségekkel, az ellátáshoz szükséges minimális medikális standardok hiányoznak, vagy mindkettő (World Health Organization [WHO], 2007).

ötödik élve születésre jut egy. Ezer szülőképes korú nőre vetítve 12,6 a művi vetélések száma (KSH, 2018).

A paritást tekintve a legnagyobb arányú csökkenés az első abortuszok számában mutatkozik, ez 1990 óta negyedére csökkent, a második művi vetélés fele, harmadik pedig kétharmada az 1990-es értéknek. A negyedik terhességmegszakítások száma érdemben nem változott, az ennél magasabb számú pedig nőtt 1990 és 2015 között. Az abortuszok harmadát az ismételt terhességmegszakítások adják. Az első terhességüket megszakítók 71%-a 25 év alatti (KSH, 2017).

Miközben előfordulási gyakoriság csökken (2017-ben az egy évvel korábbihoz képest 6,4%-os volt a csökkenés), az abortusz mellett döntő nők korszerkezete is átalakulni látszik: továbbra is huszonéves nőknél hajtják végre a legtöbb beavatkozást (20-23/1000 fő), és a 25 év alattiaknál a csökkenés kisebb ütemű, mint más korcsoportokban, ám a 35-39 év közöttiek esetében a csökkenés az átlag feletti, amely feltehetőleg e korosztály növekvő szülésgyakoriságával is összefügg (KSH, 2018).

Az életkor mellett elemzett demográfiai változó még a családi állapot: az 1980-as évektől kezdve folyamatosan csökken az abortuszt kérvényezőők között a házasság aránya. 2016-ban az összes művi vetélés 70%-át hajadonokon hajtották végre, a házasság részaránya 23%-volt. A házassági kapcsolaton kívül teherbe esett és abortuszt kérvényező nők arányának emelkedése természetesen összefügg a házasságkötések radikálisan csökkenő számával is, vagyis hogy a szülőképes korú nők kisebb része él házassági kötelékben (KSH, 2018).

Az iskolázottság szintjének növekedésével az abortuszok gyakorisága csökken, a 8 általános iskolai osztállyal kevesebbet végzett és a felsőfokú végzettségű nők közötti különbség tizenegyszeres volt 2016-ban (KSH, 2017).

Az abortuszt választó nők közül majdnem minden harmadik (28%) gyermektelen, közülük 95% hajadon, így feltehető, hogy a terhesség megszakítását a várandósság nem megfelelő időzítése indokolja (KSH, 2017).²

Az abortusz jogi szabályozása hazánkban

A Ratkó Anna egészségügyminiszter nevével fémjelzett 1953-as születésszabályozási rendelet (egyéb változások, például a gyermektelenségi adó bevezetése mellett) törvényileg betiltotta a terhesség művi megszakítását. Az

² A művi abortuszok demográfiai vonatkozásairól bővebben I. Sz. Makó (2014b)

abortusztilalom következtében az illegális abortuszok száma radikálisan megemelkedett, egyes becslések szerint az évi százezres nagyságrendet is elérte. 1956-ban azután a korlátozást feloldották, a tilalmat teljes liberalizáció, az anya önrendelkezési jogának korlátlan érvényesülése váltotta fel; az abortuszt a születésszabályozás eszközeként kezelve, lényegében minden különösebb indoklás nélkül hajtották végre a beavatkozásokat. 1970-ben a művi vetélések száma 190 ezer volt, ezzel száz szülészeti eseményre 51 megszakított terhesség jutott. 1974-ben a beavatkozás elvégzését bizonyos feltételekhez kötötték, ami csökkentette ugyan a gyakoriságot, de a művi vetélések száma az 1980-as években végig évi 80 és 90 ezer között mozgott (Pongráczné és S. Molnár, 1992).

A jelenleg hatályos, a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény és annak végrehajtási rendelete (32/1992 (XII. 23.) NM rendelet) a magzati élet védelmében bizonyos feltételek mellett és meghatározott időtartamon belül engedélyezi a művi abortuszt. A várandósság 12. hetéig engedélyezett a terhesség megszakítása abban az esetben, ha

- 1) az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyeztető ok indokolja,
- 2) ha orvosilag valószínűsíthető, hogy a magzat súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved,
- 3) a terhesség bűncselekmény következménye, vagy
- 4) az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén.

Utóbbi esetben a jogszabály kötelezi a nőt arra, hogy két alkalommal jelenjen meg a Családvédelmi Szolgálat tanácsadásán, melynek célja részben az informálás (pl. a gyermek vállalása esetén elérhető támogatási formákról, segítséget biztosító szervezetekről, az örökbeadás lehetőségeiről, a terhességmegszakítás veszélyeiről stb.), részben pedig a válsághelyzet enyhítése és a döntés támogatása, a magzati élet védelmének szem előtt tartásával.

A várandósság 18. hetéig végezhető el az abortusz azokban az esetekben, ha az állapotos nő korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen (pl. ha kiskorú vagy gondokság alatt áll), illetve ha a terhességét neki fel nem róható egészségi ok, orvosi tévedés vagy az egészségügyi intézmény, illetve valamely hatóság mulasztása miatt nem ismeri fel korábban.

A 20. hétig, illetve a diagnosztikus eljárás elhúzódása esetén 24. hétig szakítható meg a terhesség, ha a magzat legalább 50% eséllyel olyan genetikai betegséggel vagy fejlődési rendellenességgel születne, az élettel összeegyeztethetetlen.

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 indokolttá és fontossá teszi a kérdéskör pszichoszociális vonatkozásainak mind alaposabb és szerteágazóbb vizsgálatát és mélyebb megértését.

2. A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI – ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

2.1 Az elméleti keretrendszer meghatározása

A művi terhességmegszakítással kapcsolatos szakirodalom rendkívül szerteágazó. Az elmúlt évtizedek során számtalan kutatást publikáltak a témában, melyek eredményei sokszor ellentmondásosak, részben a kulturális különbségek, részben az eltérő kutatási módszerek miatt (longitudinális kérdőíves kutatások vs esettanulmányok) nehezen összevethetők. Az abortusszal kapcsolatos vizsgálatok sokféle nézőpontot használnak (egészségügyi, pszichológiai, demográfiai, szociológiai, morális stb.), de jellemzően csak egy-egy aspektust emelnek ki, és általában csak a mikro- vagy csak a makroszintű tényezőket vonják be az elemzésekbe.

Coast, Norris, Moore és Freeman (2018) szerint az abortusz különbözik minden más, az egészségügyet érintő és ellátást igénylő helyzettől, amennyiben a) a törvényesség és a jogszabályok adta lehetőségek határozzák meg az egyéni utakat az ellátásban, b) a gesztációs kor döntő jelentőségű, c) az abortusz epizodikus, nem krónikus természetű, d) stigmatizált, e) egészségügyi ellátást csak a nők igényelnek. Szakértői vélemények (kutatók, szolgáltatók, finanszírozók, politikai döntéshozók) és az abortusz-ellátásra vonatkozó szakirodalmi eredmények összegzésével a szerzők három, egymással összefüggő területet írtak le, amelyek a várandósság kezdetétől annak művi befejezéséig tartó időszak történéseit meghatározzák. Ezek

- az abortusszal közvetlenül összefüggő tényezők (a terhesség felismerésétől és nyilvánosságra hozásától az abortusz elvégzésével járó tapasztalatokig és érzelmekig),
- az egyéni kontextus jellemzői (attitűdök és ismeretek az abortuszra vonatkozóan, életkor, iskolázottság, vagyoni helyzet, a párkapcsolat jellemzői stb.) és
- a társadalmi szintű összetevők (ellátórendszer, szociális normák a termékenységre és az abortuszra vonatkozóan stb.).

Coast és munkatársai (2018) szerint minden, a várandóssággal és annak befejezésével kapcsolatos esemény e három tényezőcsoport által meghatározott, és csak ezek kontextusában érthető meg.

Az alábbiakban Coast és munkatársainak (2018) elméleti keretrendszerét felhasználva összegzem azokat a tényezőket, amelyek a terhesség művi megszakítására vonatkozó döntést, a beavatkozás elvégzését és annak következményeit befolyásolják.

1. Az abortusszal összefüggő tényezők

A szerzők ebbe a csoportba sorolnak minden olyan jellemzőt, amelyek közvetlenül kapcsolódnak egy adott terhesség megszakításához, és abban a (szűk) idői intervallumban értelmezhetők, amely a várandósság felismerésétől annak lezárásáig tart. Ezek a jellemzők részben a mikro- (egyéni), részben pedig a makro- (társadalmi) szintű struktúrákba ágyazottak (Coast és mtsai, 2018).

A várandósság felismerése. Ide tartozik, hogy a nő milyen tudással bír az aktuális várandósságára vonatkozóan (pl. felismeri-e a terhessége jeleit, annak létét), hozzáfér-e a terhességi tesztekhez és vizsgálatokhoz, illetve használja-e azokat (elérhető-e a számára, tudja-e vállalni a költségeit stb.). A várandósság felismerése és tudomásul vétele értelmezhető egyéni szinten (pl. a többedik várandósságnál más információk állnak rendelkezésre, mint az elsőnél), de társadalmi szinten is. Olyan kultúrákban például, ahol a házasságon kívüli nemi élet társadalmilag nem legitim, a nem házas nők később ismerik fel a várandósságukat, mint házasságban élő társaik, ami a terhesség elismerésének szociális „kockázataival” függ össze (Sowmini, 2013). Hasonló makro-szintű tényező az is, hogy milyen az (elérhető) nőgyógyászati ellátás színvonala és felszereltsége (pl. lehetőségek a gesztációs kor pontos megállapításához). Mindezek befolyásolják, hogy egy nő mikor ismeri fel a várandósságát. Az időtényező az abortusz kapcsán több szempontból is rendkívül fontos. Egyrészt a beavatkozás elvégzésére törvényesen csak egy bizonyos időkorláton belül van lehetőség, másrészt a későbbi terhességi korban elvégzett beavatkozásoknál nagyobb a szomatikus és pszichés szövődmények kockázata is (Labandera, Gorgoroso és Briozzo, 2016; Kapadia, Finer és Klukas, 2011).

A terhesség nyilvánosságra hozása. A várandósság bejelentésével kapcsolatban több tényező is vizsgálható, melyek a megtartásra vonatkozó döntést befolyásolhatják. Ilyen például, hogy mikor és kinek beszél a nő a várandósságról, ennek milyen következményei vannak (pl. a másik személy mit tanácsol, hogyan reagál), milyen érzelmek társulnak a nemkívánt terhességhez vagy annak megszakításához (félelem a reakcióktól, szégyen, bűntudat, megbélyegzettség érzése, megkönnyebbülés stb.). A fentiek részben egyéni jellemzőknek tekinthetők, de a (nem kívánt) várandósság nyilvánosságra hozása mindig egy meghatározott társas térben történik, és az abban mindenkor érvényes szociális

normák és hiedelmek alakítják a bejelentés idejét, módját és következményeit. A várandósság felvállalása összefügg a társas támogatás vélt vagy észlelt mértékével: akár a nem támogató partner, akár a félelem a terhesség nyilvánosságra kerülése következményeitől az abortuszra bejelentkezés halogatásával jár, ami az említett egészségügyi kockázatok mellett megnöveli a kevésbé biztonságos abortusz választásának valószínűségét is (Hanschmidt, Linde, Hilbert, Riedel-Heller és Kersting, 2016).

Az, hogy egy nő kivel osztja meg (nem kívánt) várandóssága tényét, egyben azt is befolyásolja, hogy ki vehet részt az annak kihordására/megszakítására irányuló döntésben. A beavatottak köre részben szocio-kulturális (normák, szokások), részben gazdasági-pénzügyi (pl. ki tudja-e fizetni a nő az abortuszt), részben egyéni tényezők (pl. a párkapcsolat minősége) által meghatározott (Coast és mtsai, 2018).

Hozzájárás az erőforrásokhoz. Az erőforrások egyik csoportját az anyagi-fizikai tényezők jelentik. Az élethelyzet kapcsán számos kérdés tartozhat ebbe a csoportba, például hogy tudja-e vállalni a nő vagy a család azt a jövedelem-kiesést, ami egy (következő) gyermek vállalásával jár, fedezi-e a biztosítása az ellátást, vagy hogy meg tudja-e egyáltalán oldani, hogy eljusson abortusz tanácsadásra vagy magára a beavatkozásra (pl. ki tudja-e fizetni az útiköltséget). Ide sorolhatók ugyanakkor a társas térből eredő hatások is, például a partnertől, hozzátartozóktól, barátoktól származó érzelmi támogatás vagy nyomás a döntésben (Coast és mtsai, 2018). Egyes vizsgálatok az észlelt nyomás irányába döntő, és az abortuszt emiatt választó nők esetében negatívabb pszichológiai kimeneteket és rosszabb pszichés alkalmazkodást írtak le (Kimport, Foster és Weitz, 2011; Rue, Coleman, Rue és Reardon, 2004), míg a támogató társ jelenléte az abortusz előtti szorongás (Moseley, Follingstad, Harley és Heckel, 1981), és az abortusz utáni érzelmi distressz szignifikánsan kisebb mértékével jár együtt (Kimport és mtsai, 2011; Sz. Makó, 2014b).

Az abortusz elvégzése. A legközvetlenebbül magára a terhesség megszakítására vonatkozó, és így annak folyamatát és következményeit jelentős mértékben befolyásoló tényezők közé tartozik például az abortusz ideje (gesztációs kor), típusa (műtéti vagy gyógyszeres), biztonságossága, legális volta, elvégzésének helye (otthon vagy intézményben), a szükséges várakozási idő a beavatkozás előtt, a tanácsadás és az abortusz-ellátás jellemzői (az ellátók attitűdje, a nő méltóságának tiszteletben tartása, fájdalomcsillapítás stb.). A terhességi kor egyrészt befolyásolja a beavatkozás biztonságosságát (l. fentebb), de azt is, hogy választhat-e a nő az egyes

terhességmegszakítási módszerek között, vagy hogy a legális abortusz egyáltalán végrehajtható-e (Coast és mtsai, 2018). Utóbbi helyzet, vagyis amikor egy nem kívánt terhességet a nőnek azért kell megtartania, mert annak művi megszakítása az idői korlát túllépése miatt nem lehetséges, kedvezőtlenebb mentális egészség mutatókkal jár (alacsonyabb önértékelés és élettel való elégedettség, emelkedett szorongásszint – utóbbi még egy év múltán is szignifikánsan magasabb az abortuszon átesett nőkhez képest; Foster, Roberts, Steinberg, Neuhaus, Biggs, 2015; Biggs, Upadhyay, McCulloch, Foster, 2017).

A nem biztonságos abortusz választása szintén számos, társadalmi szintű tényező befolyása alatt áll, mint például a korlátozó jogi szabályozás, a korszerű fogamzásgátló módszerek elérhetőségének hiánya vagy az egészségügyi ellátás nem megfelelő minősége (Singh és mtsai, 2009).

Részen kulturális tényezők, részben az intézményrendszer sajátosságai határozzák meg, hogy van-e lehetőség arra, hogy a beavatkozás során a férfi partner is jelen legyen. A műtéti abortuszoknál a támogató partner jelenléte vagy annak a lehetősége az ellátással való magasabb elégedettséggel jár együtt (Makenzius, Tydén, Darj és Larsson, 2012). Ez azért is fontos, mert összefüggés mutatható ki a nőknél az ellátással való elégedettség és a későbbi pszichés állapot (elősorban a poszttraumás stressz tünetek megjelenése) között (Wallin Lundell, Öhman, Sundström Poromaa, Högberg, Sydsjö és Skoog Svanberg, 2015).

Az abortusz észlelt következményei. A súlyos fizikai következmények (anyai halálozás) lényegében csak a nem biztonságos abortuszok velejárói. Gyakori szövődmények még a nemi szervek sérülése, fertőzések, vérzés, szepikus sokk, a reproduktív szervrendszer és a kismedence gyulladásos betegsége, amely másodlagos meddőséghez vezethet (Rasch, 2011). A biztonságos abortuszok esetében is ismertek a szomatikus állapotot és/vagy a későbbi termékenységet befolyásoló olyan következmények, mint a spontán vetélés, a méhen kívüli terhesség, a koraszülés, a meddőség megnövekedett kockázata (Thorp, Hartman és Shadigian, 2003). Az érzelmi következmények nagyon sokfélék lehetnek (megkönnyebbülés, büntudat, szégyen stb.). A pozitív és negatív érzelmi állapotok gyakorta keverednek, időben is változó intenzitást és lefutást mutatnak (Reardon, 2018), és az individuális különbségek (pl. személyiségtényezők) által is meghatározottak (l. pl. a reziliencia szerepét az abortusz utáni felépülésben: Sz. Makó és Kiss, 2015).

A következmények közé sorolhatók még a nők félelmei a terhességmegszakítás után, akár arra vonatkozóan, hogy az abortusz negatívan hat a későbbi gyermekvállalási terveikre

(Sz. Makó, 2014b; Holmberg és Wahlberg, 2000), akár arra, hogy ismét teherbe esnek és újra abortuszuk lesz (Reardon, 1994). Részben a szocio-kulturális tényezőktől függően, félelem jelentkezhethet akár az isteni büntetéstől is (Reardon, 1994). A következmények között említhetjük továbbá a művi vetéléssel járó fájdalmat is, ami szignifikáns összefüggést mutat a fiatal életkorral és a beavatkozás előtti depressziós tünetek mértékével (Bélanger, Melzack és Lauzon, 1989).

A várandóssághoz, gyermekvállaláshoz vagy az abortuszhoz fűződő érzelmek. A terhességhez és annak megszakításához kapcsolódóan a nők (és a férfiak is) sokféle, összetett, akár egymásnak ellentmondó érzelmi állapotot is megélhetnek, amelyek a várandósság megtartására vagy megszakítására vonatkozó döntést is befolyásolják. A terhességmegszakítással kapcsolatban ambivalens érzelmi állapot egyes vizsgálatok eredményei szerint, átmenetileg legalábbis, minden harmadik érintett nőnél jelentkezik (Husfeldt, Hansen, Lyngberg, Nøddebo és Petersson, 1995), az elfogadás és elutasítás együttes megéléséből fakadó ambivalencia azonban növeli a komplikált gyász valószínűségét a beavatkozás után (Sz. Makó, 2014b).

Ha a várandósság nem tervezett volt, nagyobb valószínűséggel döntenek a megszakítása mellett: amerikai és francia adatok szerint a nem várt fogantatások 43-48%-át vetetik el a nők (Gentile, 2014; Kågesten, Bajos, Bohet és Moreau, 2014). Mivel a gyermekvállalás sok esetben az anyagi-egzisztenciális helyzetnek is függvénye, az alacsony jövedelmű társadalmi rétegekben a nem kívánt várandósságok aránya nagyobb, mint az egzisztenciálisan stabil családok esetén (Zabin, Huggins, Emerson és Cullins, 2000). Ezt egyben a fogamzásszabályozási lehetőségeknek a kedvezőtlen anyagi helyzettel együtt járó korlátozottsága is magyarázhatja (Molloy és mtsai, 2015).

A művi vetéléssel összefüggő érzelmi állapot szempontjából az abortusz választásának oka is döntő lehet (gazdasági-pénzügyi nehézség, az tervezett családnagyság elérése, életkor stb.). Egyéni és társadalmi szintű tényezők egyaránt befolyásolják, hogy egy nő számára az jelent-e kedvezőbb kimenetet, ha a várandósságot megtartja vagy ha elveteti (Coast és mtsai, 2018).

2. Egyéni kontextus

Az egyéni szintű tényezők közé Coast és munkatársai (2018) az érintett nő azon jellemzőit sorolják, amelyek befolyásolják, hogy az adott várandósságot megszakíttatja-e, és ha igen, hol és hogyan.

Ismeretek és hiedelmek az abortusszal kapcsolatban. Az abortusz melletti döntést vagy annak elutasítását egyaránt befolyásolják azok az ismeretek, amelyekkel a személy az adott élethelyzetben bír. Ezek vonatkozhatnak a szabályozásra (pl. hányadik hétig végezhető el a beavatkozás), az ellátásra (pl. hol kell jelentkezni, milyen papírok kellenek, milyen módszerek közül lehet választani), a lehetséges egészségügyi, szociális, büntetőjogi stb. következmények, kockázatok ismeretére és megértésére (Coast és mtsai, 2018). Ugyancsak ide tartoznak az abortuszra, illetve a magzatukat elvetető nőkre vonatkozó, kulturálisan is meghatározott elképzelések – például az észlelt, tapasztalt és internalizált stigma, különösen többedik abortusz esetén (Shellenberg és mtsai, 2011). A megszerezhető ismeretek nem függetlenek az ellátórendszerétől: hazánkban például, ahol a művi vetélés a szülészeti és nőgyógyászati hatáskörébe tartozik, az abban feladatot ellátó védőnők és orvosok által nyújtott tájékoztatás elsődlegesen a szomatikus kockázatokra és a műtéti eljárásra vonatkozik (Sz. Makó, 2014a).

Egyéni jellemzők. a várandósságra vonatkozó döntéseket az egyéni tényezők széles köre befolyásolja. Ilyenek például

- a szocio-demográfiai, gazdasági és egészségügyi jellemzők (pl. életkor, iskolázottság, egzisztenciális helyzet, etnikai hovatartozás, jogi státusz, családi állapot, korábban fennálló egészségügyi problémák stb.),
- a családi kontextus (pl. elégedettség a párkapcsolattal, a háztartáson belüli státusz [eltartott], családi szerepek),
- a termékenységre vonatkozó szándékok (pl. fogamzásgátlás nélkül vagy fogamzásgátlás mellett jött létre a várandósság, gyerekszám, a magzat neme),
- aspirációk, tervek, a jövőre vonatkozó elképzelések (pl. tanulásra, munkavállalásra irányuló tervek, szándékok és elvárások a párkapcsolatra vonatkozóan),
- az énhatékonyság, autonómia mértéke
- korábbi abortusz(ok) tapasztalatai.

Az egyéni jellemzők befolyása a társadalmi tényezőktől is függ. A várandós nő személyes élettervei például csak egy olyan kultúrában számítanak az abortusz szempontjából befolyásoló tényezőnek, ahol a termékenységre vonatkozó döntés a nők kezében van (Coast és mtsai, 2018). Egy pronatalista társadalomban, ahol a termékenység gazdasági érdek, és a gyermek ilyen szempontból is érték, az önkéntes gyermektelenség nem létező alternatíva, az ideális gyermekszámra vonatkozó elképzelések kevésbé az individuális szándékokat tükrözik (l. pl. Deribe, Anberbir, Regassa, Belachew és Biadgilign, 2007).

Hasonló különbséget mutat a férfiak szerepe az abortusz kapcsán: ahol a házasságon kívüli szexuális aktivitás tabu, könnyebben jut a nő biztonságos ellátáshoz, ha partnere kíséri – vagyis nem a párkapcsolat minősége, hanem a nő társadalmi státusza lesz leginkább befolyással az abortusz elvégzésére (Altshuler, Nguyen, Riley, Tinsley és Tuncalp, 2016). Amerikai és európai adatok szerint ugyanakkor maga a férfi partner (támogatásának vagy felelősségvállalásának hiánya, alkalmatlansága, agresszív viselkedése stb.) az abortusz választásának gyakorta kinyilvánított oka. A kapcsolati problémák említése a terhességmegszakítási kérelmekben az egyes vizsgálati adatok szerint az összes művi abortusz körülbelül harmadánál jellemző (Chibber, Biggs, Roberts és Foster, 2014; Biggs, Gould és Foster, 2013).

3. Társadalmi-gazdasági és szocio-kulturális környezet

Minden abortusz csak abban a keretrendszerben értelmezhető, amely legszűkebben azt a közösséget jelenti, amelynek az egyén tagja, tágabban pedig az adott országra, nemzetre, kultúrára jellemző makro-szintű tényezőket foglalja magába (pl. az abortusz jogszerűsége, a biztonságos abortusz elérhetősége stb.).

Strukturális és intézményi környezet. Az abortusz makro-szintű kontextusát olyan tényezők jelentik, mint például a terhesség megszakítására vonatkozó jogi-szabályozási környezet, a vallás befolyása, pro- és antinatalista politikák, a civil társadalom hatékonysága és ereje, vagy az intézményi háttér szerepe az abortuszra vonatkozó a személyes döntéshozatalában (Coast és mtsai, 2018).

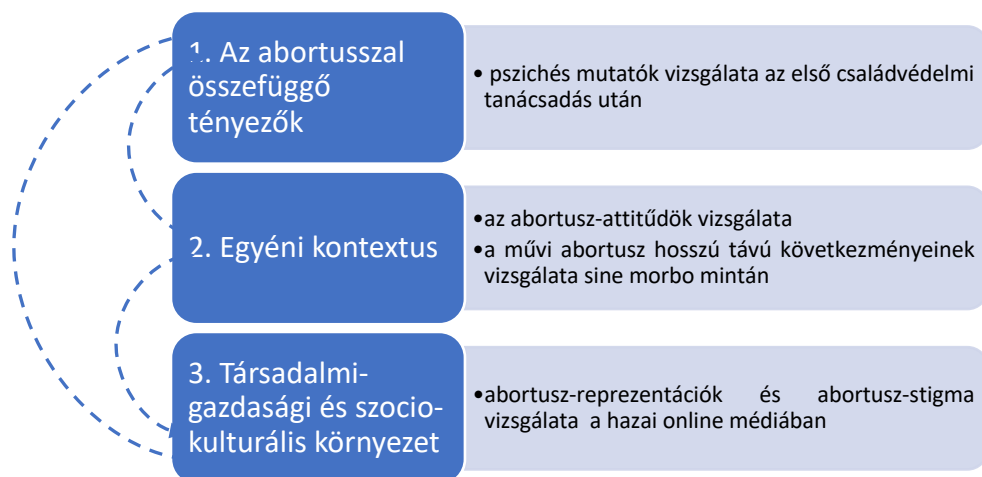
Egészségügyi rendszer. Mivel a művi vetélés általában az egészségügyi intézményrendszer jog- és tevékenységi körébe rendelt beavatkozás, annak egyes jellemzői (finanszírozás, ellátási protokoll, az ellátás minősége stb.), illetve az intézményi ellátás mellett/helyett működő alternatív (vagy illegális) szolgáltatást nyújtók szintén az abortusz társadalmi kontextusának elemeit képezik (Coast és mtsai, 2018).

Tudáskörnyezet. Az egyén (akár az abortuszt választó nő, akár az abortusz-ellátásban dolgozók) rendelkezésére álló ismeretek, információk nem választhatók el attól a tudáskörnyezettől, amelyből származnak, beleérve az információk elérhetőségét, helytállóságát, korszerű voltát. Az információk sokféle forrásból származhatnak, például egészségügyi szakemberektől, vallási vezetőktől vagy politikusoktól, ezért az ő elköteleződéseik és abortusz-attitűdjük társadalmi szinten képes alakítani az abortusztól való gondolkodást. Ebben szerepet kaphat a média, amely az abortusszal összefüggő tartalmak megjelenítésével a társadalmi diskurzust is formálja (Purcell, Hilton és

McDaid, 2014). Befolyásoló tényező lehet továbbá a technológia rendelkezésre állása (pl. internet elérhetősége) is (Coast és mtsai, 2018).

Szocio-kulturális kontextus. A társadalmi kontextus magában foglal minden, a termékenységre (ideális családméret, nemi preferenciák, gyermektelenség oka stb.) és terméketlenségre (orvosi vagy a kulturális hagyományban gyökerező magyarázatok), valamint a családra és szülői szerepekre vonatkozó normát. A fentiekkel összefüggésben ide sorolhatók az abortuszt érintő normák is, melyek a terhesség megszakításának elfogadhatóságát és következményeit (pl. megbélyegzés, szégyen, nem házasság várandósokat érő szankciók stb.) is meghatározzák (Coast és mtsai, 2018).

A fentiekben vázolt értelmezési keretet felhasználva a dolgozat kutatási részében bemutatott vizsgálatok a következő módon kapcsolódnak a művi abortusz témájához (1. ábra):



1. ábra. A kutatási elemek illeszkedése az elméleti keretrendszerbe

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. A fenti összefoglaló áttekintés után a továbbiakban néhány, a terhességmegszakításnak kutatásunk szempontjából kiemelt vonatkozását tekintem át, továbbra is szem előtt tartva az egyéni és társas-társadalmi tényezők egymást kölcsönösen befolyásoló hatását.

2.2 Az abortusz-attitűd

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 reprodukzív döntéseknek.

Hazánkban ezidáig kevés kutatás foglalkozott az abortusz-attitűdök felmérésével. A magzati élet védelméről szóló törvény (LXXIX.) bevezetését megelőző társadalmi vita kapcsán a KSH Népeségtudományi Kutató Intézet végzett két közvéleménykutatást 1000 fős országos, reprezentatív mintákon 1990-ben, majd 1992-ben, melyek fókusza a terhességmegszakítás szabályozásának kérdése volt. Az eredmények szerint a válaszadók többsége (71%) a terhesség megtartásáról való döntést a nő emberi jogának gondolja, fontos viszont, hogy a döntésben az apa (házastárs/partner) véleménye is szerepet kapjon (77%). Az állam nem szólhat bele a magánszférát érintő döntésbe, szerepe inkább a tájékoztatás, illetve a fogamzásszabályozás elérhetővé tétele. A nemkívánt gyermekek megszületését a többség (72%) sem egyéni, sem társadalmi szinten nem tartotta kívánatosnak, bár 'a terhesség megszakítása bűn' elképzelés is jelen volt a válaszokban (34%; a bizonytalanok aránya itt az egyik legmagasabb: 23%). A megkérdezettek több mint fele (59%) a szabályozás liberalizációjától az erkölcsök romlását várta (Pongráczné és S. Molnár, 1992).

A másik, említést érdemlő hazai kutatást a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar védőnő, szülésznő, ápoló szakos hallgatónői körében végezték, egy speciális kérdést körülvéve, nevezetesen: ha a megkérdezettek előre tudnák megfogant gyermekükről, hogy Down-szindrómával születik, megfontolnák-e, hogy megszakítatják a várandósságot. A vizsgált csoportok között meglehetősen nagy különbségek mutatkoztak: az abortuszt választaná az ápoló hallgatók jelentős többsége (78,9%), szülésznő hallgatók kétharmada (66,7%), és nagyjából minden harmadik (37,0%) a védőnő hallgatók közül (Gradvohl, Feith, Kiss, Farkas és Váczi, 2013).

Az Egyesült Államokban, bár ott sem jelentős számban, de vannak kutatások az abortusz-attitűdök idői alakulására vonatkozóan is. Ezek az abortusz megítélését leggyakrabban a szabályozással és annak változásával, a fogamzásgátló eszközök elérhetővé tételével, valamint az abortusz-szolgáltatások fejlődésével összefüggésben vizsgálják (Arisi,

2003). Az Egyesült Államokban 1977 és 2012 között végzett longitudinális felmérésben elemezték a legális abortusz elfogadásával kapcsolatos állásfoglalásokat, összefüggésben olyan, társadalmi szinten jelentős eseményekkel, mint a Legfelsőbb Bíróság nagy port felvert Roe vs Wade határozata³ (Smith és Son, 2013), illetve mérték egyes szocio-kulturális tényezők (mint például az iskolázottság, nemi szerep attitűdök, gyermekvállalási motiváció) befolyásoló erejét (Wang és Buffalo, 2004).

Hasonlóan kevés kutatási adat áll rendelkezésünkre az abortusz-attitűdök kialakulásának folyamatáról. Ezek a vizsgálatok jellemzően a szociális hálózatok, csoporthoz tartozás, kitüntetetten a politikai mozgalmakhoz csatlakozás szerepét hangsúlyozzák (l. pl. Munson, 2005), illetve a tömegkommunikáció hatását vizsgálják az abortusszal kapcsolatos nézetek formálódására (pl. Sisson és Kimport, 2014). Utóbbiakról a médiareprezentációkat bemutató fejezetben esik bővebben szó. Feltételezhető a közösségi média hatása is az attitűd-alakulás folyamatára – e témáról nagyon kevés kutatási adat áll rendelkezésünkre, miközben tudjuk, hogy fiatalok között a média az abortuszra vonatkozó információk elsődleges forrása (Altshuler és mtsai, 2015).

A társadalmi diskurzus szintjén leggyakrabban megjelenő tematika az abortusszal kapcsolatos attitűdöket a támogat/elutasít dichotómiában jeleníti meg, bár többek szerint ez a várandósságra vonatkozó döntés összetettségének túlzott leegyszerűsítését jelenti, és ezzel a téves elképzelések és a stigmatizálás erősödését eredményezi (l. pl. Altshuler és mtsai, 2015). A kutatási eredmények alapján az abortusszal kapcsolatos attitűdök sajátossága épp az összetettségük, vagyis hogy nem írhatók le, és nem vizsgálhatók egyszerű igen/nem válaszokkal. A dichotóm megközelítés ráadásul összemosza az abortusz elfogadhatóságára és a törvényi szabályozás mikéntjére vonatkozó álláspontokat: attól még, hogy valaki alapvetően ellenzi az abortuszt, nem feltétlenül ért egyet a teljes tilalommal, illetve a (mindenkori) szabályozás szigorításának ellenzői sem feltétlenül a teljes liberalizáció támogatói (de Crespigny, Wilkinson, Douglas, Textor és Savulescu, 2010). A Gallup Intézet 2017-ben, az Egyesült Államokban végzett vizsgálata szerint például a megkérdezettek 48%-a az abortuszt erkölcsileg rossznak gondolja, de csak 20% véli úgy, hogy nem szabadna legálisnak lennie, harmaduk szerint bár az

³ Az 1973-as Roe v. Wade-ügyben hozott, legfelsőbb bírósági döntés mondta ki, hogy a terhesség megszakítása alkotmányos jog.

abortusz morálisan nem elfogható, bizonyos körülmények között törvényesnek kell lennie (Newport és Bird, 2017).

Egy másik elképzelés szerint, amelyet a tudományos kutatásokban is gyakorta használnak, az abortusszal kapcsolatos attitűdök egy olyan kontinuum egyes pontjaiként képzelhetők el, amelyet két eltérő filozófia határol (Parsons, Richards és Kanter, 1990). A kontinuum egyik szélső értékét az abortusz erkölcsi, morális szempontok mentén történő értelmezése jelenti, melyet a szakirodalom „pro-life” attitűdnek nevez (a továbbiakban életpárti-ként hivatkozunk rá)⁴. Ez a vélekedés három, egymással összefüggő elképzelésen alapul: a magzat életképes ember, az abortusz gyilkosságnak tekintendő, és csak Isten jogosult arra, hogy élet és halál kérdésében döntéseket hozzon. Azok számára, akik ezt a nézőpontot képviselik, az emberi élet a fogantatáskor (vagy legalábbis a várandósság első trimeszterében) kezdődik, az életet védeni kell, a művi abortusz ezért morális értelemben egyet jelent az új élet elvételével, a gyilkossággal. A kontinuum másik végén elhelyezkedő filozófiára „pro-choice” attitűdként utal a szakirodalom (a továbbiakban: választáspárti). A véleményalkotás e módjának fókuszában az egyén, személyes nézőpontja és érdekei, valamint az egyéni döntéshozatal áll. Ennek az attitűdnek integráns részét képezi az a nézet, amely szerint az anya elvitathatatlan joga a saját teste feletti önrendelkezés, a magzat mintegy az anya kiterjesztése, akinek élete a születése pillanatában kezdődik (Parsons és mtsai, 1990). Ebben a megközelítésben tehát az élet szentsége (pro-life) és a választás szabadságának joga (pro-choice) áll egymással szemben (Altshuler és mtsai, 2015).

A művi abortusz kapcsán ugyanakkor, megjelenítve a kérdés komplexitását, a különböző minőségű attitűdök akár egyszerre is jelen lehetnek. Egy egyesült államokbeli vizsgálatban például kiderült, hogy a megkérdezettek számottevő része egyidejűleg életpárti és választáspárti attitűdöket is magáénak vall. Habár a két nézet alapján véve ellentmondónak tűnik, mégis sok amerikai hisz az élet szentségében, és az abortusz széles körű szabályozását támogatja, azonban fontos számukra a személyes választás joga és lehetősége is (Bowman és Marsico, 2014).

Az attitűdök nem homogén volta sok esetben azzal is összefüggésben van, hogy az egyes élethelyzetek vonatkozásában nem ugyanúgy értékeljük a terhesség megszakítását. Smith

⁴ A pro-life (életpárti) megnevezés annyiból nem szerencsés, hogy azt impikálja, mintha ellentéte a halálpárti volna, de mivel a köznyelv és a tudományos kutatások nyelvvezete is ezt használja, a továbbiakban ezt a konszenzust követem.

és Son (2013) eredményei szerint az Egyesült Államokban élő, vizsgált populáció közel kétharmada nem a polarizált gondolkodásmódot követi az abortusszal kapcsolatban, hanem csak bizonyos körülmények között tartaná elfogadhatónak a terhesség művi megszakítását. Erről a kontextuális tényezők kapcsán bővebben szólunk majd.

Az abortusz-attitűdök kapcsán megemlítendő még, hogy azok akár egyéni, akár társadalmi szinten meglehetősen stabilitást mutatnak (Jelen és Wilcox, 2003).

Az abortusz-attitűdöket befolyásoló tényezők két nagy csoportra bonthatók: társadalmi szinten lévő és egyéni szinten ható változókra.

2.2.1 A társadalmi tényezők szerepe az abortusz-attitűdök formálódásában

Mivel a terhességmegszakítással kapcsolatos döntések a társadalom által közvetített normák és törvények által meghatározott kontextusban születnek, maga a szocio-kulturális kontextus is erőteljes befolyással bír az abortusz-attitűdökre.

Kitüntetetten fontos elem ebben a vonatkozásban egy ország vallása és a vallásosság mértéke, részben annak az uralkodó értékrendet meghatározó hatása miatt, részben pedig azért, mert a vallás és az egyház nagy befolyással lehet a lakosság attitűdjei mellett az állam politikájára és a jogi szabályozásra is. Bizonyos vallások, például a kereszténység, azon belül is a katolikus egyház, morálisan elítélendőnek tartja a művi abortuszt (Marecek, Macleod és Hoggart, 2017). Ferenc pápa alapvetően továbbra is követi a XX. századi egyházi vezetők abortuszellenes tanítását, de nem utasítja el az isten általi megbocsátás lehetőségét az abortuszon átesett nők számára (Tollefsen, 2015). Általánosan az látható, hogy a nagy katolikus népességgel rendelkező országokban szigorúan korlátozó abortuszsabályozás van érvényben (Marecek és mtsai, 2017). Példa lehet erre Lengyelország, ahol jelenleg az 1993-as abortusztörvény hatályos, mely mindössze három esetben teszi lehetővé az terhességmegszakítást: ha a terhesség a várandós nő életét vagy egészségét veszélyezteti, nemi erőszak vagy vérfertőzés esetén, illetve a magzat súlyos vagy visszafordíthatatlan károsodása okán (Kulczycki, 1995). A katolikus egyházzal szemben ugyanakkor a dán lutheránus egyház például nem tart fent hivatalos álláspontot az abortusz kérdésében, ami szerepet játszhat az abortusz relatíve nagyobb támogatottságában a dánok körében (Uldall, 2015).

A terhességmegszakítás hozzáférhetőségét befolyásoló kulturális tényezők közé tartozik továbbá a házasságon kívüli szexuális élet elfogadottsága, a gyermeknemzés és a férfiasság kapcsolata, a felelősség a fogamzásszabályozásért, az abortusz stigmatizáló

jellege, vagy épp a fiú gyerekek preferenciája, ami nemileg szelektív abortuszokhoz vezet Indiában és Kínában (Papworth, 2011; Marecek és mtsai, 2017).

A terhességmegszakítás elfogadottságát népesedéspolitikai szempontok is vezérelhetik: Kínában például az 1979-től a 90-es évekig tartó időszakban a demográfiai kontroll érdekében az állam akár abortuszra is kényszeríthette a törvénytelenül több gyereket vállaló nőket (Marecek és mtsai, 2017). A korábbiakban említett, 1990-es hazai közvéleménykutatás során is a megkérdezettek több mint harmada (38%, bizonytalan: 28%) gondolta úgy, hogy a terhességmegszakítás szigorítására volna szükség azért, hogy több gyermek szülessen, és ne csökkenjen az ország népessége (Pongráczné és S. Molnár, 1992).

A művi abortusz elfogadhatósága nem független a társadalomban jelen lévő, a nemi szerepekkel kapcsolatos vélekedésektől sem: a liberálisabb nemi szerep attitűdök az abortuszhoz való hozzáférés támogatásának nagyobb mértékével járnak együtt (Beauvais, Mann és Lore, 2016). Ehhez hasonlóan általában a feminizmus iránti pozitív érzések is növelik az abortusz támogatottságát, ám ez függ az ország aktuális politikai klímájától is: az USA-ban a tény, hogy a feminista mozgalom a demokraták szövetségese lett, megnehezíti, hogy a választáspárti attitűdök gyakoribbak legyenek a nem demokrata választóknál is (Beauvais és mtsai, 2016). Az Egyesült Államokban az 1980-as évektől leírják a politikai nézetek és az abortusz-attitűdök összehangolódását: a politikai liberalizmus a terhességmegszakítás nagyobb támogatottságával jár együtt (Strickler és Danigelis, 2002), sőt, az abortusz egyike azon kevés kérdéseknek, amelyek következetesen befolyásolják a szavazók magatartását akár az elnök-, akár a szenátusi vagy kormányzóválasztásnál (Jelen és Wilcox, 2003).

Társadalmi attitűdök szintjén az abortusz elfogadása két konstruktummal mutat konzekvens együttjárást: a szexuális liberalizmussal pozitívan, míg az élet szentségébe vetett hittel negatívan korrelál, mely kapcsolat a XX. század utolsó évtizedeiben egyre erősebbé vált. Ennek megfelelően a pro-life mozgalmak az élet szentségét és a tradicionális családi értékek fontosságát hangsúlyozzák, míg a pro-choice nézőpontot támogatók szerint a törvényes abortusz a magánélethez való jogot jelenti, nem helyes, ha az állam vallási nézeteket képvisel, és az abortusz lehetősége szükséges a nemek közötti egyenlőséghez (Strickler és Danigelis, 2002).

A művi abortusszal összefüggő vélekedések nem függetlenek a társadalomban jelenlévő, a terhesség művi megszakításához kapcsolódó stigma mértékétől sem. Patev, Hood és Hall (2019) Egyesült Államokban végzett vizsgálatának eredményei szerint a

megbélyegzés növekedése az abortusz fokozottabb elutasításával jár együtt. A stigma szerepéről az abortusz reprezentációk kapcsán bővebben is szót ejtünk.

Az ellátók attitűdjei

Az abortusz-ellátásban dolgozók attitűdjei különösen azokban a földrajzi régiókban kitüntetett jelentőségűek, ahol a legális és biztonságos abortuszhoz való hozzáférés korlátozott. Dél-Afrika egyes államaiban például, bár a terhesség művi megszakítására törvényileg van lehetőség, az a beavatkozást elvégezni képes szakemberek ellenállása miatt mégis akadályokba ütközik. Ennek hátterében általában morális, jellemzően vallási okok állnak. Gyakori, hogy azok az ellátók, akik szerepet vállalnak a legális abortuszok elvégzésében, korábban megtapasztalták a nem biztonságos abortuszok következményeit (halál, fertőzések, egyéb betegségek), ez motiválja őket abban, hogy részt vegyenek a beavatkozásokban (Harries, Stinson és Orner, 2009).

Itt jegyzem meg, hogy a továbbiakban bemutatásra kerülő, a vizsgálatok tárgyát képező demográfiai és egyéb, egyéni szinten ható tényezők soha nem értelmezhetők egy adott ország szocio-kulturális kontextusától függetlenül, hisz például a vallásosság helye és szerepe az értékrendben, a nemi szerepekről való gondolkodás, vagy az abortuszt övező tabu vagy stigmatizáltság maga is kulturálisan meghatározott, így az egyes populációk között eltéréseket mutathat. A kulturális különbségek egyben megnehezítik az eredmények általánosítását is.

2.2.2 Egyéni szinten ható változók az abortusz megítélésében

Demográfiai változók és abortusz attitűdök

Nem. A biológiai nemnek abortusz attitűdre gyakorolt hatása kapcsán nincs egyetértés a szakirodalomban, az eredményeket a mintaválasztás jelentősen befolyásolja. Egyes tanulmányokban nem találtak szignifikáns nemi különbségeket férfiak és nők attitűdjei között (Cook, Jelen és Wilcox, 1992, idézi Jelen és Wilcox, 2003; Secret, 1987). Craig és O'Brien (1993, idézi Strickler és Danigelis, 2002) amerikai mintáján a férfiakra a nőkhöz képest nagyobb mértékben volt jellemző a választáspárti attitűd, míg ugyancsak az USA-ban egyetemista mintán nem találtak különbséget a kutatók az abortusszal kapcsolatos attitűdök között a két nemnél (Stevens, Caron és Pratt, 2002). Lehetséges, hogy a

különbség inkább a vélemények polarizáltságában van, amennyiben a férfiak inkább mérsékeltabb állásponton vannak, míg a nők között több a szélsőséges véleményt képviselő (legyen betiltva/legyen teljesen szabad választás az abortusz) (Saad, 2010; Ladd és Bowman, 1999). Ha a terhességmegszakításra irányuló döntés kontextuális tényezői is ismertek, a férfiak több esetben választanak az abortuszt, mint a női megkérdezettek (Carlton, Nelson és Coleman, 2000).

Az abortusz megítélése kapcsán annak idői dimenziójában is lehetnek különbségek: ha csak az első trimeszterben elvégzett abortuszok elfogadását nézzük, a nők között nagyobb arányban találunk olyanokat, akik szerint annak minden körülmény között legálisnak kell lennie, mint a férfiak között (Zigerell és Barker, 2011).

Kérdés azonban, hogy ezek a vizsgálatok valóban a biológiai nem befolyásoló szerepét mérik, vagy az azzal összefüggésben lévő társadalmi szerepvállalás hatását: Jelen, Damore és Lamatsch (2002) longitudinális elemzése szerint például nincs szignifikáns különbség a férfiak és a dolgozó nők attitűdje között (inkább választáspárti nézetek), míg a háztartásbeli nők között gyakoribb az életpárti attitűd. Ez az eredmény közvetetten azt is igazolja, hogy a biológiai nemnek az abortusz-attitűdre gyakorolt hatása nem választható el a szocio-kulturális kontextustól, vagyis a nemi szerepekre vonatkozó, adott társadalomban érvényes normák ismerete nélkül az eredmények nem értelmezhetők.

Életkor. Több kutatás is arról számol be, hogy az életkor előrehaladtával nő a morális szempontok mentén mérlegelők (vagyis pro-life nézetekkel azonosulók) aránya (Cook és mtsai 1992; Wilcox és Norrander, 2002 idézi Jelen és Wilcox, 2003). Az Egyesült Államokban 2012-ben végzett General Social Survey eredményei szerint a 65 éven felüli korcsoport tagjai támogatják legkevésbé az abortuszt. Legelfogadóbb a középkorúak csoportja (35-49 év és 50-64 év), míg az 35 év alattiak az utóbbiakhoz képest jóval kevésbé pártolják a terhességmegszakítás gyakorlatát (Smith és Son, 2013) Strickler és Danigelis (2002) adataik kétváltozós elemzése után azt találták, hogy az idősebbek korcsoportja kevésbé valószínű, hogy támogatja a művi abortuszt, mint a fiatalabbak csoportja. Többváltozós analízis elvégzése után azonban, ahol olyan szocioökonómiai tényezők is hatását kontrollálták, mint az iskolázottság vagy a lakóhely, fordított eredményt kaptak: az idősebbek csoportja elfogadóbb abortusz attitűdöket mutat, mint a fiatalabbaké (Stickler és Danigelis, 2002).

Az ellentmondó eredmények kapcsán több szerző is megjegyzi (pl. Ladd és Bowman, 1997; Strickler és Danigelis, 2002), hogy érdemes több tényezőt figyelembe venni és kontrollálni a kérdéskör vizsgálatakor, illetve, hogy az egyes demográfiai jellemzők nem feltétlenül függetlenek egymástól (pl.: életkor és vallási nézetek).

Iskolázottság. Az abortusz-attitűdökre irányuló korábbi kutatásokban relatíve egyértelmű volt a magasabb iskolázottság és az abortusz elfogadás közötti összefüggés, sőt, az iskolázottságot az abortusz-attitűd legerősebb prediktorának tekintették (Jelen és Wilcox, 2003). Ezt elsősorban azzal magyarázták, hogy egyre több nő szerez felsőfokú végzettséget, és a magasabb iskolázottság az önmegvalósítás más útjait is megnyitja számukra, mint az anyaság. Másrészt a magasabb iskolai végzettség hagyományosan a vallásosság csökkenésével és az individualizmus növekedésével jár együtt, ami szintén az abortusz elfogadása irányába hat (Strickler és Danigelis, 2002). Az 1990-es évektől kezdve azonban folyamatosan és számottevően csökken a korreláció az iskolázottság és az abortuszhoz kapcsolódó attitűdök között (1972-ben $r=0,31$, 2000-ben $r=0,14$) (Jelen és Wilcox, 2003; Saad, 2010).

Az iskolázottság esetén a nemek közti különbség is jelentős, különösen a felsőfokú képzettséget szerzettek körében: a női diplomások esetében a törvényes abortusz támogatása mintegy 10 százalékponttal nagyobb, mint a férfi diplomásoknál. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek esetében a két nem attitűdjeiben mutatkozó különbségek sokkal kisebbek (Saad, 2010).

Vallásosság. Számos kutatás igazolja, hogy vallásosság általában pro-life nézetekkel jár együtt, ami nem meglepő, hisz a pro-life nézőpont meghatározása szerint is magában foglalja az élet és az Isteni akarat szentségének tiszteletét (Patev és mtsai, 2019; Pacheco és Kreitzer, 2015; Wang és Buffalo, 2004; Strickler és Danigelis, 2002). Az iskolázottság vonatkozásában említettekhez hasonlóan ugyanakkor a vallásossággal kapcsolatban is mérséklődni látszik az életpárti szemlélettel való egyértelmű összekapcsolódása (Jelen és Wilcox, 2003).

Az eredmények attól is függnek, hogy a vallási hovatartozás vagy a hit személyes jelentősége a kérdés. Azok közül, akik kereszténynek mondják magukat, és a vallás nagyon fontos számukra, sokkal többen ellenzik az abortuszt, mint azok, akik bár keresztények, a vallásuk kevésbé fontos számukra. A katolikusok és a protestánsok között nincs e tekintetben különbség (Craig és O'Brien, 1993).

Természetesen az sem mindegy, hogy milyen vallási felekezetről beszélünk. A zsidó-keresztény eszmerendszeren belül a zsidó vallásúak között több az abortuszt támogatók aránya, mint a katolikusok és protestánsok között (Strickler és Danigelis, 2002).

Magyar mintán (Pongráczné és S. Molnár, 1992) azok között a válaszadók között, akik magukat nem vallásosnak mondták, magasabb volt azok aránya, akik szerint az abortuszt korlátozások nélkül engedélyezni kellene, míg az egyházuk tanításait követő megkérdezettek között nagyobb volt az abortusztilalmat helyeslők aránya, bár a különbségek nem voltak szignifikánsak.

Egyes vizsgálatok szerint a vallásosság közvetítő tényezőként hat a biológiai nem és az abortusz-attitűd összefüggése kapcsán, mivel a nők esetében a vallásosság általában erősebb (l. pl. Roth és Kroll, 2007), a vallásosság mértéke és az abortusz elfogadása között pedig negatív irányú a kapcsolat. Barkan (2014) statisztikailag is igazolta, hogy a nem jól jelzi előre az abortusz támogatását (a nők között nagyobb arányú az elfogadó attitűd), de csak akkor, ha a vallásosság hatását kontrollálják.

Gyermekvállalási szándék

A tervezett családméret és a gyermekvállalásra irányuló, akár jövőbeli szándék, valamint az abortusz megítélése között relatíve konzisztens kapcsolatot tártak fel a kutatások. Egy korai vizsgálat szerint (Jones és Westoff, 1978) a vallásosság mellett a női szerepekre vonatkozó elképzelések, és ezen belül is a tervezett családméret lényegi befolyásoló tényezője az abortusz megítélésének: megállapításuk szerint a kisebb családméret szándéka az abortusz nagyobb elfogadásához kapcsolódik. Faden és munkatársai (1983) szerint nincs különbség az abortusz megítélése tekintetében az aktuálisan várandós és nem-várandós nők között; az abortusz attitűdöt az jósolja be a legjobban, hogy milyen elképzeléseik vannak egy családban az ideális gyermekszámról (Faden, Chwalow, Chase, Quaid, Leonard és Holtzman, 1983). Miller (1994) házasságban élő nőket és férfiakat vizsgálva azt találta, hogy azok, akik kevésbé, vagy nem szeretnék gyermeket, megengedőbben állnak hozzá a terhességmegszakításhoz. A regresszió analízis eredményei szerint azonban gyermekvállalás öt pozitív motivációja közül csak egy (örülni a várandósságnak, a szülésnek és az újszülöttnak), és három negatív (szülői stressz, félelmek és aggodalmak a szülői szereptől, negatívumok a gyermek ellátásában) jelezte elő megbízhatóan az abortusszal kapcsolatos attitűdöt, vagyis az abortuszt elfogadó és elutasító csoport leginkább a szülővé váláshoz társított negatív attribútumok mentén különíthető el egymástól.

A korábbiakhoz hasonlóan feltételezhető ugyanakkor, hogy a vallásosság, ami a házasságkötés és gyermekvállalás nagyobb valószínűségével jár együtt, mögöttes tényezője lehet a gyermekvállalási szándék és az abortusz-attitűdök között talált összefüggésnek is (Barkan, 2014).

Abortusz a saját élettörténetben és az abortusz-attitűdök

Woodroff, Biggs, Gould és Foster (2018) Egyesült Államokban végzett kutatásukban az abortuszt kérvényező nők két csoportját vizsgálták: akiken elvégezték a beavatkozást, és akiket az engedélyezett terminus túllépése miatt elutasítottak. Fél évvel később a megkérdezettek 80%-a engedélyezendőnek gondolta a legális abortuszt minden helyzetben, további 18% csak bizonyos körülmények mellett, míg 20% erkölcsileg rossznak vélte azt. A két csoport közti különbség, hogy azok a nők, akiknek az abortusz kérelmét elutasították, jóval kevésbé voltak elfogadók az abortuszhoz való jog kapcsán, mint azok, akiknek ténylegesen volt abortusza, a 6 hónappal (68% vs 78%) és a 4,5 évvel (77% vs 88%) az esemény után végzett mérések során egyaránt.

Egy korai vizsgálat eredményei alapján azonban az élettörténetben szereplő művi terhességmegszakítás attitűd-formáló hatása attól is függ, hogy a nő azt hogy élte meg. A korábbi művi vetélés jellemzően a növekvő elfogadás irányába hat, kivéve, ha a nő traumatikusnak élte azt meg, ebben az esetben inkább elutasítóbbá válik a későbbiekben az abortusszal kapcsolatban (Bogen, 1977).

Személyiség

Meglepő módon a személyiségvonások és az abortusz-attitűdök összefüggése kapcsán nagyon kis számú kutatás született, és ami ezt a kérdést közvetlenül vizsgálta, az sem talált statisztikailag releváns összefüggést az Eysencki háromdimenziós személyiségmodellel (Roman és Lester, 1999). Az abortuszról való vélekedést más tényezőkkel összefüggésben is elemezték: Miller (1994) a gyermekvállalási motiváció és az abortusz-attitűdök kapcsolatát vizsgálva szintén nem talált összefüggést a személyiségvonásokkal. Lester, Hadley és Lucas (1990) olyan helyzeteket vizsgált, amelyben életről és halálról kell dönteni (pl. abortusz, öngyilkosság, eutanázia, az orvosi kezelés elutasítása), ezek elfogadása az Eysenck-féle pszichoticizmus faktorról mutatott gyenge, de szignifikáns együttjárást. Gerber és munkatársai (Gerber, Huber, Doherty, Dowling és Ha, 2010) az abortuszra vonatkozó vélekedéseket azoknak a politikai attitűdökkel való kapcsolatán keresztül vizsgálták: a művi abortusz széles körű engedélyezésének támogatását a

liberális szociálpolitikai attitűd részeként tekintették, amit eredményeik szerint a BigFive személyiségvonások közül a nyitottság (szignifikáns, pozitív irányú összefüggés) és a lelkiismeretesség (szignifikáns, negatív irányú együttjárás) jósol be.

2.2.3 A kontextuális tényezők hatása az abortusz attitűdökre

Amint láthattuk, az egyes – főként a demográfiai – tényezők abortusz-attitűdöket befolyásoló szerepével kapcsolatos kutatási eredmények sokszor ellentmondásosak. Erre az inkonzisztenciára a szakirodalom döntően két magyarázattal szolgál. Az egyik, amit már a korábbiakban is érintettünk, hogy az egyes változók hatása nem független egymástól, ezért az attitűdöket összetettebb statisztikai módszerekkel, és az egyes változók hatásainak kontrollálásával érdemes vizsgálni (pl. Ladd és Bowman, 1997; Strickler és Danigelis, 2002). A magyarázatok másik iránya inkább arra fókuszál, hogy az abortusz kapcsán az emberek nem általában gondolnak valamit, hanem a konkrét szituáció az, ami a megítélést vezeti.

Hans és Kimberly 2014-es tanulmányukban amellet érvelnek, hogy az abortusz-attitűdöket nem lehet önmagukban, a kontextuális információk nélkül értelmezni, mivel a megítélő mindig érzékeny azokra az okokra, amelyek miatt az érintett nő a terhessége megszakítása mellett dönt. Abban az esetben, amikor az adott élethelyzetre vonatkozóan több információ áll rendelkezésre, jellemzően magasabb a mért támogatottság, feltehetőleg azért, mert ha a kontextuális információ is jelen van, a válaszadók jobban bele tudják képzelni magukat a nő helyzetébe, és/vagy a körülmények ismerete egyfajta morális indokot szolgáltat számukra a döntéshez (de Crespigny és mtsai, 2010).

Az adott körülmények mérlegelése egyébként a társadalmi diskurzusnak is része, ezen alapul a „helyes” és a „helytelen” abortusz morális megkülönböztetése (Furedi, 2001, idézi Norris, Bessett, Steinberg, Kavanaugh, De Zordo és Becker, 2011). A társadalmilag elfogadható indokok között szerepel a magzati rendellenesség valószínűsége, az anya fiatal életkora, vagy ha a terhesség erőszak, vérfertőzés során, illetve gondos védekezés mellett jött létre. A társadalmilag kevésbé elfogadott, „helytelen” abortuszok azok, amelyeket későbbi gesztációs korban hajtanak végre (szemben a jóval nagyobb arányban elfogadott első trimeszteres abortusszal), amely a többedik abortusza a nőnek, vagy amely egy fogamzásszabályozás nélkül létrejött terhességet szüntet meg. Az amerikai Gallup Intézet 1975 és 2011 közötti méréseinek konzekvens eredménye, hogy az abortusz jóval elfogadottabb akkor, ha a várandósság nők egészségét komolyan veszélyeztet, ha esélye van a magzat súlyos fejlődési rendellenességének, vagy ha a terhesség nemi erőszak

következménye – vagyis azokban a helyzetekben, amelyek az érintett nő kontrollján kívül állnak. Sokkal nagyobb a megosztottság akkor, ha a nő azzal indokolja az abortusz melletti döntését, hogy nem házas vagy épp nem akar (több) gyereket (Bowman és Rugg, 2012). Egy szintén amerikai mintán az abortusz támogatottsága 90%-ról 42%-ra esett vissza, ha nem az anya életének veszélyeztettsége, hanem anyagi természetű okok álltak a döntés háttérében (Bane és mtsai, 2003). A „helyes” és „helytelen” abortuszok morális megkülönböztetése akár a választáspárti-életpárti attitűdöktől függetlenül is jelen lehet (Norris és mtsai, 2011).

Ahogy az a fentiekből kiderül, az egyik legfontosabb kontextuális tényező a gesztációs kor, amelyhez általában a beavatkozás elvégezhetőségét törvényileg is kötik. Egy ausztrál résztvevők abortusszal kapcsolatos attitűdjeit elemző kutatás során például a résztvevők 61%-a szerint minden esetben törvényesnek kell lennie az első trimeszteres abortusznak, 26%-uk egyes körülményektől függővé tenné ezt. Harmadik trimeszteres abortuszt azonban mindössze 6% támogatta feltételek nélkül, 48%-uk szerint törvényileg korlátozni kéne, 42%-uk a körülményektől tenné függővé engedélyezését (de Crespigny és munkatársai, 2010). Az Egyesült Államokban azok a válaszadók, akik támogatják az abortusz az első trimeszterben, gyakran ellenzik a másodikban, és akár jogilag betiltandónak vélik az utolsó három hónapban (Wilcox és Norrander, 2002 idézi Jelen és Wilcox, 2003).

Az abortusz-attitűdök kapcsán a kontextuális tényezőket is mérlegelő kutatások általában a következő szempontokat vetik fel: a terhességhez vezető körülmények, párkapcsolati státusz, a férfi partner elvárásai és az apaszerep elfogadása, anyagi körülmények, a nő egészsége, a magzat egészsége, családtervezés vagy annak időzítése, a munka és a család egyensúlya, a nő életkora és a terhesség ideje (Hans és Kimberly, 2014; Biggs és mtsai, 2013; Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh és Moore, 2005).

Hans és Kimberly (2014) kutatásában a résztvevőknek egy kitalált személlyel kapcsolatban kellett dönteniük arról, hogy engedélyeznék-e neki az abortuszt vagy sem. A kezdeti információk szerint „Angela egy 42 éves, kétgyermekes, egyedülálló/ párjával együtt élő/ házasságban élő nő, aki nemrég megtudta, hogy terhes. Várandóssága nem volt tervezett, szeretné elvetetni azt.” Amennyiben a kapcsolati státuszra vonatkozó információt változtatták, a megkérdezettek 59%-a nem engedélyezte volna a terhesség megszakítását csak azért, mert a nő egyedülálló, és a többségük (84%) erről erősen meg volt győződve. A vizsgálat további szakaszaiban a válaszadók különböző, a terhesség megszakításának kontextuális tényezőire vonatkozó információt kaptak, és a kutatók a

véleményüket megváltoztatók arányát és a véleményváltozás irányát mérték. Eredményeik szerint az egészségi állapotra vonatkozó információ (vagyis ha az ok Angela vagy a magzat egészségi állapotával kapcsolatos) szignifikánsan megváltoztatta a megítélők vélekedését, és 38%-kal nőtt azok aránya, akik az abortuszt engedélyezhetőnek vélték. Ezzel szemben akkor, ha a terhesség megszakításának indoka párkapcsolati vagy a karrierrel összefüggő ok, 20% változtatta meg a vélekedését, ám ez esetben a negatív irányba (vagyis kevésbé gondolták támogatandónak a beavatkozást). A kutatás eredményei kapcsán Hans és Kimberly hangsúlyozzák: mivel abortuszról nem absztrakt vagy általánosított összefüggésben gondolkodunk, vélekedéseink árnyaltak és alakíthatók, az abortusz-attitűdök csak a lényegi kontextusinformációk megadása mellett vizsgálhatók. Azok túlzottan leegyszerűsített, elméleti szinten leírt helyzetekben történő mérése, mivel nem képes megközelíteni a valós tapasztalatok összetettségét, csak korlátozott gyakorlati hasznossággal rendelkezhet (Hans és Kimberly, 2014).

Jozkowski, Crawford és Hunt 2018-as vizsgálatában a résztvevők, miután saját magukat élet-párti és választás-párti kategóriába sorolták, nyílt végű kérdéseket kaptak az abortusz elfogadhatóságára általában véve (Ön szerint milyen körülmények között kell, hogy a nők hozzáférjenek a biztonságos, törvényes abortuszhoz?; Milyen körülmények között gondolja, hogy a nőknek nem szabad hozzáférniük a biztonságos, törvényes abortuszhoz?; Mi a három legmegfelelőbb ok arra, hogy egy nő az abortuszt választja?; Mi a három leginkább elfogadhatatlan ok, amiért egy nő az abortuszt választja?). A következő kérdéscsoport a női és férfi válaszadóknál különböző volt. A nőket arról kérdezték, hogy milyen körülmények között vennék fontolóra az abortuszt/tartanák meg a várandósságukat, mi számukra az abortusz mellett és ellen szóló három legfontosabb ok, a férfiak kérdései pedig a partner várandósságára vonatkoztak: milyen körülmények között támogatná/nem támogatná partnerét az abortuszban, melyek a legfőbb okok, ami miatt elfogadhatónak/elfogadhatatlannak tekintené a partner abortuszát, mely körülmények között szeretné/nem szeretné, ha partnerének abortusza lenne. Amint azt a szerzők megjegyzik, ha a pro-life és pro-choice attitűd egy homogén vélemény volna, úgy minden válasz a 'semmilyen körülmények között nem tartom elfogadhatónak az abortuszt', illetve a 'minden körülmény között elfogadhatónak gondolom az abortuszt' volna. Az eredmények szerint azonban az önmagukat élet-pártinak vallóknak is csak 22%-a mondta azt, hogy semmilyen körülmények között nem szabadna a nőknek abortuszt végezni. Az ebbe a csoportba tartozók közül legtöbben (42%) a helyzetre

vonatkozó okokat jelöltek meg, amelyek miatt a terhesség megszakítását elfogadhatónak vélik (pl. *Néha a helyzet vagy az időzítés nem megfelelő.*). A választás-párti csoportba tartozók több, mint harmada (38%) a nő/anya körülményeivel kapcsolatos okokat említett leggyakrabban, amelyek mentén az abortuszt elfogadhatónak gondolják (pl. *Egy nő pontosan meg tudja ítélni, hogy tudja-e a gyermekkel járó felelősséget anyagi vagy más szempontból vállalni.*). A legkevésbé elfogadható okok mindkét csoportban a nő/anya körülményeire vonatkoztak (pl. *Az abortuszt nem lehet törvényessé tenni, mert a felelőtlen nőknek meg kell tanulniuk, hogy felelősséget vállaljanak cselekedeteikért.*). A nőknek címzett kérdéseknél, a fentiekhez hasonlóan, a nő/anya és a szituáció kódok alá tartozó válaszok voltak a leggyakoribbak mindkét csoportnál. A pro-life álláspontot valló nők 57%-a semmilyen körülmény mellett nem tartja elfogadhatónak a saját maga számára az abortuszt, de a pro-choice oldalt képviselők közül is csak 1,6% mondta azt, hogy minden körülmény esetén hozzá kellene férnie az abortuszhoz. Sok esetben a saját maguk számára elfogadható/nem elfogadható indokok között tartalmilag ugyanazok szerepeltek, csak más előjellel (pl. ha készen állok/ha nem állok készen; ha megengedhetem magamnak, hogy gyerekem legyen/ha nem engedhetem meg magamnak, hogy gyerekem legyen). A férfiak esetében az élet-párti csoportba tartozók 38%-a semmilyen körülmények között nem támogatná, hogy a partnerének abortusza legyen. A női válaszokhoz hasonlóan itt is, mindkét csoportban a nőre/anyára (pro-life: 21%, pro-choice: 54%), illetve a szituációra (pro-life: 25%, pro-choice: 21%), vonatkozó kitételek voltak a leggyakoribbak (pl. *be kell fejeznie az iskolát; túl fiatalok vagyunk; a várandósság erőszak következménye stb.*). A megkérdezett férfiak 6%-a mondta azt, hogy az abortusznak a nő döntésének kell lennie (Jozkowski és mtsai, 2018).

Eredmények alapján a szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az élet-párti vagy választás-párti attitűd csak egy címke, amivel az emberek azonosítják magukat, még akkor is, ha úgy gondolják, hogy – legalábbis bizonyos körülmények között – a nők számára az abortusznak hozzáférhetőnek kell lennie. Ennek egyik oka lehet szerintük az abortusszal és annak támogatásával kapcsolatos megbélyegző attitűd (Jozkowski és mtsai, 2018).

2.2.4 Segítő hivatást választó egyetemi hallgatók abortusz attitűdjei

Az abortusz-attitűd kutatások külön csoportját képezik azok, amelyekben olyan személyek vélekedéseit vizsgálják, akik szakmai szerepükből fakadóan találkoznak a

terhességmegszakítás kérdéskörével. A leggyakrabban vizsgált szakmák az orvos, ápoló és szociális munkás, az elemzés tárgyát képező témák pedig az abortusszal összefüggő álláspont és ezzel kapcsolatos morális dilemmák mellett a fogamzásgátlás egyes típusairól való vélekedés (Milosavljevic, Krajnovic, Bogavac-Stanojevic és Mitrovic-Jovanovic, 2015), az érzelmi tényezők szerepe az abortusz-ellátásban (Purcell, Cameron, Lawton, Glasier és Harden, 2017), a támogatás szerepe és lehetősége a beavatkozás előtt és után (Sjöstrand, Essén, Sydén, Gemzell-Danielsson és Klingberg-Allvin, 2015), vagy a nemileg szelektált abortuszok kérdése (Savage és Francome, 2017). Ezek részletesebb ismertetésére itt nem térek ki.

A professzionális szerepek mentén választott vizsgálati csoportok másik típusa, amikor nem a hivatásukat már gyakorló szakembereket, hanem segítő hivatást választó egyetemi hallgatókat kérdezik meg a terhességmegszakítással összefüggő attitűdjeikről. Az orvos vagy ápoló egyetemi hallgatók abortusszal kapcsolatos vélekedését leíró kutatások általában két kérdést vizsgálnak: magát az abortusz-attitűdöt, illetve azt, hogy a megkérdezett későbbi szakmai életében tervez-e az abortusz-szolgáltatásokban tevőleges szerepet vállalni, vagy elzárkózik attól.

Az abortusz-attitűdöt tekintve az egyes kutatások eredményei meglehetősen eltérőek és nehezen általánosíthatók, aminek oka elsősorban az abortuszra vonatkozó vélekedéseket és egyben a művi terhességmegszakítások arányát is befolyásoló társadalmi tényezők különbözősége. Mindezek hatással vannak arra is, hogy a művi abortusszal kapcsolatos ismeretek és gyakorlati tudás megszerzése része-e a képzési tervnek, amely szintén befolyásolja a hallgatók attitűdjeit (Steele, 2009; Pace, Sandahl, Backus, Silveira és Steinauer, 2008).

Az egyes nemzetek közti különbségeket jól példázza Steele (2009) összehasonlító vizsgálata, amelyben a norvég orvostanhallgatók jóval elfogadóbbak voltak az abortusszal szemben, mint az írek ($p < 0,001$). Az Egyesült Királyságban 300 orvostanhallgató bevonásával végzett kutatásban a résztvevők 62%-a választáspárti, míg 33%-a életpárti álláspontot képviselt (Gleeson, Forde, Bates, Powell, Eadon-Jones, Draper, 2008). Egy 2004-es amerikai vizsgálatban a megkérdezett orvos, ápoló és orvosi asszisztens hallgatók 69,8%-a vélte úgy, hogy a művi abortusznak legálisnak és elérhetőnek minden körülmények között (Shotorbani, Zimmerman, Bell, Ward és Assefi, 2004), míg egy szintén az USA-ban, orvostanhallgatókkal végzett felmérésben a tanulmányaikat már megkezdett hallgatók 70-74%-a gondolta azt morálisan elfogadhatónak (Bennett, McDonald, Finch, Rennie és Morse, 2018). Egy Bosznia-

Hercegovinában végzett vizsgálatban a megkérdezett orvostanhallgatók 87,7%-a tekintette az abortuszt gyilkosságnak, míg egyéni, de a saját maga számára nem elfogadható döntésnek 62,8%, saját maga számára is elfogadható megoldásnak 12,8% gondolta azt (Trninić és mtsai, 2017).

A hallgatók abortusz-attitűdjét befolyásoló tényező mindenekelőtt a vallásosság (Gleeson és mtsai, 2008; Steele, 2009; Trninić és mtsai, 2017) és a politikai beállítódás (Bennett, 2018). A nemek vonatkozásában egyes vizsgálatok nem találnak szignifikáns különbséget (Steele, 2009; Bennett, 2018), másutt a férfi megkérdezettek kevésbé elutasítók az abortusz kapcsán, mint a hallgatónők (Kesen, Polat és Dasbas, 2015). Az abortusz elfogadhatósága jóval nagyobb az első trimeszterben, mint annál később (Bennett és mtsai, 2018; Myran, Carew, Tang, Whyte és Fisher, 2015; Ben Natan és Melitz, 2011).

Egy korábbiakban már említett magyar kutatásban védőnő, szülésznő és ápoló hallgatókat kérdeztek arról, hogy megfontolnák-e, hogy megszakítatják a várandósságot, ha előre tudnák megfogant gyermekükről, hogy Down-szindrómával születik. Az eredmények szerint legnagyobb arányban az ápoló hallgatók döntenének az abortusz mellett (78,9%), utánuk a szülésznők (66,7%) következnek. A legkisebb arányban (37,0%) a védőnők szakítanák meg a terhességet, és köztük a legmagasabb a magzatot biztosan megtartók, és a bizonytalanok aránya is. Akinek van testvére, szignifikánsan ($p < 0,001$) kisebb arányban támogatja a terhesség megszakítását, és az abortusz választását a tervezett gyermekek száma is befolyásolta: a három vagy több gyermeket tervezők közt szignifikánsan ($p < 0,001$) többen választanák a magzat kihordását, mint azok, akik legfeljebb két gyermeket szeretnének vállalni (Gradvohl és mtsai, 2013).

Az abortusz elvégzésére való hajlandóság vonatkozásában az attitűdök mellett a részvétel módja és a várandósság egyes kontextuális tényezői bírnak befolyással. Még a pro-choice attitűdöt képviselő orvostanhallgatók közül is többen vállalnák a tanácsadásban való részvételt, mint a beavatkozás írásos engedélyezését vagy végrehajtását (Gleeson és mtsai, 2008). Shotorbani és munkacsoportja (2004) mintáján az ápoló hallgatók 44,8%-a, az orvostanhallgatók 30,8%-a vállalna részt abortusz végrehajtásában, függetlenül annak okától. A gyógyszeres abortuszban segédkezni tervezők aránya nagyobb a műtéti abortuszéhoz képest (ápoló: 48,3% és 20,7%; orvostanhallgatók: 31,2% és 18,0 %). Többen vállalnák a beavatkozás elvégzését, ha magzati rendellenesség áll fenn, ha a várandósság az anya életét veszélyeztet, vagy ha a várandósság erőszak vagy incestus következménye, mint ha az abortuszra szociális okok miatt kerül sor (Trninić és mtsai,

2017; Fitzgerald és mtsai, 2013; Rodríguez-Calvo, Martínez-Silva, Soto, Concheiro és Muñoz-Barús, 2012; Gleeson és mtsai, 2008).

Több kutatásban is felmerült a művi abortusszal kapcsolatos kurzusok, megszerzett elméleti tudás és gyakorlat szerepe az orvostanhallgatók attitűdformálásban. Egy reproduktív egészséggel kapcsolatos program után az azon résztvevő orvostanhallgatóknak nem csak az ismeretei gyarapodtak a nem kívánt terhességekkel és az abortusz ellátással kapcsolatban, hanem részvételi hajlandóságuk aránya is növekedett az abortusz végrehajtásában (Pace és mtsai, 2008). A képzési struktúra vonatkozásában lényeges szerep jut a szüléset-nőgyógyászati gyakorlatnak, ahol a hallgatók valóságosan is megtapasztalják egy terhesség megszakítását, amely szintén növeli az ellátásban való részvétel szándékát (Myran, 2018; Peterson, Kelly és Ferzandi, 2016).

2.3 A művi abortusz pszichológiai következményei

Bár a művi abortusznak a nők pszichés állapotát érintő következményeire, feltételezett „káros” hatásaira, a művi vetélés esetleges pszichiátriai szövödményeire vonatkozó kutatások már az 1970-es évek óta szép számban születettek, nincs egységes álláspont az abortusz mentális egészségre gyakorolt hatásairól. Sőt, az utóbbi két évtizedben inkább parázs viták jellemzik a kérdés kapcsán a tudományos életet. Amint azt többen megjegyzik (pl. Leask, 2014), és saját kutatási nézőpontommal is egybevágh, a reprodukciós kérdésekről szóló döntések olyan összetett, az egyén, az aktuális élethelyzet és a szociális közeg által meghatározott erőterben születnek, amelynek egy-egy mért változóra történő leegyszerűsítése szükségszerűen az eredmények ellentmondásosságát vonja maga után. A kritikák másik csoportja inkább kutatómódszertani kérdéseket felvetve igyekszik magyarázatot találni a közös nevezőre sokszor nehezen hozható vizsgálati eredményekre (l. pl. Coleman, 2011 vs Kendall, Bird, Cantwell és Taylor, 2012).

Reardon (2018) szerint a témát övező tudományos vitákban az egyet nem értés oka, hogy az adatok értelmezésénél az egyik tábor az abortusz kockázatait hangsúlyozza, együttjárást feltételezve a művi vetélés és a negatív pszichológiai következmények között, míg a kutatók másik csoportja a várandósság előtt is fennálló kockázati tényezőket tekinti a negatív hatások elsődleges okának. Abban azonban mindkét nézőpontot vallók egyetértenek, hogy 1) nagyobb arányban jelennek meg pszichés problémák azoknál a

nőknél, akiknek volt abortuszuk, mint azoknál, akiknek nem; 2) legalább néhány nő esetében az abortusz tapasztalata közvetlenül hozzájárul a mentális egészség romlásához; 3) vannak olyan kockázati tényezők, amelyek megnövelik a pszichés problémák valószínűségét a beavatkozás után (ilyen például a korábbi mentális betegség), és 4) (praktikus és etikai okok miatt) nincs olyan módszer, amellyel egyértelműen és megbízhatóan bizonyítani lehetne, hogy egy mentális betegség közvetlenül és kizárólag a művi abortusz következménye.

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) 2008-as, narratív összefoglaló tanulmányában elemezte az 1989 és 2007 között megjelent, a nők abortusz utáni mentális egészségével kapcsolatos empirikus kutatásokat. A szakirodalomban gyakorta hivatkozott Task Force on Mental Health and Abortion (APA TFMHA: Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo és West, 2008) megállapításai szerint számos nő tapasztalhat meg gyászt, veszteségélményt vagy akár klinikai mértékű zavart (szorongás, depresszió) a művi abortuszt követően, azonban nem áll rendelkezésre elégséges bizonyíték arra, hogy az abortusz önmagában a felsorolt állapotokhoz vezetne. Az is igaz ugyanakkor, hogy a legtöbb elemzés statisztikailag szignifikáns kapcsolatot talál az abortusz és a szorongás, a depresszió, a szerhasználat valamely típusa, a traumához kapcsolódó tünetek és az alvászavarok között (Reardon, 2018).

A TFMHA vizsgálatban (Major és mtsai, 2008) a mentális problémák kialakulásának valószínűségében nem találtak különbséget a terhességet első trimeszterben megszakító és a várandósságot kihordó nők között. Többszörös abortusznál szignifikáns a kapcsolat a kedvezőtlenebb mentálisegészség-mutatókkal, ez azonban olyan rizikófaktorok (pl. párkapcsolati erőszak) következménye is lehet, amelyek mind a művi vetélés, mind a rosszabb pszichés állapot háttérében állhatnak (Steinberg, Jordan és Wells, 2009).

Egy Egyesült Államokban végzett longitudinális kutatás, a Turnaway Study keretében 5 éven át vizsgáltak olyan nőket, akiknek volt művi abortuszuk, és azokat, akiknek elutasították a kérelmét a meghatározott gesztációs kor túllépése miatt. A összehasonlított csoportok a depresszió értékeit tekintve nem mutattak szignifikáns különbséget, de a kezdeti szorongás értékek magasabbak voltak azon nők körében, akiknek nem engedélyezték az abortuszt. Az eredmények szerint a nem kívánt terhességek nagy eséllyel járnak együtt már meglévő szerhasználattal, hangulatzavarokkal és szexuális erőszakkal a kórelőzményben, amelyek kontrollálásával abortuszhoz köthető kockázatok statisztikailag nem mutathatók ki (Horvath és Schreiber, 2017).

Tudományosan nem elfogadott tehát az az állítás, hogy a művi terhességmegszakítás általánosan vagy szükségszerűen vezetne a mentális állapot romlásához, ez azonban nem jelenti azt, hogy ne lennének olyan nők, akiknek a pszichés alkalmazkodását rontja a terhességük megszakítása. Ez kiemelten fontossá teszi azoknak a rizikótényezőknek az azonosítását, amelyek révén az abortusz okozta mentálisegészség-romlás előrejelezhető. Az APA 15 ilyen rizikótényezőt írt le, amelyek önállóan, de egymással kombinálódva is emelik művi vetélés után a mentális problémák előfordulási valószínűségét (TFMHA: Major és mtsai, 2008). Ezek a következők:

- mások részéről észlelt nyomás a terhesség megszakítására
- olyan várandósság megszakítása, ami várt és pozitívan értékelt
- a partner, hozzátartozók és/vagy barátok észlelt ellenállása abortusszal szemben
- az észlelt társas támogatás hiánya
- megbélyegzettség vagy annak érzése, hogy az abortuszt titkolni kell
- olyan helyzet, amikor az érintett körbe van véve abortusz-ellenességgel
- alacsony észlelt vagy várt társas támogatás az abortusz döntéshez
- az előzmények között mentális egészségügyi problémák
- személyiségfaktorok, mint például alacsony önbecsülés és alacsony észlelt kontroll a saját élet felett
- az elkerülés és tagadás mint megküzdési stratégia használata
- a terhesség iránti elkötelezettség érzése
- ambivalencia az abortuszra vonatkozó döntés kapcsán
- alacsony észlelt képesség arra, hogy képes lesz az abortusszal megbirkózni
- az előzmények között korábbi abortusz
- abortusz az első trimeszter után

Mindemellett – amint azt Reardon (2018) megjegyzi – olyan kutatás nem ismert, amely a művi abortusz után jobb mentális állapotot igazolt volna, még azokban az esetekben sem, ha a terhesség nem várt vagy nem szándékos volt.

Ahhoz, hogy érvényes állításokat tehessünk az abortusz és a következményes pszichés problémák kapcsán, érdemes túllépni azon az igényen, hogy az eredmények a művi abortuszban érintett teljes populációra általánosíthatóak legyenek, és csak szubpopulációk vonatkozásában (pl. abortuszra kényszerített nők) érvényes összefüggéseket igazolni (Reardon, 2018).

Visszatérve az említett kutatómódszertani problémákra, azok talán legfontosabbika, hogy milyen kontrollcsoportot használnak az abortusz következményeit elemző vizsgálatok. Amint azt Major (2003) felveti, azok a nők, akik kihordják a terhességüket és azok, akik megszakítják azt, olyan sok, a mentális jóllétüket befolyásoló tényező mentén különbözhetnek, hogy a két csoport mentális egészségének összehasonlítása nem vezethet valid eredményre. Ezek az egyéni jellemzők érinthetik a nő életkörülményeit, a párkapcsolatára irányuló jövőbeli szándékait vagy aktuális elégedettségét, a saját felelősségvállalásra vonatkozó elképzeléseit, a családvállalási terveit stb. Azok a nők, akik az abortuszt választják, az élet több területén sokkal bizonytalanabb helyzetben lehetnek azon társaikhoz képest, akik megtartják a magzatot (Major, 2003). Ehhez kapcsolódó kérdés a terhesség szándékoltsága, várt vagy nem várt mivolta, mivel nem kívánt terhesség és az ahhoz vezető körülmények önmagukban is jelentős stresszforrást jelentenek, ami a mentális problémák eleve nagyobb előfordulásával jár együtt (Charles, Polis, Sridhara és Blum, 2008; Adler, David, Major, Roth, Russo és Wyatt, 1990;). Ebből a szempontból lehet alkalmas az olyan nőkből álló kontrollcsoport, akiknek valamilyen okból (például az idői keret túllépése miatt) elutasították az abortusz-kérelmét. Ezt a kutatási design-t alkalmazta a már említett Turnaway Study.

Az eredményeket jelentősen befolyásolja a vizsgált minta, például a válaszadási hajlandóságnak és a vizsgálatban való önkéntes részvételnek az egyéni motivációs tényezői is. Reardon (2018) felveti például, hogy azok a nők, akik nagyon intenzív negatív érzelmi állapotot élnek át az abortusz után, főként, ha ebbe szégyen is vegyül, feltehetőleg kisebb valószínűséggel számolnak be élményeikről egy önkéntes vizsgálatban, mint azok, akik érzelmi átélésében a negatív emóciók mellett a megkönnyebbülés is jelen van.

A vizsgálati minta kiválasztásával kapcsolatos nehézségek fokozottak, ha nem az érintett nőt, hanem férfi partnerét szeretnénk vizsgálni – nem véletlen, hogy a témában született vizsgálatok többségében a szerzők inkább esettanulmányokat és félig-strukturált interjúk elemzését közlik. A művi abortusz esetében az abban érintett férfiak elérése önmagában is nehéz, hisz ők nem tekinthetők „klinikai” mintának, ezért a vizsgálatok során jellemzően az abortuszt végző intézmény várójában vagy tanácsadás alkalmával szólítják meg őket. Ez viszont törvényszerűen torzítja az adatokat, hisz eleve kimaradnak azok a férfiak, akik nem kísérik el partnerüket a beavatkozásra, nagyobb arányban jelennek meg a tartós kapcsolatban élők, míg alulreprezentálódnak az alkalmi vagy kevésbé stabil

kapcsolatban a terhesség megszakítása mellett döntők. A másik lehetőség, hogy a vizsgált mintába olyan férfiak kerülnek be, akik partnerük abortusza után saját problémáik okán segítséget kérnek, ami szintén egy speciális szubpopulációt jelent (Reich és Brindis, 2006). Ráadásul, mivel a férfi válaszadókhoz csak a női megkérdezetteken keresztül lehet eljutni, a minta duplán, először a nő, majd a férfi megkérdezettek által szelektált (Kero és Lalos, 2004).

További, a terhességmegszakítás és pszichés állapot közti ok-okozati összefüggések meghatározását szinte lehetetlenné tevő probléma az, hogy az abortusz előtti mentális egészség különböző mutatóinak, a korábbi vagy jelenlegi, érzelmileg megterhelő vagy stresszkeltő életeseményeknek és más szociodemográfiai tényezőknek az együttes hatását kellene kontroll alatt tartani ahhoz, hogy egyértelmű kauzalitás igazolódjon az abortusz és az azt követő pszichés alkalmazkodás között (Steinberg és Rubin, 2014).

Az abortusszal kapcsolatos kutatások sarkalatos kérdése továbbá az eredmények interpretálása. A kérdés kapcsán folyó tudományos vita része, de egyben alakítója is társadalmi szinten az abortuszból szóló véleményalkotásnak. Tematizálja a politikai vagy közéleti vitákat, amennyiben a kutatási eredményeket egyes érdekcsoportok felhasználhatják a közbeszéd, de akár a törvényalkotás befolyásolására is. Ennek példája a posztabortusz szindróma, amelyet az Egyesült Államokban az abortuszellenes csoportok vezettek be a köztudatba, és azután a törvénykezésben az abortusz korlátozásáról szóló vitát is alakította (Steinberg és Rubin, 2014). Az egyoldalú kutatási kérdésfelvetések (ártalmas-e vagy sem) erősítik továbbá a közvéleményben az abortuszt patologizáló és az álláspontokat polarizáló diskurzust (Baird, 2001, idézi Leask, 2014).

2.3.1 A művi abortusz a férfi partner és párkapcsolat vonatkozásában

Mivel a természetes úton létrejövő várandósság *ab ovo* feltételezi az – optimális esetben párkapcsolaton belül működő – szexuális kapcsolatot, a fogantatástól kezdve a gyermek megszületéséig vagy a terhesség szándékolt/spontán megszakadásáig tartó időszak nem értelmezhető anélkül a társas környezet nélkül, amelynek kontextusában a várandósság létrejött. Ez az összetett kapcsolati tér, amely magában foglalja az intim partnerek mellett többek között a családtagokat, a barátokat és az egészségügyi szolgáltatókat is, erős befolyással bír a várandósság értékelésére, megélésére, és így a terhesség megszakítására irányuló esetleges döntésre is. Ennek a szociális hálózatnak a fókuszában a pár áll, ezért a következőkben a terhességmegszakítás férfi nézőpontját és partnerkapcsolati vetületeit tekintem át.

Azzal, hogy a törvényi szabályozás a nők kezébe adja a terhesség megszakítására vonatkozó döntés jogát, a művi abortusz jobbra női kérdésként tematizálódik, még akkor is, ha tudjuk, hogy a nők az esetek többségében férfi partnerükkel egyeztetve hozzák meg a döntést (Vandamme, Buysse, Loeys, Vrancken és T’Sjoen, 2017; Costescu és Lamont, 2013). Ennek megfelelően a művi abortuszra vonatkozó pszichológiai kutatások is jobbra a nők intraperszonális jellemzőire (esetleg a párkapcsolatot érintő mutatókra) összpontosítanak, háttérbe szorítva vagy ignorálva a terhességmegszakítás férfi nézőpontját, ami azért is problematikus, mivel ha a társadalmi diskurzusban a terhességmegszakítás a nő „ügye”, az egyben azt is jelenti, hogy annak csak a nők számára van számba vehető következménye. Mindez megnehezíti a férfiak számára, hogy partnerük művi abortusza után a saját negatív érzelmi állapotaikat felismerjék, megfelelően értelmezzék, és szükség esetén segítséget kérjenek a veszteség feldolgozásához (Altshuler és mtsai, 2016).

A férfi nézőpont elhanyagolása a tudományos kutatások terén a vizsgálatok csekély száma mellett abban is tetten érhető, hogy a férfi partnerek szerepének tanulmányozása rendszerint annak mentén történik, hogy az a nő érzelmi és pszichés állapotára, megküzdésére, élményére milyen módon hat (pl. a nő számára előnyös-e, ha a férfi partner jelen van a beavatkozásnál) (Papworth, 2011). Mindez azért is sajnálatos, mivel az abortusz által érintett férfiak figyelmen kívül hagyása fenntarthatja és/vagy erősítheti azt a hozzáállást, amely szerint a nem szándékolt terhesség kizárólag a nő ügye és felelőssége (Makenzius, 2012).

Ahogy azt több kutató is megjegyzi, az abortuszban érintett férfiak leírására megfelelő kifejezésünk sincs, hisz a tervezett és/vagy kihordott várandósságoknál alkalmazott „leendő apa” (father-to-be) itt nem alkalmazható (Makenzius, 2012; Kero és Lalos, 2004)⁵.

Ki szerint nem kívánt egy terhesség?

Egy várandósság nem kívánt lehet akkor, ha a nő nem szeretne gyereket, vagy nem szeretne több gyereket, illetve, ha a fogantatás ideje nem megfelelő (pl. a tervezettnél korábban történik). A terhesség kívánt vagy nem kívánt kategóriákba sorolása tehát a nők szempontjából történik, még akkor is, ha az ezzel összefüggő kérdések (pl. szexuális

⁵ Az angol nyelvű szakirodalomban használják a would-have-been father terminust is, de inkább csak azokra az esetekre vonatkozóan, ahol a férfi szeretné vagy szeretne volna megtartani a várandósságot, de a nő az abortusz mellett döntött.

együttlét létesítése, fogamzásszabályozás stb.) általában a férfi partner döntését is igénylik (Kågesten és mtsai, 2014). A fentiek miatt meglehetősen hiányosak az ismereteink arról, hogy mit jelent a várandósság nem várt volta a férfiak nézőpontjából, miközben, mint említettük, a nem kívánt várandósságok jelentős része művi abortusszal végződik (Gentile, 2014; Kågesten és mtsai, 2014).

Természetesen nem feltétlenül van egyetértés a két partner között a várandósság várt vagy nem várt jellegére vonatkozóan: francia mintán az adatfelvétel idején zajló várandósságok közül minden ötödik (19,6%) volt a férfi által nem várt (Kågesten és mtsai, 2014), míg egy reprezentatív mintán végzett, 10.000 férfit megszólaltató Egyesült Államok-beli vizsgálat (National Surveys of Family Growth) adatai szerint minden tíz gyermekből négy a férfi szempontjából nem várt fogantatásból született (Lindberg és Kost, 2014). Ugyancsak amerikai nők 14 %-a (N=217) nyilatkozott úgy, hogy annak ellenére szakította meg a terhességet, hogy a férfi partner számára az kívánt volt (Rue és mtsai, 2004), és 345 alabamai, terhességét nem kívántként megjelölt nők 39%-a szerint partnere örült volna a gyermekáldásnak (Kroelinger és Oths, 2000).

Az, hogy egy nő számára a fogantatás kívánt esemény-e, erősen függ a partnernek a várandóssággal kapcsolatos attitűdjétől (Kroelinger és Oths, 2000). A várandósságok nem várt jellegét a nő oldaláról vizsgálva azt látjuk, hogy annak (nagyjából minden harmadik művi vetélésnél) épp a férfi partner az oka (Biggs, 2013; Chibber és mtsai, 2014). Egy 2004-es magyar vizsgálatban a 117 abortuszra jelentkező nő 28%-a jelölte meg döntése indokaként a „családi ok (válás, rossz párkapcsolat stb.)” válaszlehetőséget, ami a 17-20, 21-25, 26-30 és 31-35 éves korcsoportokban egyre nagyobb arányban jelent meg (Zoller, Harmathy és Molnár, 2004). Egy, az Egyesült Államokban végzett nagymintás (N=954), prospektív longitudinális kutatás (Turnaway Study) eredményei szerint az abortuszt választó nők 31%-a partnere miatt nem akarja várandósságát megtartani (Chibber és mtsai, 2014). A nők által említett okok hat csoportba sorolhatók:

- nincs kapcsolat a férfival, akitől a magzat megfogant, vagy ha van, nem kielégítő vagy túlzottan friss – 35%
- a partner nem akarja vagy nem tudja támogatni a nőt a gyermekvállalásban (pénzügyileg nem tud támogatást nyújtani, nincs kész arra, hogy apa legyen, nem elég felelősségteljes, börtönben van, a meglévő gyerekeiről se gondoskodik stb.) – 26%
- a partner mint „rosszfiú” (nem az, akivel a nő elképzelte az életét, nem az, akitől gyereket szeretne, drogozik stb.) – 21%

- a partner nem akar gyereket – 10%
- a partner bántalmazó (fizikailag vagy mentálisan, a nő aggódik, hogy az agresszió a szülés után is fennáll, és a gyereke így nő fel) – 8%
- a nő szeretne férjhez menni, mielőtt gyereket vállal, illetve nem szeretne egyedülálló anyának lenni – 27%

Annak a valószínűsége, hogy egy nő partnerét jelöli meg a terhesség elvetetésének okaként, nagyobb a felsőfokú végzettségű, mint az alacsonyabban iskolázott nők között, a nem párkapcsolatban élő nőknél (a különbség a vőlegényüktől/férjüktől teherbe esett nőkhez képest a legnagyobb), ha a nő párkapcsolati erőszakról számol be, illetve ha a partner nem akarja a gyereket (Chibber és mtsai, 2014).

Hazai mintán végzett vizsgálatában Sz. Makó (2014b) azt találta, hogy azok a nők, akik az abortusz melletti érvek között párkapcsolati problémát is említettek, nehezebbnek ítélték a döntés meghozását, partnerük részéről lényegesen alacsonyabb mértékű társas támogatást érzékeltek, és magasabb depresszió érték jellemezte őket, mint az abortuszt más indok miatt választókat.

Az abortusz után jelentkező pszichés reakciók – a férfi partnerek oldaláról

A férfiaknak a terhességmegszakítás utáni jellemző reakcióira vonatkozóan nagyon kevés kutatási adat áll rendelkezésünkre. A témával ugyan viszonylag sok cikk foglalkozik, ám ezek döntő többsége esettanulmányokat, illetve a szerző(k) saját klinikai tapasztalatainak összegzését tartalmazza, többnyire pszichodinamikus megközelítésben. Utóbbiak általában azt emelik ki, hogy a férfiak is gyakorta élnek át haragot, szégyent, szomorúságot vagy büntudatot az abortusz után, különösen, ha a döntés kapcsán ambivalens érzéseik voltak, illetve, hogy – elkerülendő a kudarc érzését, és a szembenézést azzal, hogy cserbenhagyták a partnerüket és a megszületendő gyermeket – jellemző reakció a veszélykereső, impulzív aktivitások választása. Azok a férfiak, akik presszionálták a nőt a terhesség megszakítása irányába, inkább szégyent és szomorúságot, akik nem vettek részt a döntésben, inkább dühöt és frusztrációt élnek át (Gordon és Kilpatrick, 1977; Stern, 1999; Ring-Cassidy és Gentles, 2003 stb.)

Coyle és Rue 2015-ös, online végzett kvalitatív vizsgálata során az érintett férfiak (N=89) beszámolóiban három fő téma körvonalazódott, ezek:

- *veszteség és bánat*, beleértve a gyermek, és vele az apaság elvesztését, a kapcsolat elvesztését vagy megromlását, a partnerbe vetett bizalom elvesztését és

elutasítottság érzését, a személyes kudarc kapcsán az önértékelés elvesztését és a bűntudat vagy megbánás részét képező bánatot;

- *tehetetlenség érzése és/vagy áldozattá válás*, amely azzal függ össze, hogy nem tudja befolyásolni a terhesség kimenetét; a tehetetlenség implikálja a sérülékenységet és inkompetenciát, az áldozattá válás pedig az erőtlenséget és megalázottság érzését, és ezek a negatív self-attribútumok aláássák a férfiasság megélését;
- *spirituális gyógyító élmény*, amely a partnernek és önmagának való megbocsátás érzésével, illetve a felsőbb hatalomtól elnyert bűnbocsánattal függ össze.

Kero és Lalos 2004-es vizsgálatukban hosszmetsetben igyekeztek feltérképezni a művi abortusz által kiváltott reakciókat, melynek során 26 svéd férfival vettek fel interjút a partnerük abortusza előtt, majd a beavatkozást követő 4. és 12. hónapban. Négy hónappal a terhesség megszakítása után a férfiak döntő többsége (24/26) elégedett volt a döntéssel, azt felelősségteljesnek érezte (21/26), úgy látta, ez volt a legjobb megoldás a párkapcsolat, a meg nem született gyermek, és – ahol volt – a meglévő gyermek(ek) szempontjából is. Megkönnyebbülést, felszabadultságot 17-en éltek át. Bűntudatos érzéseket 12 férfi említett, részben a fogamzásgátlás elmaradása miatt, részben azért, mert partnerét nehéz helyzetbe hozta. Hatan érezték tehetetlennek magukat, mert nem dönthettek. Kilencen számoltak be bánat és/vagy üresség érzéséről az abortuszhoz kapcsolódóan. Egy évvel a terhességszakítás után mentális problémákról senki nem számolt be, és senki nem bánta meg, hogy ezt a megoldást támogatta. A megkérdezettek fele (13/26) soha vagy szinte soha nem gondolt már az egy évvel korábban történetekre. Az abortusz kapcsán átélt érzelmeket tekintve kizárólag negatív érzéseket (bűntudat, bánat, szégyen, üresség érzése, harag stb.) kevesen éltek át (4 hó: 2/26, 12 hó: 1/26). A csak pozitív érzelmeket (megkönnyebbülés, felszabadultság, felelősség és érettség érzése) megélők száma egy év után nőtt a negyedik havi beszámolóhoz képest (4 hó: 8/26, 12 hó: 14/26); 4 hónappal az esemény után a többség (16/26) vegyes, pozitív és negatív érzelmeket is magában foglaló érzelmi állapotról számolt be.

Lauzon és munkacsoportja (Lauzon, Roger-Achim, Achim és Boyer, 2000) a distressz mértékét mérte az érintett férfiaknál közvetlenül az abortusz előtt (N=113), majd három héttel utána (N=69), és az adatokat egy egészségügyi felmérésben részt vett, de abortuszban nem érintett kontrollcsoport mérési eredményeivel vetette össze (Lauzon és mtsai, 2000). Közlésük szerint a beavatkozás előtt a férfiak 39,6 %-a tartozott a magas distressz értékeket mutató csoportba, ami szignifikánsan több az illesztett

kontrollcsoporthoz képest. A három hetes utánkövetésnél 30,9% volt a magas distressz értéket mutatók aránya (nem szignifikáns eltérés a kontrollcsoporthoz képest). A magas distressz prediktoraiként azonosították a következőket: félelem a párkapcsolatra gyakorolt negatív hatásoktól, egy évnél rövidebb párkapcsolat, aggodás az abortusz miatt, félelem az azt kísérő fájdalomtól, a saját egészségi állapot negatívként észlelése, öngyilkossági gondolatok az elmúlt év során, öngyilkossági gondolatok bármikor az élete során és öngyilkossági kísérlet bármikor az élete során.

A férfiak megküzdése szempontjából sajátos helyzet, amikor a nő annak ellenére választja a terhesség megszakítását, hogy partnere szeretné megtartani a gyermeket. Coyle, Coleman és Rue eredményei arra utalnak, hogy ha az abortusz-döntés vonatkozásában egyet nem értés van a felek között, az az abortuszt követően jelentkező párkapcsolati és szexuális problémák mellett megnöveli a férfiaknál a poszttraumás stressz olyan tüneteinek az előfordulási gyakoriságát, mint a hyperarousal és az intruzív gondolatok (Coyle és mtsai, 2010).

A férfiak reakcióit elemző kutatások speciális csoportját alkotják azok, ahol az érintettek fiatalok. Egy korai vizsgálatban (Buchanan és Robbins, 1990) középiskolában felmért serdülők utánkövetésével azt találták, hogy 21 éves korban szignifikánsan magasabb distressz értéket mutattak azok a férfiak, akik élettörténetében volt megszakított terhesség, azokhoz képest, akiknek nem volt ilyen tapasztalata, de azokkal összevetve is, akik megtartották a gyermeküket, függetlenül attól, hogy együtt éltek-e a partnerükkel vagy sem.

A férfi partner mint társas támasz nyújtója

A különböző országokban és különböző időpontokban végzett vizsgálatok eredményei meglehetősen egybeesőek a tekintetben, hogy a művi terhességmegszakítások jelentős része a partner tudtával történik. Major, Zubek, Cooper, Cozzarelli és Richards (1997) azt találták, hogy az abortusz előtt álló nők 85 százaléka számolt be terhességéről partnerének. Egy magyar vizsgálat adatai szerint (Turay és mtsai, 1997, idézi Sz. Makó, 2014b) a megkérdezett nők 82 százaléka partnerével közösen döntött a terhesség megszakításáról. A Guttmacher Institute 2010-es vizsgálatában (Jones, Moore és Frohwirth, 2010) művi abortuszon átesett amerikai nők 4.769 fős mintáján szintén 82% volt azoknak az aránya, akiknek férfi partnere tudott a terhesség tervezett megszakításáról. Megállapításaik szerint a férfi partner beavatása szempontjából három tényező bír jelentős befolyással: a kapcsolat jellege, hossza,

valamint a párkapcsolati erőszaknak kitettség. A házasságban (87,1%) vagy élettársi kapcsolatban (87,8%) élő nőknél szignifikánsan gyakrabban fordult elő, hogy a férfi partner tudott az abortuszról, mint azoknál, akik soha nem voltak házasok (79,4%) vagy elváltak (71,8%). Még azok közül a nők közül is, akik nem egy párkapcsolaton belül estek teherbe, a többség (60,6%) arról számolt be, hogy a férfi tudott az abortuszról. Negatív prediktorként a partner által elkövetett erőszak szerepelt, ami az abortuszt választók 7%-ánál fordult elő, és jelentősen csökkentette annak valószínűségét, hogy a férfi tud az abortuszról. A hosszabb ideje fennálló kapcsolatokban a nők nagyobb valószínűséggel számoltak be a várandósságról és abortuszra irányuló döntésről: egy évnél rövidebb párkapcsolatokban 81,1 %, egy-két éve fennálló kapcsolatokban 85,0%, 2-5 éve működő kapcsolatokban pedig 88,5% a beavatott férfi partnerek aránya. A szerzők a fentiekkel kapcsolatban megjegyzik: amellet, hogy egy együttélés során nehezebb elrejtteni a várandósság tényét vagy a terhesség megszakíttatását, az elkötelezett kapcsolatban élő nők nagyobb vágyat és felelősséget is éreznek a helyzet megbeszélésére a férjükkel vagy élettársukkal, és feltételezhetően a partnerek stratégiái a nem várt terhesség problémájának megoldására is összeegyeztethetőbbek (Jones és mtsai, 2010).

Azt, hogy partnerét mennyire érzi támogatónak a művi abortusz kapcsán, a megkérdezett nők 5-fokú Likert-skálán ítélték meg. Harmaduk a férfi partnert támogatónak érezte (67,8%; 55% választotta a „nagyon támogató” válaszlehetőséget), míg 8% egyáltalán nem érzékelt partnerre támogatását. Az észlelt támogatottság terén legmagasabb arányt természetesen a házas és élettársi kapcsolatban élők mutatták (87,0, illetve 81,5%), és a támogatottság mértéke szignifikánsan emelkedett a kapcsolat időtartamával (egy évnél rövidebb kapcsolat: 76,4%; 5 évnél hosszabb kapcsolat: 84,9%). A párkapcsolati erőszaknak kitett megkérdezettek közel fele (49.1%) érezte partnerét támogatónak, negyedük (24,8%) egyáltalán nem (Jones és mtsai, 2010).

A férfi partner beavatásának, illetve a tőle kapott támogatásnak a mértéke természetesen nem független a már említett kulturális befolyástól. Egy orosz és amerikai nőket összehasonlító vizsgálatban (Rue és mtsai, 2004) például a támogatónak érzett partnerek arányában kétszeres különbséget találtak a kutatók (orosz: 23,8 – amerikai: 50,7 %).

A partnertől származó támogatottság mértéke jelentős következményekkel jár a terhesség megszakítását követő időszakra nézve. Már a korai tanulmányok megállapították, hogy a művi abortusz után a nők pszichológiai alkalmazkodásának mutatói szignifikáns együttjárást mutatnak a partnertől kapott támogatás mértékével, de a szülői és a baráti támogatással nem (Shusterman, 1979; Bracken, Hachamovitch és Grossman, 1974),

valamint, hogy a partner felől észlelt támogatás negatívan korrelál az abortusz előtti szorongás mértékével ($r=-.22$; $N=62$) (Moseley és mtsai, 1981). Egy későbbi vizsgálatban (Gentile, 2014) igazolták a partner támogatása és az abortusz utáni időszakban a nő mentális egészsége közti pozitív összefüggést ($r=.411$; $p<0.001$; $N=143$), valamint a támogatást nélkülöző nőknél az önkárosítás nagyobb valószínűségét ($r=-.323$; $p<0.001$). A partner támogatásának tapasztalata és az abortusz utáni érzelmi distressz közti fordított összefüggést később kvalitatív vizsgálatokkal is megerősítették (Sz. Makó, 2014b; Kimport és mtsai, 2011). Major és munkatársai (1990) pozitív összefüggést találtak az észlelt támogatás mértéke és nők magasabb önhatékonyasága között az abortusz helyzetével való megküzdésben, ami azért is fontos, mert mind az alacsony szintű társas támogatottság, mint pedig az adekvát megküzdési stratégiák hiánya a terhességmegszakítás utáni negatív pszichológiai reakciók magyarázóváltozójának tekinthető (APA TFMHA: Major és mtsai, 2008).

A fentiekkel összefüggésben említettem meg, hogy az, hogy a statisztikai adatok szerint hazánkban az abortuszok kétharmadát hajadonok kérvényezik, egyben azt is jelenti, hogy egyre több nő esik át művi abortuszon úgy, hogy nélkülöznie kell azt az érzelmi biztonságot, amit egy tartós és stabil párkapcsolat adhat, és ezzel együtt azt a támogatást is, amely pedig kiemelkedően fontos volna a terhességről való szándékos lemondás okozta distressz mérséklése és a helyzethez való hatékony pszichés alkalmazkodás szempontjából.

A partner szupportív viselkedése az abortuszhoz való sikeres alkalmazkodás szempontjából kitüntetetten fontos lehet azokban a (szub)kultúrákban, ahol a nem házasság nők terhességét vagy az abortuszt a szociális közeg erkölcsileg erőteljesen szankcionálja (Major, Cozzarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa és Mueller, 1990).

A partner támogató hozzáállása, mint azt a korábbiakban említettem, az abortuszra vonatkozó döntésnek, és így a beavatkozás elvégzésének az időpontját is befolyásolja. Kapadia és munkatársainak 2011-es vizsgálatában ($N=20$) a kilencedik gestációs hét előtt és után terhességmegszakításra jelentkező nők adatait összevetve azt találták, hogy a korábban döntést hozó nők nagyobb valószínűséggel számoltak be partnerük szupportív viselkedéséről és közös döntésről, mint a 9. hét után abortuszt kérvényezők (statisztikailag nem szignifikáns különbség). Az utóbbi csoportban a nők a kapcsolataikban tapasztalt negatív interakciók nagyobb mértékét jelezték, mely összefüggés a szociodemográfiai jellemzők (életkor, etnikum, foglalkoztatottság)

kontrollálása után is megmaradt. Hasonló eredményre jutottak Foster és munkatársai (Foster, Jackson, Cosby, Weitz, Darney és Drey, 2008) művi abortuszon átesett nők nagyobb elemszámú mintáján (N=398): a nem-szupportív partner az abortusz kérvényezésének késedelmével jár együtt. Érdeemes ugyanakkor megjegyezni, hogy az említett vizsgálatok mindegyike keresztmetszeti elrendezésű volt, amely az ok és okozat pontos meghatározására nem alkalmas (lehetséges például, hogy a terhesség megszüntetésére vonatkozó döntés halogatása az, ami több negatív interakciót eredményez a kapcsolaton belül) (Kapadia és mtsai, 2011).

Ki dönt? – az abortusz-döntés párkapcsolati vonatkozásai

Az, hogy a férfi partner milyen módon és mértékben vesz részt a terhesség megtartására/megszakítására irányuló döntésben, többféle mintázatot követhet (Reich és Brindis, 2006):

- egyáltalán nem vesz részt a döntésben, mert kizárva érzi magát abból, vagy nem is tud a várandósságról,
- részben részt vesz a döntési folyamatban, de a végső elhatározást a nőre hagyja (akár úgy is, hogy ki sem fejezi a saját preferenciáit),
- a döntést a nővel közösen hozzák meg (általában a különböző lehetőségek megvitatása után),
- a férfi dönt (pl. mert a nő halogatja a döntést, vagy mert a saját szempontjai, érdekei miatt az abortuszt preferálja).

Costescu és Lamont 2013-as kérdőíves vizsgálatában 30, abortuszra jelentkező párt kérdeztek meg arról, hogyan született meg a terhesség megszakítására irányuló döntésük. A párok felénél (15/30) a nő már azelőtt meghozta a döntést, mielőtt azt partnerével megosztotta volna, és ezt a férfi partnerek fele (8/15) tudta is. Ettől függetlenül 29 nő kért tanácsot partnerétől a döntéssel kapcsolatban, a döntést már a partnerük beavatása előtt meghozó nők közül 14-en. A résztvevőket arra kérték, hogy vizuális analóg skálán jelöljék, hogy kié volt a döntés (100%-ban saját döntés – 100%-ban a partner döntése). A 60 megkérdezettből 41 (68,3%) ítélte meg úgy, hogy közösen döntöttek, 16 (26,7%) szerint a döntés inkább a nőé (60% vagy magasabb), és három (5%) szerint inkább a férfi partneré (60% vagy magasabb). A párok 77%-a egybevágó választ adott. (Amint azt a kutatók is megjegyzik, a mintába került párok harmada házaspár volt, ami befolyásolhatta a közös döntések magas arányát.)

Vandamme és munkatársai (2017) hangsúlyozzák: az abortusz-döntés esetén nem elegendő az intraperszonális tényezőket figyelembe venni, az elemzésnek ki kell terjedni az interperszonális, diádikus szintre is. Kutatásukban 106 flamand párnál vizsgálták az abortusz-döntésre vonatkozóan a partnerek döntési képességének és az autonómia szubjektív érzésének (magas belső, alacsony külső motiváció) a kapcsolatát, a döntésre vonatkozó bizonytalanságot, illetve azt, hogy a két fél e tekintetben hogyan hat egymásra. Eredményeik szerint mind a nők, mind férfi partnereik inkább belsőleg, mint külsőleg motiváltak, de abortusz belső motivációja magasabb volt a nőknél, jelezve, hogy a nők általában inkább autonómnak érzik magukat a döntésben, mint férfi partnereik. A férfiak és a nők ugyanolyan mértékű, mérsékelt (5-től 25-ig terjedő skálán 12) bizonytalanságot mutattak a döntésben, és a partnerek bizonytalansága egymással is összefüggött: minél bizonytalanabb egy nő a döntésben, annál bizonytalanabb a férfi partnere is ($r=0.42$), főként együtt élő párok esetén ($r=0.49$). Hasonlóképpen az egyik fél belső/ külső motiváltsága összefügg a partnerével is ($r=0.30$ / $r=0.23$). A férfi partnerek érdekes módon még abban azokban esetekben is inkább belsőleg motiváltak érzik magukat, amikor nagyobb külső nyomást tapasztalnak az abortusz irányába ($r=0.31$). Férfiak esetében sem a saját külső/belső motiváltságuk, sem a nő külső/belső motiváltsága nincs összefüggésben azzal, hogy mennyire biztosak a döntésükben, (a nők saját belső motiváltság esetén biztosabbak: $r=0.24$), de kognitív lezárás általános képessége (general ability for cognitive closure) jelentős mértékben befolyásolja azt ($r=0.46$). Még jelentősebb partnerhatások mutatkoznak akkor, ha a felek aktuális élethelyzetét (együtt élnek vagy sem) is figyelembe vesszük. Azoknál a partnereknél, akik nem élnek együtt, a nő magasabb külső abortusz-motivációja (alacsonyabb szubjektív autonómia érzése) magasabb fokú bizonytalansághoz kapcsolódik mind a saját ($r=0.59$), mind a férfi partner vonatkozásában ($r=0.34$). Együttélő pároknál a nő bizonytalanságát kis mértékben fokozza, ha partnere külső okokra hivatkozva igyekszik dönteni ($r=0.24$), míg az érintett férfiak döntését segíti, ha a nő több személyes és belső okot ad a döntéshez ($r= -0.43$). Úgy tűnik, hogy míg a nők esetében a szubjektív autonómia (magas belső motiváció) megélése szükséges ahhoz, hogy meggyőződhesse az arról, hogy helyes döntést hoztak (a belső motiváció és a bizonytalanság közti kapcsolat: $r= -0.27$), a férfi partnerek biztossága a döntésben nem a saját, inkább a női partner abortusz-motívumainak függvénye (Vandamme és mtsai, 2017).

A döntési autonómia érzelmi distresszt csökkentő szerepét 21 amerikai, abortuszon átesett nővel felvett félig-strukturált interjúk alapján Kimport és munkatársai is igazolták

(2011), megemlítve, hogy a negatív kimenetek az abortusz döntés után (pl. megbánás) gyakoribbak, ha nő úgy érezte, hogy a terhesség elvetetése elsősorban nem a saját döntése volt, még akkor is, ha külső ráhatás nélkül is az abortuszt választotta volna.

Az abortusz-döntésben való részvétel kérdése természetesen nem választható el a felelősségvállalás témájától. 1994-ben, a Kairóban megrendezett International Conference on Population and Development hangsúlyozta, és kiemelt kutatási területként határozta meg a férfiak megosztott felelősségének és aktív részvételének fontosságát a szexuális és reprodukív egészségügyben, valamint a családtervezésben („partners in reproduction”), és ezzel az egészségpolitikákban, a társadalom különböző rétegeit megszólító kampányokban és a tudományos kutatások terén is mind nagyobb hangsúlyt kapott a férfiak felelősségvállalásának ösztönzése az apaság (és a gyermeknevelés), de ugyanígy a terhesség megelőzésének terén is (Reich és Brindis, 2006). A felelősség témája már csak azért is központi a művi terhességmegszakítás kapcsán, mert a modern és széles körben hozzáférhető fogamzásszabályozó módszerek elterjedésével a nem kívánt várandósság önmagában is a felelősségteljes (szexuális) viselkedés hiányaként tételeződik. Így az, hogy a férfi partner milyen mértékben vesz részt a terhesség megtartására/megszakítására vonatkozó döntésben, valószínűsíthetően összefügg azzal is, hogy magáért a fogantatásért (illetve elkerülése kudarcáért) mennyire vállalja a felelősséget: ha a fogamzásszabályozás a partnerek közös felelőssége, akkor feltételezhető, hogy a döntés a nemkívánt terhességről is az lesz (Costescu és Lamont, 2013) – bár ez az összefüggés még további tudományos igazolásra vár. A téma kapcsán végzett kvalitatív kutatások tapasztalatai szerint a férfiak nagyon sokféleképpen értelmezik a nem várt várandósság tényét, ahol a spektrum egyik vége a megosztott felelősség (a fogantatás büntetés a házasságon kívüli szexuális életért, a szexuális aktivitás ára stb.), a másik a nő kizárólagos felelősségének hangsúlyozása (a nő gondatlanságának, felelőtleniségének feltételezése, vagy annak vélelmezése, hogy a nő szándékosan esett teherbe) (Reich és Brindis, 2006) – nem tudjuk azonban, hogy ez milyen módon befolyásolja az esetleges abortuszra irányuló döntésben való részvételt. A kutatók ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy egy nem várt terhességért vállalt felelősség jelentheti a terhesség megszakításának támogatását (akár a döntés során ennek az álláspontnak a képviselése, illetve a nő meggyőzése az abortusz szükségességéről, akár olyan praktikus teendők felvállalása, mint a terhességmegszakítás költségeinek rendezése, időpont intézése, vagy a partner elkísérése a műtetre), de ugyanígy a terhesség

folytatásának igényét és a születendő gyermek felvállalását is (Kero és Lalos, 2000; Reich és Brindis, 2006).

Az abortusz hatása a párkapcsolatra

Általában véve elmondható, hogy a létrejött terhesség megszakítására irányuló döntés kihívást jelent a partnerek számára individuálisan és a kapcsolat szintjén egyaránt. Számos vizsgálat igazolja, hogy a művi abortusz átélése, rövid távon legalábbis, negatívan hathat a párkapcsolat működésére. Rue és munkatársai (2004) amerikai nők mintáján a megkérdezettek 26,7%-ánál találtak abortusz okozta párkapcsolati problémákat, míg pozitív hatásról 0,9% számolt be. Bár sokan az abortuszt épp a kapcsolat megtartása vagy stabilizálása érdekében választják, félve attól, hogy arra a szülővé válás (akár valamelyik/mindkét fél felkészületlensége, akár a körülmények miatt) túl nagy terhet róna (Lauzon és mtsai, 2000), a döntéssel járó stressz és negatív érzelmi hatások gyakorta mégis a kötelék felbomlása irányába hatnak. Egyes statisztikai adatok szerint például a terhességszakítás egy kapcsolatban akár duplájára is emelheti a válás valószínűségét (Fehring, 2015). Ennek elsődleges oka, hogy egy nem kívánt terhesség létrejötte önmagában is krízis egy kapcsolatban, és az annak jövőjéről való döntés konstruktív problémamegoldó és megküzdési stratégiákat, az érzelmi erőforrások hatékony felhasználását, nyílt kommunikációt, őszinteséget és bizalmat igényel a partnerek részéről (Coleman, Rue és Coyle, 2009). Ráadásul sok esetben a pár épp az életükben jelen lévő egyéb, fokozott stressz jelentő körülmények (pl. egzisztenciális problémák, munkanélküliség stb.) miatt nem vállal (több) gyereket, így a döntéssel járó érzelmi megterhelés csak tovább emeli a mindennapokban jelenlévő feszültségszintet. Ez az élethelyzet szükségszerűvé teszi az életmódra-életvitelre vonatkozó elképzelések, a tanulmányi és karriertervek, az egzisztenciális lehetőségek és általában a hosszú távú célok (újbóli) egyeztetését, valamint az olyan, a kapcsolatot érintő kérdések átgondolását, mint az elköteleződés, a gyermek iránti vágy vagy a jövőbeli szülői szerepet érintő fantáziák, ideák, elvárások vagy félelmek, akár az én, akár a másik vonatkozásában. Felmerülhet és/vagy felerősödhet ugyanakkor a két fél közti különbség erkölcsi-vallási szempontból is abban a tekintetben, hogy a magzatot mennyire tekintik önálló emberi lénynek, valamint, hogy az abortuszt elfogadhatónak vagy vállalhatatlannak, megbocsáthatatlannak és bűnösnek tartják (Coleman, 2007). Még ha a pár egyet is ért magában a döntésben, a közös gyermekről való lemondás akkor is megkérdőjelezheti egyik (vagy mindkét) félben azt, hogy a másik mennyire elkötelezett a kapcsolatban,

mennyit fektet be annak működésébe és mennyire erős a köztük lévő kötelék, de emellett (főként gyermektelen pároknál) akár azt is, hogy a másik mennyire alkalmas vagy „jó választás” a majdani szülői szerepre (Naziri, 2007).

Ezek a vélekedések jelentősen befolyásolják a döntés utáni érzelmi állapotot, az önértékelést és esetleges büntudatot is, különösen, ha valaki elvi meggyőződése ellenére dönt az abortusz mellett. A megtartott és kihordott várandósságok esetén sokszor már az is (akár évekig fennmaradó) büntudatot kelt, ha egyáltalán felmerült a gondolat, hogy erről a magzatról le kellene mondani. Az egyéni vagy párkapcsolati szinten megjelenő bűnösség érzése összefügghet a felelősségvállalás hiányával is, akár a felelőtlen szexuális viselkedés, akár a szülői szerepre vonatkozó felkészületlenség érzése, és annak elutasítása kapcsán (Coleman és mtsai, 2009). A terhesség megszakítása után ezek a negatív érzések könnyen átcsaphatnak a másik hibáztatásába, intenzív haragba, amiért támogatta vagy nem akadályozta meg a döntést (Ney, Ball és Sheils, 2010).

Ha az abortuszra irányuló döntés közös is volt egy kapcsolatban, a beavatkozás után egyéni és társas szinten is meg kell küzdeni a veszteséggel, és az általa kiváltott érzelmekkel, beleértve a haragot, a szomorúságot, a kudarc vagy akár a megkönnyebbültség és az általa elindított lelkiismeret-furdalás érzéseit (Adler és mtsai, 1990). Az abortuszt követően a gyász feldolgozását megnehezíti, hogy nincsenek rítusok hozzá, a veszteség a társadalom által nem legitimált, bár általában a közvetlen hozzátartozókon kívül más nem is tud róla (Brier, 2008). A gyásszal együtt járó átmeneti érzelmi egyensúlyvesztés és fokozott belső feszültségek miatt könnyen felszínre kerülhetnek korábbi, már feledésbe merült konfliktusok, megoldatlan problémák, nem feldolgozott sérelmek, de a helyzet új felületet is nyithat a vitáknak, nézeteltéréseknek. Ezek elsimítását az is megnehezítheti, hogy az abortusz utáni hetekben viszonylag gyakoriak a (főként a nők részéről megjelenő) szexuális problémák. A csökkent nemi vágy, az orgazmuszavarok és a szexuális aktivitás során jelentkező fájdalomtünetek összefüggésben lehetnek a megszakított várandósságra való emlékezés elkerülésének vágyával, az újabb teherbeeséstől való félelemmel, vagy akár a nemi öröm gyásszal való összeegyeztethetetlenségének érzésével is. A szexuális élet gyakoriságának és az azzal való elégedettségnek a csökkenése azután az intimitás helyreállítása helyett mind nagyobb fizikai és érzelmi távolságot teremt a pár két tagja között (Bianchi-Demicheli és Ortigue, 2007).

További nehézséget jelenthet a gyász megélésének inkongruens módja a pár két tagja között, amely egyrészt a nyilvánvaló biológiai-hormonális okok miatt, másrészt

kultúránkban a gyász megélésére és kinyilvánítására vonatkozó normák nemi különbségei, és a hagyományos férfiszerep attribútumai (erősnek maradni, támasznak lenni) miatt is gyakorta előfordul (Brier, 2008). Egyes vizsgálati eredmények szerint (Coleman, 2007) a terhességmegszakítás következtében felbomló párkapcsolatok esetén a leggyakoribb ok a magzathoz való kötődésben és a gyászolásban mutatkozó inkongruencia.

Az abortusz következményeként megélt érzelmi állapotok közül a szégyen az, amely gyakran még a szűk családon belül is megoszthatatlanná és felvállalhatatlanná teszi az abortusz tényét. A megbélyegzéstől, negatív megítéléstől vagy egyszerűen a meg nem értéstől való félelmek miatt a megfogant gyermek megszületésének megakadályozása a két érintett közös titkává válik. A történetek elhallgatása ugyanakkor megfosztja a párt mindenfajta (érzelmi, információs és instrumentális) támogatástól, amely a történetek feldolgozásához segítséget jelentene (Norris és mtsai, 2011).

A szégyen megélése egyben a terhességmegszakítással járó megbélyegzettségnek is integráns elemét jelenti.

2.4 Az abortusz-stigma

Az utóbbi egy évtizedben az abortusszal foglalkozó tudományos kutatások kiemelt témája lett a stigmatizáció, amely lényegi eleme a reprodukcióval összefüggő kérdések társadalmi kontextusban való értelmezésének.

Egy közösségben mindig az adott közösségre érvényes elvárások, normák határozzák meg az egyes viselkedésformák megítélését. A stigma lényegében egy társadalmi konszenzus arra vonatkozóan, hogy egyes viselkedések erkölcsileg rosszak, és a közösség számára nem elfogadhatók. Így a stigma praktikusán egy informális kontrollmechanizmusként működik, melynek célja a közösség szabályainak betartatása és a szabályszegők szankcionálása (Smith és mtsai, 2016). A nők a reprodukcióval kapcsolatos döntéseiket (fogamzásszabályozás, gyermekvállalás, a nem kívánt terhesség megszakítása stb.) egy olyan társadalmi térben hozzák meg, amelyben egyfelől a jogi szabályozás, törvényi keretek, másfelől a reprodukciós kérdésekre vonatkozó normák és a normaszegéssel járó megbélyegzés által kontrollált az egyén viselkedése.

Goffman (1963) szerint a stigma egy társadalmi reakció, ami a közösségi elvárásokat megszegő csoporttagok megkülönböztetésével, negatív tulajdonságokkal való

felruházásával, státuszvesztésével és marginalizálódásával, vagy kiközösítésével jár⁶. A stigmatizálás ilyen módon szorosan kapcsolódik az előítéletekhez: a negatív és érzelmileg telített címke használatával a stigmatizált személy egy (túlzottan általánosítottan vagy tévesen megítélt) kategória képviselőjévé is válik (Allport, 1977). A stigmatizálás következtében a személy önmagát átlagosságtól megfosztottan, alsóbbrendűként észleli, és ez negatívan befolyásolhatja az identitását is (Shellenberg és mtsai, 2011).

A megművelés ártalmában nem feltétlenül a magzat abortálásának ténye áll, a negatív megkülönböztetés alapja lehet önmagában a nem várt terhesség is. A megművelés érzése a nem megfelelő (vagy elégtelennek vélt) fogamzásszabályozási módokkal, szexuális szokásokkal, partnerválasztással, vagyis általában a rossz döntésekkel kapcsolatos szégyenérzetből is fakadhat (Norris és mtsai, 2011).

A stigmában kifejeződő negatív megkülönböztetés alapja, hogy az a nő, akinek abortusza volt (vagy szándékában áll a várandósságát megszakíttatni), szemben áll a nők „veleszületett” természetével kapcsolatban széles körben fenntartott elképzelésekkel, vagyis a stigmatizálás háttérét az ideális nőképpel való szembehelyezkedés, és ilyen értelemben a társadalmi normák megszegése adja. Ezen feltételezések egyike az „életet adó” női szerep kizárólagosként és megkérdőjelezhetetlenként kezelése. E szerint az anyaság biológiailag sorsszerű, aminek megtapasztalása minden nő elsődleges vágya az életében, és amivel nyíltan szembehelyezkedik a várandósságát kihordani nem akaró nő. A terhességszakítással a nők egy másik morális szabállyal is szembeszegülnek: aktívan döntenek élet és halál kérdéséről, meghatározzák, melyik terhesség nem kívánatos, majd véget vetnek egy potenciális életnek. Mindez ellentmond a nők ösztönösen gondoskodó, a védteleneket óvó és önzetlen, a saját vágyaikat háttérbe szorító természetéről fenntartott elképzelésekkel. Nem utolsó sorban pedig az abortusz ellentmond a „szexuális tisztaság” ideájának: ha a várandósság megszakítható, akkor a női szexualitás nem kizárólag reprodukciós céllal bír, vagyis az örömteli szexualitás nem csak a férfiak privilégiuma, hanem a női nemiség része is (Kumar és mtsai, 2009).

Kumar ugyan „a nőiséghez kapcsolódó archaikus konstruktumokról” beszél, de a fentiek értelmezhetők a nőkkel kapcsolatos normatív, elvárt viselkedésmintákként is, például a

6 „A mai társadalmak a stigmát az eredeti, ókori felfogásban értelmezett terminusként azoknak a csoportoknak, csoportok tagjainak a megjelölésére használják, melyben a csoport, a csoporthoz tartozó egyén valamely tulajdonsága valamilyen szempontból eltér a többségi csoport, társadalom általános, meghatározó tulajdonságától.” (Goffman, 1998., 263.o.)

tradicionális női szerepeket privilegizáló, a heteroszexuális családközpontúságot előtérbe helyező társadalmi (hatalmi) diskurzusok esetén.

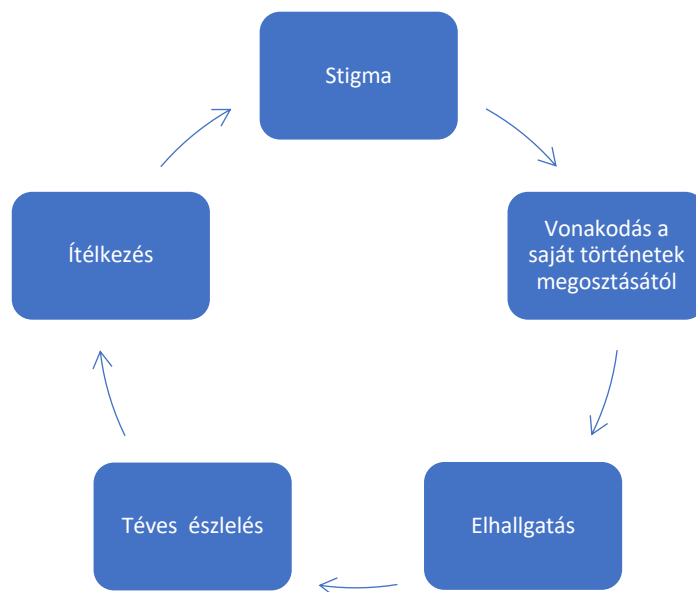
Az abortusz egyben a nőknek a szexualitásuk, termékenységük, és végső soron a saját testük feletti kontrollját is jelenti. A test feletti kontroll kérdéséhez kapcsolhatók az abortusz-stigmának azon megközelítései, amelyek a megbélyegzést a társadalmi, gazdasági és politikai hatalomhoz való hozzáférés nemi különbségeivel magyarázzák, aminek része (és egyben az egyenlőtlenségek fenntartásának eszköze is) a női szexualitás szisztematikus kontrollálása, vagy általában a nemi szerepek rigid és szűk mozgásteret engedélyező volta (Kumar és mtsai, 2009). „Amíg a nők nem képesek kontrollálni a gyermekszülési képességüket, nem várhatják, hogy a férfiakkal teljesen egyenlő legyen a helyzetük” (Rhode, 1989, idézi Sebestyén, 2018, p. 99) – vagyis a nők számára a fogamzásszabályozás és a terhességmegszakítás lehetősége egyben a társadalmi státusz megváltoztatásának lehetőségét is jelenti.

Tágabb társadalmi kontextusban szemlélve ugyanakkor az abortusz stigmatizálása, illetve általában véve az abortusz-politika nem független a népesedéspolitikai kérdésektől sem, amennyiben az a magzat védelmét a nemzet fennmaradásának eszközeként tematizálja. Ez a megközelítés egyfelől a nemzeti identitás felsőbbrendűségét implikálja a nő identitásával szemben (Sebestyén, 2018), vagyis a megbélyegzés alapja a nemzettel szembeni kötelesség elutasítása. Másrészt azt a hatalmi (és egyben biopolitikai) kérdést is felveti, hogy kiket tekintünk a nemzethez tartozónak. Az engedélyezés/tiltás összekapcsolása faji-etnikai megkülönböztetéssel egyben egy (a hatalom által kiválasztott) szociokulturális hagyomány hegemoniájának fenntartását, míg mások háttérbe szorítását is szolgálhatja (ld. pl. Ausztrália: Millar, 2015).

A stigmatizáció mindig egy bizonyos társadalmi és kulturális kontextusban alakul, így az az adott közösség vonatkozásában értelmezhető, dinamikus szociális folyamat. Habár a meglévő kutatások alapján úgy tűnik, hogy a stigmával kapcsolatos érzések és élmények világszerte közös vonásokat mutatnak, az abortusz stigma inkább egy lokálisan konstruált és fenntartott szociális jelenség, mintsem egy univerzális társadalmi tény. Megjelenési formájának és intenzitásának befolyásoló tényezői például a házasságon kívüli szexuális életről vagy a korai szülővé válásról alkotott elképzelések, vagy a női-férfi szerepek (például a férfiak felelőssége a fogantatásért) (Kumar és mtsai, 2009). Jellemző továbbá, hogy a szigorúbb abortuszsabályozással rendelkező országokban (pl. Mexikó, Nigéria, Pakisztán és Peru) sokkal erőteljesebben van jelen az abortusz stigma, mint a

megengedőbb szabályozás mellett, ahol a művi terhességmegszakítás iránti elfogadóbb attitűdök jellemzőbbek (Loll és Hall, 2018; Shellenberg és mtsai, 2011).

A terhességmegszakítás mögött összetett indokok állhatnak, ám azok leegyszerűsítése és a gyakoriság negatív irányba torzított becslése (például a művi abortusz eltitkolása miatt) megerősíti azt a téves elképzelést, hogy egy ritkán előforduló beavatkozásról van szó. A hallgatás kölcsönösen megerősítő köre azután megakadályozza, hogy a közösségek tisztában legyenek a terhességmegszakítások tényleges gyakoriságával. Az abortusz így rendhagyónak, a terhességüket megszakíttató nők pedig az „átlagostól” különbözőnek tűnnek. Ha a normától való különbözőség alapjai már megvannak, onnan már lehetséges az abortuszhoz folyamodó nőket deviánsnak tekinteni és egy elkülönített kategóriába sorolni. A stigma-képzés következő lépése ezen csoport negatív tulajdonságokkal való felruházása (önző, felelőtlen stb.), amelyek sztereotípiává állnak össze (l. 2. ábra).



2. ábra. A stigma fenntartásának folyamata (Berkeley Media Studies Group [BMSG], 2017)

2.4.1 Az abortusz-stigma elemei

Az abortuszt övező stigma voltaképp három részterületből tevődik össze. Az *észlelt stigma* arra utal, hogy a személy tudatában van mások leértékelő attitűdjeinek az abortusza vonatkozásában, és feltételezi, hogy megkülönböztetésben lesz része annak

kapcsán. Az *internalizált stigma* a belsővé vált társadalmi normákat, attitűdöket és hiedelmeket jelenti, amelyek a terhességét megszüntető nőben önmagával kapcsolatos negatív érzéseket, elsősorban büntudatot és szégyent váltanak ki. Végül a *tapasztalt stigma* a mások felől érkező, a művi abortuszhoz közvetlenül kapcsolódó negatív diszkrimináció vagy rossz bánásmód megélését jelenti. A stigmatizáció elsősorban a terhességüket elvetető nőket érinti, de vonatkozhat az érintett nők férfi partnereire vagy az abortusz-ellátásban dolgozóakra is (Hanschmidt és mtsai, 2016).

Az internalizált abortusz-stigma két leggyakoribb, egyéni szinten való megnyilvánulása a szégyen és büntudat megélése. A terhességmegszakítást választó nők gyakorta vélik döntésüket valahogy „természetellenesnek”, önzőnek és immorálisnak gondolják tettüket, és úgy érzik, ellenszegülnek a családi elvárásoknak, kulturális normáknak és az anyaság eszméjének (Kumar és mtsai, 2009). Ezek miatt még a legközelebb állókkal sem tudják megosztani a történeteket, az abortusz titkolása azonban negatív hatással lehet fizikai és mentális egészségükre. Major és Gramzow (1999) szerint minél erősebb a nők által észlelt stigma, annál inkább szükségesnek érzik abortuszuk elhallgatását. A titkolás azonban az abortusszal kapcsolatos gondolatelnyomás nagyobb mértékéhez vezet, vagyis minél inkább megbélyegezve érzi magát az abortuszon átesett nő, annál nagyobb eséllyel alakulnak ki nála maladaptív érzelmi válaszreakciók (Major és Gramzow, 1999).

Ahogy azt több, a stigmatizációban érintett csoport (pl. HIV-fertőzöttek, mentális betegek, túlsúlyosak) kapcsán már igazolták (Hatzenbuehler, Phelan és Link, 2013), a társadalmi megbélyegzés hatása a nők mentális egészségére is jelentős. Az Amerikai Pszichológiai Szövetség által 2008-ban kiadott jelentés (TFMHA: Major és mtsai, 2008) szerint a stigmatizáció a terhességüket megszakító nők mentálisegészség-romlásának egyik fő kockázati tényezője. 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. Az abortusz után megemelkedett szorongásszint és depresszió tehát az abortuszhoz való korlátozott hozzáférés és az azt körülvevő titkosság következménye is lehet. A stigmatizáció ráadásul nemcsak azt befolyásolja, hogy a személyek titkolják-e később abortuszukat, hanem azt is, hogy a nők illegális utat választanak-e a terhességmegszakításra, vagy hogy orvosi segítséghez fordulnak-e abortusz után felmerülő komplikációk esetén (Hanschmidt és mtsai, 2016; Shellenberg és mtsai, 2011).

A stigmatizáltság az abortusz-ellátással is összefüggésben állhat. A társadalomban jelen lévő negatív ítélkezés együtt járhat abortusz-ellátás nem megfelelő minőségével, az információátadás hiányosságával, vagy akár az abortuszt kérvényező nő megszégyenítésével. A stigmatizált személyek által megélt diszkrimináció (tapasztalt stigma) azután ahhoz vezethet, hogy az érintettek kevésbé mernek kérdezni az eljárással kapcsolatban vagy felszólalni a rossz ellátással szemben, ami viszont a beavatkozás egyéni szinten megélt következményeire is kihatással lehet (Kumar és mtsai, 2009). Az ellátás egyes, törvényileg meghatározott elemei (pl. a kötelező várakozási idők vagy a kötelező ultrahang felvétel) is megerősíthetik a nők azon érzéseit, hogy választásuk morálisan helytelen (Norris és mtsai, 2011).

Itt jegyzem meg, hogy stigmatizáltság kapcsán is érdemes az egyéni tényezőkre is figyelmet fordítani, ugyanis az, ahogy maguk a nők megélik, interpretálják, racionalizálják az abortusz melletti döntésüket, nagyon személyfüggő (többek között az élethelyzet, párkapcsolat minősége és egyes személyiségtényezők által meghatározott), ami szintén befolyásolja, hogy mennyire érzik megbélyegzettnek magukat miatta (Norris és mtsai, 2011).

2.4.2 Retorikai irányok az abortusz-ellenességben

Az abortusz-stigma együtt jár azzal a moralizáló állásfoglalást közvetítő retorikai iránnyal, amely a magzatot, annak életét és jóllétét állítja a fókuszba (Purcell és mtsai, 2014, Leask, 2014). Azok a technikai vívmányok, amelyek hozzásegítenek minket a magzat konkrétabb elképzelhetőségéhez és kézzelfoghatóságához (pl. az ultrahang, a magzati video- és képi felvételek fejlődése és elterjedése), a fejlett magzati műtéti eljárások, a neonatális intenzív ellátás fejlődése a magzatot pácienssé tette, egy új biopolitikai alannyá, aki az egészségügy ellátására jogosult (Marecek és mtsai, 2017). A technológiai változások elősegítették a magzat perszonifikációját, és megkérdőjelezték az addigi határvonalakat magzat és újszülött között (Norris és mtsai, 2011). A „magzati személy” (fetal personhood) diskurzusa abba az irányba hat, hogy érzéseket, érzelmeket és az autonómia más jellemzőit, illetve retorikailag ártatlanságot, tisztaságot, szeretetre való képességet tulajdonítanak a magzatnak. Egy emberi jellemzőkkel felruházott lény destrukcióját azután könnyebb erőszakosnak, kegyetlennek és megindokolhatatlannak beállítani (Kumar és mtsai, 2009). Az abortuszt ellenző csoportok fel is használják a technológia biztosította magzati képeket, olyan módon mutatva be azokat, ami az abortuszt egyenlővé teszi a gyilkossággal: ezek a vizuális anyagok eltüntetik a nőt (és

ezzel egyedi élethelyzetüket is) a fókuszról, dekontextualizálva ezzel a magzatot, annak függetlenségét felnagyítva az őt hordozó anyához képest (Norris és mtsai, 2011).

A magzat-fókuszú abortuszellenesség mellett további retorikai irány az, amely a terhességmegszakításnak a nőkre gyakorolt ártalmait állítja előtérbe. E nő-fókuszú abortuszellenes kommunikáció eleme például a művi abortuszt kísérő büntudat és szégyenérzet univerzálisként és esszenciálisként való beállítása, vagyis amikor úgy keretezik a szégyent, mintha az a helyzetre adott természetes és elkerülhetetlen pszichológiai válasz, és nem egy szociális norma és konstruktum következménye lenne. Kumar és munkatársai (2009) felhívják a figyelmet arra, hogy az posztabortusz szindróma fogalmának bevezetése a közvéleménybe is lehet egy módja annak, hogy a nyelven keresztül patologizálják az abortuszhoz folyamodó nőket. Az abortusz eltúlzott mértékű összekapcsolása a mellrákkal, terméketlenséggel és egyes pszichológiai következményekkel szintén a nő-fókuszú abortuszellenes stratégia része (Littman, Zarcadoolas és Jacobs, 2009; Siegel, 2008).

Kumar és munkatársai (2009) többszintű elképzelése szerint a stigma az emberi interakciók számos szintjén képződik: személyes szinten, interperszonálisan, a közösségekben, intézményi szinten, jogi és politikai struktúrákban, valamint a tömegkultúra és a társadalmi diskurzusok szintjén. Így a média nyelvének és keretezésének vizsgálata is fontos az abortusz stigma kialakulásának és fennmaradásának megértéséhez.

2.4.3 Médiareprezentációk és abortusz-stigma

Napjainkban a tömegmédia jelentős eleme azon társadalmi elvárások közvetítésének, mi számít „normálisnak és alapvetőnek”, így megkérdőjelezhetetlenül része a stigmatizációval összefüggő társadalmi folyamatoknak is (Purcell és mtsai, 2014). Hasonlóan más, egészséggel kapcsolatos tartalmakhoz (pl. mentális egészség, HIV), az abortusz kapcsán is elmondható, hogy a tömegkommunikációs felületeken a stigma egyrészt megjelenítődik, másrészt (a negatív sztereotípiák, téves elképzelések, nem bizonyított vagy vélemény-alapú ítéletek közlésével) meg is erősítődik (Hatzenbuehler és mtsai, 2013). A különböző abortusztörténetek ábrázolása nem csak a beavatkozásról alkotott általános elképzeléseket, de az abortuszt választó nőkről kialakuló diskurzust is közvetíti és formálja.

A média abortuszreprezentációinak vizsgálata döntően két paradigmát követ: részben azt vizsgálják, hogy a különböző nyelvezet, például az abortuszellenes szervezetek által használt kifejezések befolyásolhatják-e az emberek attitűdjeit a művi abortusszal kapcsolatban, másrészt pedig az a narratív kontextus képezi a vizsgálat tárgyát, amelyben a művi abortusz megjelenítődik.

Az abortusszal kapcsolatos lingvisztikai elemzések fontos megállapítása, hogy az életpárti és választáspárti nézőpont szembenállása tükröződik abortusz alanyát illető szóhasználatban is: az pro-life retorikában jellemzően a „meg nem született gyermek”-nek, a pro-choice oldalon „magzat”-nak vagy „embrió”-nak nevezik (Mikołajczak és Bilewicz, 2014; McCullough és Chervenak, 2008), ami azért érdekes, mert a gyermek, illetve a magzat szó használata más pszichológiai kontextust hív elő a befogadóban. Mikołajczak és Bilewicz (2014) eredményei szerint terhességmegszakítással kapcsolatos szövegek olvasóinál a magzat megjelölés támogatóbb abortusz-attitűddel járt együtt. Feltevésük szerint a gyermek szó a magzattal szemben több kognitív hozzáférést nyújt annak emberi mivoltához, tulajdonságaihoz, míg a magzat kifejezéshez kevesebb emberi tulajdonságot társítunk, így ez egy távolító, dehumanizációs mechanizmusnak tekinthető. Ez a távolságtartás segíthet a nőknek a be nem fejezett terhességgel való megküzdésben, illetve megfontoltabb döntést tesz lehetővé a nem kívánt terhesség esetén. A szerzők szerint a szóhasználat önmagában nem döntő jelentőségű egy nő választása szempontjából, de a már eleve ambivalens, morálisan eldöntetlen esetekben befolyásoló hatású lehet (Mikołajczak és Bilewicz, 2014).

A szóhasználaton túl az abortusszal kapcsolatos történetek, narratívák és az asszociált képzetek is formálják azt, hogy milyen kép alakul ki bennünk a terhességmegszakításról. Purcell és munkatársai (2014) brit hírújságok és bulvárlapok cikkeiben vizsgálták az abortusz reprezentációját, és kifejezetten az abortusz stigma megjelenését kvalitatív tartomelemzéssel. Azt találták, hogy a művi abortuszt gyakorta jelenítik meg elkerülhetetlenül és univerzálisan ellentmondásosként, így egyszersmind atipikusként, szokatlan jelenséggént, ami gátja lehet annak, hogy hétköznapi jelenséggént lehessen az abortuszt beszélni. A terhességüket megszakító nőt valamely módon különbözőként, az átlagtól eltérőként ábrázolják, és egy sor negatív tulajdonsággal jellemezik (mint az önző vagy promiszkuis), magát az élethelyzetet pedig olyan deviáns viselkedésekkel hozzák kapcsolatba, mint a tinédzserterhesség és a nagyívás. Jellemző, hogy az érintett nők különböző szempontjainak bemutatása hiányzik, így a cikkek leegyszerűsítve jelenítik meg a nők abortusszal kapcsolatos élményeinek összetettségét

és változatosságát A szerzők szerint az abortuszt választó nők ilyen sztereotipizáló ábrázolása hamisan teremt távolságot az abortuszt választó nők és a társadalom többi tagja között – ez a marginalizálás a stigmatizáció folyamatának egyik eleme. Az elemzett cikkekben az abortuszt a későbbi egészségi állapotra nézve kockázatosnak, a nők mentális egészsége szempontjából veszélyesnek ábrázolják, az abortuszellenes megszólalók egységesen és kizárólag a nők abortuszra adott negatív reakcióiról számolnak be. A szerzők szerint a terhességmegszakítás nem normatívként és potenciálisan veszélyesként való keretezése, valamint az, hogy csak a nőket teszik felelőssé a reprodukív döntésekért, hozzájárul az abortusz-stigma kialakulásához és fenntartásához (Purcell és mtsai, 2014).

Hasonló eredménnyel zárult két, a legnagyobb amerikai lapokban megjelent cikket elemző tanulmány is: a híradások részben a téma keretezése, részben pedig a nyelvhasználat révén megerősítik az abortusz-stigmát (Nixon és mtsai, 2016; Woodruff, 2013). A kutatók szerint a megbélyegzést erősíti, ha a terhességmegszakítás kérdése következetesen összekapcsolódik az önzéssel, megbánással, a mentális és fizikai ártalmakkal, valamint a felelőtlenséggel. Szintén jellemző torzító tényező, ha az abortusz mellett és ellene szóló érvek nem azonos súlyúak, illetve, ha a művi vetélést politikai kérdésként, vagy az alkotmányos jogok és a magzati jogok közötti szembenállásként, és nem a nők egészségét érintő orvosi eljárásként határozzák meg. Különösen így van ez akkor, ha a tudósításokban általában véve kevés a személyes tapasztalatait megosztó, érintett megszólaló. Az abortuszról szóló társadalmi diskurzust erőteljesen befolyásolhatják az olyan tudományosan megalapozatlan és/vagy a tudományos konszenzus által nem támogatott állítások, mint például a magzati fájdalomra való hivatkozás, amely elfogadja a magzat önálló személyiségét, és így a nő döntésének megítélésére is jelentős hatással bír (Woodruff, 2013).

Az abortusz-stigmával összefüggő információ-torzulás gyakorta a művi vetélés következményeit vagy magának a beavatkozásnak a gyakoriságát érinti (alul- vagy felülbecsülve azt). Sisson és Kimport (2014) az 1916 és 2013 közötti amerikai televíziós műsorok és filmek abortuszhoz kapcsolódó cselekményeit elemezve azt találták, hogy azokban gyakoribbak az abortusztörténetek, mint azt a populáris diskurzus sugallja, mely utóbbi szerint az abortusz még mindig az egyik legerősebb televíziós tabu. Vizsgálatuk eredménye szerint ugyanakkor a terhességek kimenetelének bemutatása összességében nem tükrözi a valós statisztikákat sem. A vizsgált 310 cselekmény 9 %-ban a nők az adoptálást választották, amely mérték a való életben 1 % körüli. A halálesetek meglepően

gyakori előfordulását találták a cselekményekben: a történetek 13 %-ban az abortuszhoz folyamodó nő életét vesztette, azokban az esetekben is, amikor végül nem végezték el a terhességmegszakítást. 9%-uk az abortusz következtében halt meg, amely arány meglehetősen eltúlzott: valójában annak az esélye, hogy a biztonságos abortusz halálhoz vezet, statisztikailag közel nulla (Sisson és Kimport, 2014). Későbbi vizsgálatuk (Sisson és Rowland, 2017) szerint a filmbéli karakterek 37,5 %-a tapasztalt meg valamilyen komplikációt vagy negatív egészségi következményeket. Ez az érték szintén nem felel meg a valós statisztikáknak, ahol ez az arányszám 2,1% körüli. Hasonlóan felülreprezentált a művi vetéléssel összekapcsolt meddőség, súlyos műtétek (pl. hysterectomia), mentális problémák és egészségkárosító viselkedések (pl. öngyilkosság, ittas vezetés) előfordulása, valamint az abortusszal összefüggő mortalitás is – utóbbi 7000-szerese a valós statisztikai adatoknak. A televízió tehát az orvosi komplikációk és hosszútávú káros következmények felülreprezentálásával, a halállal végződő abortuszok hangsúlyozásával, a terhességmegszakítás és halál, vagy önmagában az abortusz megfontolása és a halál ismételt, narratív összekapcsolásával drámaian felnagyítja az abortusz egészségi kockázatait, és reprezentációját a veszélyesség irányába tolja el (Sisson és Kimport, 2014; Sisson és Rowland, 2017).

A fentiek ellenpontosításaként a médiareprezentációk a stigmatizáció csökkentéséhez is hozzájárulhatnak. Ennek útja egyrészt az, ha a tömegkommunikációba minél több és sokrétű, helytálló információ kerül be a terhességmegszakításra vonatkozóan, illetve, ha az abortuszról nem csak általánosságban, hanem egyes érintettek személyes történeteit bemutatva beszélnek (BMSG, 2017).

3. AZ ABORTUSZ-ATTITÚDÖK VIZSGÁLATA

A kutatás első szakaszát egy, az abortusz-attitűdökre irányuló nagymintás (N=1704) vizsgálat adja, melynek célja a terhességmegszakítás társadalmi megítélésének elemzése, összefüggésben egyes demográfiai és egyéni élettörténeti adatokkal, az értékrenddel, személyiségtényezőkkel, a vélemény kialakítására vonatkozó jellemzőkkel (lezárási igény), és egyéb változókkal. Igyekeztem feltárni, milyen tényezőktől függ, hogy egy személy hogyan gondolkodik a terhesség megszakításáról, és ezzel kapcsolatban magyarázó modellt kidolgozni az abortusz-attitűdöt meghatározó tényezőkre vonatkozóan. A vizsgálat további kérdése, 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.

Az abortusz-attitűdöt egy sajátos almintán is vizsgáltam: olyan egyetemi hallgatókkal vettem fel a kérdőívet, akik a jövőben, hivatáshelyzetben várhatóan találkoznak majd a művi abortusz témájával. Az orvostan-, szülésznő-, védőnő- és pszichológushallgatók esetében a kérdésem, hogy végzettségük megszerzése után várhatóan dolgoznak-e az abortusz-ellátás képzettségüknek megfelelő területén (művi abortusz elvégzése, tanácsadás, felvilágosítás, művi abortuszon átesettek testi vagy pszichés ellátása), és ezeket a terveiket az abortuszra vonatkozó attitűdjük vajon befolyásolja-e.

A fentiek mellett a kutatás célja volt az Attitűd Érvéles Kérdőív (Parsons és mtsai, 1990) magyar változatának elkészítése és pszichometriai értékelése is.

3.1 A kutatás módszertana

3.1.1 Az adatgyűjtés módja

A vizsgálatot az ELTE Tudományos Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (2017/ 274.) Az online kérdőív elérhetőségét és a toborzó hirdetést részben hólabda módszerrel, részben online magazinok felületén juttattam el a kitöltőknek.

A vizsgálati személyek egy részét egyetemi hallgatók közül toboroztam. Az egyetemi hallgatók mintáját a Semmelweis Egyetem általános orvos graduális képzést, szülésznő és védőnő szakirányt végző (BSc) hallgatói, valamint az ELTE pszichológia szakos

hallgatói alkották, akiket a hallgatók különböző internetes csoportjain és levelezőlistáin keresztül értem el.

A résztvevők az online teszt kitöltés előtt elolvasták a vizsgálatról szóló Tájékoztatót és a Beleegyező nyilatkozatot, annak önkéntes és aktív elfogadásával (a kérdőív kitöltése előtt az online felületen jelölt igen válasszal) vettek részt a kutatásban. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt, a személyek a kérdőívek kitöltésének bármely szakaszában megszakíthatták a vizsgálatban való részvételt bármilyen következmény nélkül. A részvételről és a vizsgálat céljáról pontos tájékoztatást adtam, megtévesztés nem történt. A kérdőív klinikai skálát nem tartalmazott.

Az online kérdőívet a LimeSurvey felületén szerkesztettem meg.

3.1.2 A vizsgálat során alkalmazott módszerek bemutatása

Saját szerkesztésű kérdéssor

A standardizált kérdőíves eljárások mellett a vizsgálati személyek egy saját szerkesztésű kérdéssort is kitöltöttek, amely a következő témákra vonatkozott:

demográfiai alapadatok: nem, születési év, lakóhely, legmagasabb iskolai végzettség, fő tevékenység, családi állapot, vallásosság

gyermekvállalás: hány alkalommal volt terhes (nőknél), hány gyermeke van, hány testvére van, a jövőben hány gyermeket szeretne vállalni, hány éves volt / hány éves korában szeretné, hogy megszülessen az első gyermeke, mit tart ideális életkornak az első gyermek vállalásához, mennyire gondolja fontos célnak a gyermekvállalást a saját életében

művi abortuszra vonatkozó kérdések: előfordult-e művi abortusz a közvetlen környezetében, mennyire gondolja magát tájékozottnak a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban, tudja-e, hogyan alakult a művi abortuszok száma hazánkban az elmúlt években, mi a véleménye a jelenlegi szabályozásról, tapasztal-e negatív megítélést vagy megbélyegzést a magyar társadalomban azokkal a nőkkel szemben, akik művi abortuszon esnek át, illetve akik részt vesznek az ellátásban, és tagja-e olyan közösségnek, amely tiltja a művi abortuszt

szituatív tényezők az abortusz engedélyezése/választása kapcsán: mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortusz engedélyezését az egyes élethelyzetekben és melyek esetén tartja elképzelhetőnek, hogy ő maga (férfiak esetén: a partnere) a művi abortuszt választaná

a foglalkozási szereppel összefüggő attitűdök: a jövőbeli munkavégzése során várhatóan részt vesz-e művi abortusz elvégzésében, művi abortusszal kapcsolatos felvilágosításban, tanácsadásban művi abortuszon átesettek testi vagy pszichés ellátásában (egyetemi hallgatóknál)

Kérdőíves eljárások

Abortusz Érvelés Kérdőív

Az abortuszra vonatkozó vélekedések vizsgálatához a Parsons, Richards és Kanter által 1990-ben készített Abortusz Érvelés Kérdőívet (Reasoning About Abortion Questionnaire (RAQ)) használtam, amely 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. Ez az álláspont gyakoribb azok között a nők között, akik kihordják az egyébként nem kívánt terhességüket, és ritkábban fordul elő az abortuszt választók között (Smetana és Adler, 1979, 1980).

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 Érvelés Kérdőív tehát a morális és a személyes érvelést tekinti a kontinuum két végpontjának, amelyek között minden válaszadó elhelyezhető.

Az eredeti kérdőív végleges változata 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 faktorral pozitív korrelációt mutatnak a morális érvelési formát támogató tételek, így ezek alkotják a mérőeszköz M skáláját (vonatkozó tételek: 2, 4, 5, 6, 10, 12, 15, 16, 18, 19). Ezen a skálán olyan állítások fordulnak elő, mint például „Az abortusz sérti a meg nem született személy alapvető jogát az élethez”, „Az abortusz egy élet elpusztítása egy másik kényelme érdekében”. Az ellentétes töltéssel rendelkező tételek a P skálán helyezkednek el (vonatkozó tételek: 1, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 20). A P skála így a személyes érveléssel kapcsolatos állításokat tartalmazza, mint például „Ha egy nő úgy érzi, hogy nem tud gondoskodni egy csecsemőről, legyen lehetősége abortuszra”, „A nőnek jogában kell állnia, hogy saját életkörülményei alapján dönthesse az abortuszról”.

Fontos kiemelni, hogy a mérőeszközön mért konstruktumok a művi abortuszra vonatkozó érvelési formát, arról való gondolkodást, és nem csupán az abortusszal kapcsolatos egyetértést vagy egyet nem értést vizsgálják.

Mivel az M és P skála erős negatív korrelációt mutat ($r=-0,92$), a szerzők szerint az összefüggés egy indexben is kifejezhető: a polaritás-index a két skálaérték különbségéből (M-P) áll elő. Az eredeti számítások alapján az M és P skálán kapható minimum pontszám a 10 pont, a maximum pedig az 50 pont. Mivel a Likert-skála 1-es értéke jelenti az adott tétellel való teljes egyetértést, így a skálákon kapott minimális 10 pont jelenti a skála konstruktumának teljes elfogadását (pl. M=10 pont, a morális érvelés teljes támogatását jelenti). A polaritás-index használatához az M skála összértékéből kivonjuk a P skála összértékét, így egyetlen kétpólusú skálát kapunk, ami -40 és +40 közötti értéket vehet fel. Ezek alapján minél inkább közelít a polaritás-index értéke a -40-hez (M=10 pont, P=50 pont), annál erőteljesebb a morális érvelés támogatása, a +40-es értékhez való közelítés pedig a személyes érvelési móddal való egyetértést jelenti.

A Parsons és munkatársai (1990) által létrehozott kérdőív megbízható és valid mérőeszköznek bizonyult pszichometriai szempontból is, belső konzisztenciája 0,95-os (P-skálára nézve), illetve 0,96-os (M-skálára nézve) Cronbach α értéket mutatott, a teszt-reteszt reliabilitás 8 nap után $r=0,98$.

A kérdőívet a korábbiakban használták abortusz-aktivisták vizsgálatára (Kaysen és Stake, 2001: az attitűd típusa szignifikáns kapcsolatot mutatott az aktivizmussal, $p<0,01$), szexualitás és a spiritualitás közötti kapcsolatot feltáró kutatásban (Horn, Piedmont, Fialkowski, Wicks és Hunt, 2005: a morális érvelés pozitívan korrelál a spiritualitással, $r=0,3$; $p<0,001$), valamint egyetemi hallgatók abortusszal kapcsolatos vélekedéseiben mutatkozó elmozdulás mérésére egyoldalú pro-life vagy pro-choice érvelést megjelenítő

videók megtekintése után (Dodd, Sims és Buggie, 1994). Ball nagy arányú egyezést talált gyakorlatukat végző ápolók, szociális munkások, tanácsadók mintáján a RAQ értékek és az abortusz attitűdre vonatkozó önjellemzés (pro-life vagy pro-choice) között (Ball, 2010). Szintén amerikai vizsgálatban az abortusz személyes elfogadása (személyes érvelés) negatívan korrelált az abortusz utáni szorongással (De Vito, 2012).

Lezárási Igény Kérdőív

A lezárási igény Webster és Kruglanski (1994) által megfogalmazott elmélete alapján válaszkészségünk egy kontinuumon helyezhető el, amelynek az egyik végpontja azt a sürgősségi igényt fejezi ki, hogy a már meglévő vagy gyorsan/kis költséggel megszerezhető tudáselemek alapján minél gyorsabban alakítsuk ki a véleményünket, helyezkedjünk egy határozott álláspontra, a másik végpont pedig az elhamarkodott következtetések elkerülésére, az alternatívák figyelembevételére, a feldolgozási folyamat elnyújtására, a megalapozott állásfoglalásra vonatkozó igényt jelenti (Csanádi, Harsányi és Németh, 2009a; Csanádi, Harsányi és Szabó, 2009b). A lezárási igény elképzelése a nyílt/zárt gondolkodás koncepciójához (Rokeach, 1960) kapcsolható, annak az információkeresés motivációját a fókuszba állító továbbgondolásaként értékelhető. „Azok, akik a lezárási iránti igény magasabb szintjével jellemezhetők, kevésbé körültekintők és mérlegelők, kevesebb alternatívát fogadnak el és biztosabbak döntéseikben. A lezárási elkerülését fokozottabban igénylők (akik alacsonyabb lezárási igénnyel jellemezhetők) viszont több alternatívát is figyelembe véve, kiterjedtebb döntési folyamat eredményeként hozzák meg ítéleteiket (Kruglanski, 2005). A magas lezárási igényű személyek tehát biztosabbak lehetnek döntéseikben, hamarabb hozzák meg azokat, kevesebb időt szánnak mérlegelésre. Ugyanakkor kevésbé körültekintők, és ítéleteik sok esetben pontatlanabbak.” (Csanádi és mtsai, 2009a, 147. p.).

A kutatás során használt lezárási igény mérésére szolgáló skálát (Need for Closure Scale) Kruglanski és munkatársai dolgozták ki 1993-ban (Kruglanski, Webster és Klem, 1993), az ennek alapján elkészített magyar változatot Csanádi és munkatársai validálták (Csanádi és mtsai, 2009a), majd egyetemista mintán tesztelték azt (Csanádi és mtsai, 2009b).

A kérdőív 47 itemet tartalmaz, ebből a lezárási igényt 42 (25 egyenes és 17 fordított pontozású), a szociális kíváncsiságot további 5 tétel méri. A kitöltők egy hatfokú Likert-skálán ítélik meg az egyes itemek kapcsán az egyetértésük mértékét (1= egyáltalán nem

érték egyet, 6= teljesen egyetérték). Ha a kitöltő a a szociális kíváncsiság skálán legalább 15 pontot ér el, a kérdőívet értékelhetetlennek tekintjük (Csanádi és mtsai, 2009a).

A magyar változat megbízhatósága jó, az itemek egymással magas belső konzisztenciát mutatnak (Cronbach $\alpha = 0.84$). A szerzők a kérdőív tesztelésekor 3 tételt alacsony töltésük miatt kihagytak, és így egy ötfaktoros modellt kaptak:

1. faktor: Rend és Szervezettség Igénye – a rendezett, kiszámítható életvitelre és környezetre való igény
2. faktor: Döntéskészség – a gyors döntés meghozatalára vagy a habozásra, mérlegelésre irányuló késztetés
3. faktor: Többszemponúság Igénye/Kerülése – több szempont mérlegelése egy probléma megoldása során vagy annak elkerülése
4. faktor: Bizonytalansággal Szembeni Ellenérzés – a bizonytalansággal szembeni elutasítás, a világos és egyértelmű helyzetek és válaszok igénye
5. faktor: Újdonságkeresés/-kerülés – új helyzetek, szempontok, élmények keresésének igénye vagy a megszokott, elhatározott választása

A kérdőív alskáláinak megbízhatósági mutatói az 1. táblázatban láthatók.

Faktorok	Cronbach α
Rend és Szervezettség Igénye	0.83
Döntéskészség	0.79
Többszemponúság Igénye/Kerülése	0.62
Bizonytalansággal Szembeni Ellenérzés	0.81
Újdonságkeresés/-kerülés	0.57

1. táblázat A Lezárási Igény Kérdőív alskáláinak megbízhatósági mutatói (Csanádi és mtsai, 2009b)

Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmessége alskála

Az élet értelmessége konstruktum vizsgálatához a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív (BSCI) (Rahe és Tolles, 2002) élet értelmességét mérő alskáláját (BSCI-LM) használtam, melynek magyar változatát Konkoly Thege, Martos, Skrabski és Kopp készítette el (Konkoly Thege, Martos, Skrabski és Kopp, 2008).

A Rahe és munkacsoportja által kidolgozott, többdimenziós önjellemző mérőeszköz a mindennapos stresszhatások és a rendelkezésre álló megküzdő kapacitások átfogó felmérésének céljával készült. A stresszt keltő életesemények feltárása mellett az egyes megküzdési jellemzők is felmérésre kerülnek, ezek egyike az Elégedettség az élettel. Az

alskála önállóan is használható, 8 (6 egyenes és 2 fordított pontozású) tétel alkotja, amelyeket egy háromfokozatú skálán értékelnek a válaszadók (ritkán/néha/gyakran). A pszichometriai elemzések összességét tekintve a mérőeszköz megbízhatósága és érvényessége jónak tekinthető (Cronbach $\alpha = 0,76$).

Schwartz Értékteszt

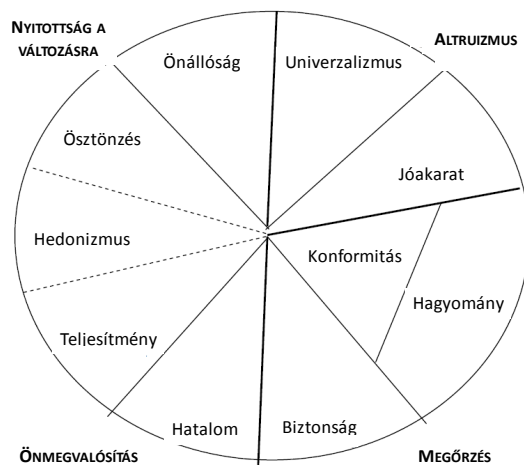
Az értékrendet a Schwartz által az emberi értékek vizsgálatára kifejlesztett kérdéssor használatával vizsgáltam (Portrait Values Questionnaire; PVS). Schwartz értelmezésében az értékek olyan átfogó célok és kíváncsok viselkedések, amelyek motiválják cselekvéseinket, megszabják azok irányát, meghatározzák, hogy miként értékelünk egyes helyzeteket, és egyben érzéseinket is befolyásolják. Az értékek fontosságuk szerinti rendbe szerveződve rendszert alkotnak, amelyet a külvilág felé is képviselünk. A kontextustól függően az értékek aktiválódnak, ez alapján választódnak ki a kíváncsok eredmény elérése felé ható reakciók (Ságvári, 2009).

A teszt 21 tételből áll, lényegében 21 ember rövid jellemzését tartalmazza, és a kitöltő feladata annak megítélése egy hatfokozatú skálán, hogy az adott leírás mennyiben illik rá (1: „nagyon hasonlít rám”; 6: „egyáltalán nem hasonlít rám”). A kisebb értékek tehát nagyobb fokú elfogadottságra utalnak.

Schwartz 10 alapvető értéket feltételezett (önállóság, ösztönzés, hedonizmus, teljesítmény, hatalom, biztonság, konformitás, hagyomány, jóindulat, univerzalizmus), amelyek két, egymásra merőleges tengely mentén négy csoportba rendezhetők.

Az egyik tengely (x) két végpontját a Változásra való nyitottság (openess to change), illetve a Megőrzés-konzervativizmus (conservation), míg a másikat (y) az Én-átalakulás /altruizmus (self- transcendence), illetve az Önmegvalósítás (self-enhancement) jelöli ki (l. 5. ábra).

A Schwartz Értékteszt nemzetközi szinten elfogadott, gyakorta használt mérőeszköz. Schwartz közleménye (2003) szerint 65 ország több mint 200 vizsgálatában használták, megbízhatósága (Cronbach $\alpha = 0,37-0,79$) és teszt-reteszt reliabilitása (0,66-0,88 és 0,62-0,82) megfelelő.



5. ábra A Schwartz-féle értékdimenziók (Ságvári, 2009, p. 98.)

Big Five Kérdőív

A személyiségtényezők mérésére a Big Five Kérdőív (BFI; John, Donahue, és Kentle, 1991, magyar adaptáció: Rózsa, 2010) rövidített, 30 ítemes verzióját használtam (Nagy, 2015), melynek skálái a személyiség 5 fő dimenzióját (extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, neuroticizmus, nyitottság) mérik. A rövidített kérdőív validálása során az eredeti ötfaktoros szerkezet reprodukálható volt, a tételek az elvárásoknak megfelelő faktoron súlyozódnak. A válaszadók egy ötfokozatú Likert-skála használatával ítélik meg, hogy az adott állítás milyen mértékben jellemző rájuk (1: egyáltalán nem igaz rám; 5: teljesen igaz rám). A skálakon elért magasabb pontszámok az extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, neuroticizmus és nyitottság magasabb szintjeit jelzik. Jelen kutatásban a személyiség fő dimenzióit jelző skálák belső megbízhatósági mutatói megfelelőek voltak (Cronbach- α = 0,64–0,82 között).

Statisztikai elemzés módszerei

Az adatok feldolgozása és elemzése itt és a további vizsgálatok során az SPSS 23.0 statisztikai programmal történt. Az alkalmazott próbák között szerepeltek: leíró statisztikai eljárások (százalék, átlag, szórás, minimum, maximum értékek), egymintás-, függetlenmintás- és páros összehasonlításra alapuló T-próba; Chi-négyzet próba; korrelációs vizsgálatok; egy- és többszemponos, összetartozó- és függetlenmintás varianciaanalízis, Bonferroni-féle páros összehasonlítás, főkomponens elemzés (Principal Component), valamint lépésenkénti többszörös lineáris regresszió-analízis.

3.1.3 A vizsgálati minta bemutatása

Demográfiai változók

A teljes elemzésbe N=1704 fő (100%) adata került be. A teljes minta főbb demográfiai jellemzői a 2. táblázatban láthatók.

		N	%
Csoport	általános populáció	1339	78,6%
	hallgatói populáció	302	17,7%
	férfi populáció	63	3,7%
Nem	férfi	195	11,4%
	nő	1509	88,6%
Családi állapot	nőtlen/hajadon, egyedül él	498	29,2%
	együtt él a partnerével, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül	518	30,4%
	házasságban él	594	34,9%
	bejegyzett élettársi kapcsolatban él	13	0,8%
	elvált	78	4,6%
Lakóhely	özvegy	3	0,2%
	főváros	699	41,0%
	megyeszékhely/megyei jogú város	384	22,5%
	város	402	23,6%
	község	219	12,9%
Legmagasabb iskolai végzettség	posztgraduális/posztdoktori doktori fokozat	83	4,9%
	főiskola, egyetem	771	45,2%
	érettségi	563	33,0%
	szakmunkásképző/szakiskola	60	3,5%
	8 általános vagy kevesebb tanul (valamilyen iskolában vagy tanfolyamon)	227	13,3%
Fő tevékenység	dolgozik (bejelentve/nem bejelentve/alkalmazott/vállalkozó)	459	26,9%
	álláskereső	956	56,1%
	álláskereső járadékot kap	9	0,5%
	munkanélküli, ellátás nélkül	18	1,1%
	csecsemőgondozási díjat kap	13	0,8%
	GYED-en vagy GYES-en van	165	9,7%
	főállású anya/apa, gyermeknevelési támogatást (GYET) kap	21	1,2%
	háztartásbeli, otthon van	32	1,9%
	rokkantnyugdíjas, rokkantjáradékos	8	0,5%
	nyugdíjas	1	0,1%
Vallásosság	nem tudja/nem válaszol	22	1,3%
	vallásos	549	32,2%
	nem vallásos	1047	61,4%
	nem válaszol	108	6,3%

2. táblázat. Az adatelemzés során felhasznált teljes minta demográfiai jellemzői

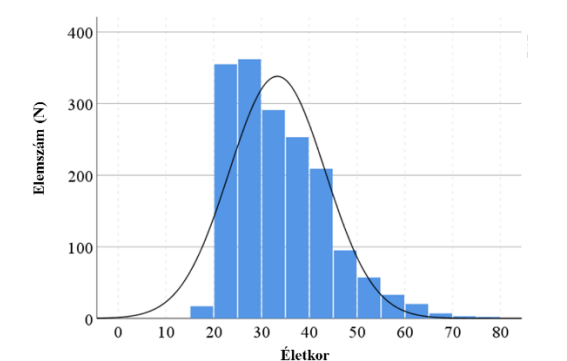
Nemi és életkori eloszlások

A nemi eloszlás kiegyenlítetlen, összesen 1509 (88,6%) nő és 195 (11,4%) férfi adata szerepel a mintában. Életkoruk átlaga 33,3 év (SD=10,1). A legfiatalabb résztvevő 18,

míg a legidősebb 78 éves volt a kérdőívsomag kitöltésének időpontjában. A mintára vonatkozó részletesebb életkori adatok nemek szerinti csoportosításban a 3. táblázatban található. Az életkori intervallumokra osztott hisztogramon (3. ábra) látható, hogy az életkori megoszlás egyenlőtlen.

		N (%)	M	SD	Min.	Max.
Életkor (év)	Férfi	195 (11,4%)	35,67	11,91	19	78
	Nő	1509 (88,6%)	33,0	9,75	18	76
	Összesen	1704 (100%)	33,3	10,1	18	78

3. táblázat. Az adatelemzés során felhasznált teljes minta életkori megoszlása



3. ábra. A teljes mintára vonatkozó életkori eloszlás intervallumokra osztva

Családi állapot

A vizsgált mintában (N=1704) a családi állapot szerinti eloszlás az alábbiak szerint alakult: 498-an (29,2%) *nőtlenek/hajadonok*, 518-an (30,4%) *élnek együtt partnerükkel bejegyzett élettársi kapcsolat vagy házasság nélkül*, 594-en (34,9%) *házasok*, 13-an (0,8%) *élnek bejegyzett élettársi kapcsolatban*, 78 fő (4,6%) *elvált* és 3 fő (0,2%) *özvegy* (l. 2. táblázat).

Lakóhely szerinti eloszlás

A lakóhely tekintetében a vizsgált mintánkból 699 fő (41,0%) él a fővárosban, 384-en (22,5%) megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 402-en (23,6%) városban és 219-en (12,9%) községben (l. 2. táblázat).

Iskolázottság szerinti eloszlás

A legmagasabb befejezett iskolai végzettséget tekintve a teljes mintából 83 fő (4,9%) nyilatkozott úgy, hogy *posztgraduális vagy doktori fokozata van*, 771 résztvevőnek (45,2%) van *főiskolai vagy egyetemi szintű oklevele, diplomája*, 563 főnek (33%) az *érettségi* a legmagasabb iskolai végzettsége, 60 főnek (3,5%) van

szakmunkásképző/szakiskolai oklevele, és 227 fő (13,3 %) 8 vagy kevesebb általános iskolai osztályt végzett (l. 2. táblázat).

Jelenlegi fő tevékenység szerinti eloszlás

A felvétel idején végzett fő tevékenység szerint a mintába bekerültek két legnagyobb csoportja a dolgozóké és az épp iskolába járóké: 956 fő (56,1 %) *dolgozik*, 459-en *tanulók* (26,9%). 18-an (1,1%) *munkanélküliek*. *Gyermekvállaláshoz kapcsolódó ellátási formákban* (csecsemőgondozási díj, GYED, GYES, GYET) összesen 199 fő (11,7%) részesül (l. 2. táblázat).

Vallásosság, vallási közösségek

A vizsgált minta 32,2%-a (N=549) tartotta magát *vallásosnak*, ezzel szemben a résztvevők 61,4% -a (N=1047) *nem* tekintett magára *vallásosként*. A kérdésre a kitöltők 6,3%-a (N=108) a „*nem válaszol*” lehetőséget jelölte meg (l. 2. táblázat).

A válaszadók jelentős többsége (N=1491) nem tagja olyan közösségnek, amely tiltja a művi abortuszt, összesen 10,2% (N=169) jelölte, hogy tagja ilyen közösségnek.

Gyermekvállalásra vonatkozó változók

Gyermekek száma

A résztvevők gyermekeinek számára vonatkozó leíró adatokat a 4. táblázat foglalja össze nemi bontás szerint, illetve a teljes mintára nézve. A két nemnél nincs statisztikai különbség a gyermekek számának arányos megoszlásában ($\chi^2=4,439$, $p=0,350$). Kiemelendő, hogy a megkérdezettek többségének (1055 főnek, 61,8%-nak) nincsen gyermeke, ez a 30 év fölöttiek 37,6%-át (N=344) jelenti. Közülük 48,8% (N=168) a jövőre vonatkozóan a „nem szeretnék gyermeket vállalni” válaszlehetőséget jelölte meg. A gyermekvállalási terveket tekintve: 13,5% (N=206) egy, 25,1% (N=383) kettő, 16,2% (N=247) legalább három gyermeket szeretne. A nőkre szignifikánsan magasabb arányban jellemző, hogy egyáltalán nem (46,6%/34,8%) vagy csak egy (14,8%/9,9%) gyermeket szeretnének, mint a férfiakra ($\chi^2=17,176$, $p=0,002$).

		Férfi (N=195)	Nő (N=1509)	Teljes minta (N=1704)
Gyermekek száma	Nincs gyermeke	122 (62,6%)	932 (61,8%)	1054 (61,9%)
	Egy gyermeke van	24 (12,3%)	230 (15,2%)	254 (14,9%)
	Két gyermeke van	26 (13,3%)	195 (12,9%)	221 (13,0%)
	Három gyermeke van	12 (6,2%)	105 (7,0%)	117 (6,9%)

Négy vagy több gyermeke van	11 (5,6%)	47 (3,1%)	58 (3,4%)
--------------------------------	-----------	-----------	-----------

4. táblázat. *Gyermekek számára vonatkozó leíró statisztikák*

Ideális gyermekvállalási kor

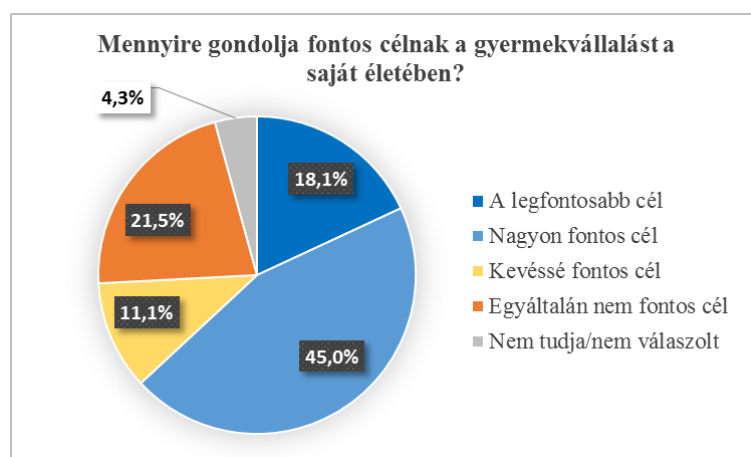
Az ideális gyermekvállalási kor kapcsán megkérdeztem, hogy amennyiben még nincs gyermeke a kitöltőnek, hány éves korában szeretné, hogy megszülessen első gyermeke. A kérdés csak azoknál jelent meg, akik a korábbi válaszok alapján gyermektelenek, de szeretnének gyermeket (N=651). Az 5. táblázatból az látszik, hogy a kérdést megválaszolók nagyjából fele 26 és 30 éves kora között szeretne gyermeket vállalni.

		Férfi (N=91)	Nő (N=1509)	Összesen (N=651)
Gyermekek száma	20-25 éves kor között	7 (7,7%)	79 (14,1%)	86 (13,2%)
	26-30 éves kor között	43 (47,3%)	295 (52,7%)	338 (51,9%)
	31-35 éves kor között	27 (29,7%)	141 (25,2%)	168 (25,8%)
	36-40 éves kor között	6 (6,6%)	32 (5,7%)	38 (5,8%)
	40 éves kor felett	8 (4,1%)	13 (2,3%)	21 (3,2%)

5. táblázat. *Amennyiben még nincs gyermeke és szeretne, hány éves korában szeretné, hogy megszülessen első gyermeke?*

A gyermekvállalás fontossága

A gyermekvállalás fontossága kapcsán a résztvevők öt opcióból választhatták ki, hogy mennyire tartják azt fontos célnak saját életükben (4. ábra). 308 fő (18,1%) gondolta úgy, hogy a gyermekvállalás a *legfontosabb cél* az életében, 767-en (45%) jelölték meg *nagyon fontos célként*, 189 fő (11,3%) *kevésbé fontos célként*, 367 fő (21,5%) pedig *egyáltalán nem tekintik fontos célnak* a gyermekvállalást az életükben.



4. ábra *A gyermekvállalás mint cél fontossága*

A művi abortuszhoz kapcsolódó változók

Abortusz előfordulása a válaszadó közvetlen környezetében

A megkérdezettek 52,4% közvetlen környezetében előfordult abortusz, 26,9% környezetében nem fordult elő. A vizsgálati személyek több, mint 20%-a nem válaszolt a kérdésre (N=353). Arra vonatkozó adatot, hogy hány abortusz fordult elő a környezetében N=858 fő adott meg, 34,7% egy abortusztól tud, 20,7% négyről vagy többről, 4,5% 10-nél többről.

Tájékozottság a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban

A vizsgálati személyek 38% tartja magát inkább tájékozottnak az abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban (N_{Nagyon tájékozott}=261, N_{Inkább tájékozott}=386), 30,8%-uk (N=525) közepesen tájékozottnak, 31,2% pedig inkább tájékozatlannak (N_{Inkább tájékozatlan}=328, N_{Egyáltalán nem tájékozott}=204). A megkérdezettek 43,2%-a (N=736) úgy gondolja, hogy a hazai szabályozást enyhíteni kellene, 36% (N=613) szerint nem szükséges változtatni, míg 13,6% (N=232) szigorítani a jelenlegi szabályozást.

Negatív megítélés vagy megbélyegzés tapasztalása

A megkérdezettek 7 fokozatú Likert-skálán jelölhették be, hogy mit gondolnak, mennyire gyakran éri megbélyegzés abortusz miatt a nőket, illetve az abortusz-ellátásban dolgozó szakembereket. Hiányzó adat, „nem tudja/nem válaszol” válasz nem fordult elő. 10,9% gondolta úgy, hogy a nőket soha nem éri megbélyegzés, 16,1% pedig úgy, hogy ez gyakran megtörténik. A megkérdezettek 30,3% gondolta úgy, hogy nem jellemző, hogy a nőket megbélyegeznék (1-3 értékek), 54,9% pedig, hogy viszonylag gyakoriak a megbélyegzések (5-7 értékek). Az ellátó személyzetet lényegesen kevésbé gondolják megbélyegezettnek, mint az abortuszt választókat (Wilcoxon Signed Rank Test: Z=-23,53; p<0,001). 28,8% szerint sosem éri megbélyegzést az ellátásban dolgozókat, 6,3% vélte úgy, hogy gyakran. Összesen 58,5% gondolta, hogy inkább nem éri megbélyegzés a személyzetet (1-3 értékek), míg 27,8% vélte úgy, hogy viszonylag gyakori (5-7 értékek) a megbélyegzés.

A művi abortuszok számának alakulása hazánkban az elmúlt években

Az elmúlt évekre vonatkoztatva abortuszok számának változásával kapcsolatban az érvényes választ adók (N=871) 15,8%-a (N=138) gondolta, hogy jelentősen növekedett a hazánkban az abortuszok száma, 27,6% (N=240) szerint enyhén növekedett, 7,5%

(N=65) szerint nem változott, 35% (N=305) úgy vélte, hogy enyhén csökkent, míg 14,1% (N=123) szerint jelentősen csökkent.

Skálák adatai

Az egyes skálák főbb jellemzői az 6. táblázatban láthatók. A reliabilitási mutatók általában megfelelő szintű konzisztenciát jeleznek a skálák egyes itemei között. A Rövidített Big Five Kérdőív Barátságosság alskálája ($\alpha=0,64$), a Schwartz Értékeszt Én-átalakulás ($\alpha=0,67$) és Megőrzés-konzervatizmus ($\alpha=0,62$) alskálái, illetve a Lezárási Igény Kérdőív Szociabilitás/hazugság ($\alpha=0,43$), Többszempontúság igénye/kerülése ($\alpha=0,59$) és az Újdonságkeresés/-kerülés ($\alpha=0,62$) megbízhatósági szintje kérdéses.

	N	MD	SD	Cronbach's α	Min	Max
AÉK	1704	15,70	22,45	0,94	-40	40
AÉK_P	1704	38,64	11,29	0,96	10	50
AÉK_M	1704	22,93	11,85	0,96	10	50
ÉE	1704	15,19	3,51	0,78	4	20
BFI_E	1704	18,96	5,11	0,82	6	30
BFI_B	1704	19,50	3,79	0,64	6	30
BFI_L	1704	21,74	4,00	0,76	8	30
BFI_N	1704	18,47	4,77	0,81	6	30
BFI_NY	1704	23,38	3,83	0,77	6	30
ÉT_NY	1704	26,80	4,69	0,75	6	36
ÉT_Ö	1704	14,45	3,90	0,76	4	24
ÉT_A	1704	23,79	3,64	0,67	6	30
ÉT_M	1704	21,03	4,81	0,62	7	36
LIK_SZOC	1704	11,62	3,43	0,43	5	30
LIK	1510	149,93	18,23	0,83	81	220
LIK_RSZ	1510	32,89	6,81	0,80	9	48
LIK_D	1510	24,24	5,81	0,79	6	36
LIK_TK	1510	16,37	3,94	0,59	6	34
LIK_BSZE	1510	56,09	10,24	0,84	19	84
LIK_ÚK	1510	20,34	3,64	0,62	7	30

AÉK= Abortusz Érvéles Kérdőív; AÉK_P= Abortusz Érvéles Kérdőív - P skála (személyes érvéles); AÉK_M= Abortusz Érvéles Kérdőív - M skála (morális érvéles); ÉE= Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmessége; BFI_E= Big Five Rövidített – Extraverzió; BFI_B= Big Five Rövidített – Barátságosság; BFI_L= Big Five Rövidített – Lelkiismeretesség; BFI_N= Big Five Rövidített – Neuroticitás; BFI_NY= Big Five Rövidített – Nyitottság; ÉT_NY= Schwartz Értékeszt - Változásra való nyitottság; ÉT_Ö= Schwartz Értékeszt – Önmegvalósítás; ÉT_A= Schwartz Értékeszt – Én-átalakulás; ÉT_M= Schwartz Értékeszt – Megőrzés-konzervatizmus; LIK_Szoc= Lezárási Igény Kérdőív - Szociabilitás/hazugság skála; LIK= Lezárási Igény Kérdőív; LIK_RSZ= Lezárási Igény Kérdőív - Rend és Szervezettség Igénye; LIK_D= Lezárási Igény Kérdőív – Döntéskészség; LIK_TK= Lezárási Igény Kérdőív - Többszempontúság Igénye/Kerülése; LIK_BSZE= Lezárási Igény Kérdőív - Bizonytalansággal Szembeni Ellenérzés; LIK_ÚK= Lezárási Igény Kérdőív - Újdonságkeresés/-kerülés

6. táblázat. Az egyes skálák átlag-, minimum és maximum értékei, illetve megbízhatósági mutatója

3.2 Kérdésfeltevések és hipotézisek

1. Az Abortusz Érvelés Kérdőív magyar változatának elkészítése

Mivel magyar nyelven nem állt rendelkezésre megfelelő mérőeszköz a művi abortusszal kapcsolatos attitűdök vizsgálatára, első célkitűzésem az Abortusz Érvelés Kérdőív magyar változatának elkészítése és annak vizsgálata volt, hogy mennyire megbízható és érvényes mérőeszköz. Ennek tesztelésére a következő hipotéziseket alkottam:

H 1.1 Az Abortusz Érvelés Kérdőív személyes érvelés skálája pozitív korrelációt mutat a Schwartz Értékeszt Változásra való nyitottság dimenziójával.

H 1.2 Az Abortusz Érvelés Kérdőív morális érvelés skálája pozitív korrelációt mutat a Schwartz Értékeszt Megőrzés-konzervatizmus dimenziójával és a Lezárási Igény Kérdőív Többszemponthuság kerülése faktorával.

H 1.3 Az abortuszra vonatkozó vélekedés (az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás indexe) összefügg a kontextuális tényezőkhez kapcsolódó attitűdökkel: a személyes érvelés pozitív együttjárást mutat az abortusz elfogadásával és a saját maguk/partnerük számára választhatóságával egyaránt.

2. A kontextuális információk hatásának értékelése az abortusz-attitűdre

Szakirodalmi adatok szerint az abortusztól való vélekedés nem független a kontextuális információktól, vagyis a terhesség művi megszakításának értékelése nem azonos a különböző élethelyzetekben. Ennek elfogadásával feltételezem, hogy az abortusz-attitűdök nem homogének olyan értelemben, hogy az egyes személy vélekedése sem feltétlenül egybevágó a különböző élethelyzetekben végrehajtott terhességmegszakítások kapcsán, inkább egy kontinuumon helyezhetők el az egyes szituációk aszerint, hogy a személy abban az abortuszt mennyire véleményezi elfogadhatónak. Ez a sorrend nem csak egyéni szinten, hanem a vizsgált populáció egészére nézve is érvényes lehet.

Másrészt feltételezem, hogy az abortusz-attitűd olyan szempontból sem tekinthető homogénnek, hogy annak az általános (vagyis másokra vonatkozó) elfogadottságát, engedélyezhetőségét meg kell különböztetni a válaszadónak a saját magára/partnerére vonatkozó vélekedésétől, vagyis, hogy a saját személyes életében, különböző helyzetekben a terhesség megszakítását mennyire tartja választható lehetőségnek.

H 2.1 A mintán kimutatható a társadalmilag inkább elfogadott és kevésbé elfogadott abortuszok megkülönböztetése, vagyis jobban elfogadott a terhesség megszakítása

melletti döntés, ha az a nő által nem kontrollálható okból történik (ha várandósság veszélyezteti a várandós nő egészségét, ha valószínűsíthető a magzat súlyos fejlődési rendellenessége, vagy ha a terhesség erőszak, kriminális cselekmény következménye). Kisebb elfogadottságot várok azokban a helyzetekben, ha az abortusz oka az, hogy a nőnek már van(nak) élő gyermek(i), és a többedik abortuszok esetében.

H 2.2 Az egyes élethelyzetek vonatkozásában nem azonos a megítélés az abortusz általános elfogadhatósága és a saját maga/partner számára választhatóság tekintetében.

H 2.3 A nők és férfiak között szignifikáns különbség mutatkozik az egyes szituatív tényezők elfogadásának és választhatóságának mértékében.

H 2.4 Az abortusz elfogadása/elutasítása vonatkozásában a szituatív tényezők faktorokba rendeződnek, megítélésük nem független egymástól.

3. Az abortusztól való vélekedést meghatározó tényezők

Korábbi kutatási eredmények alapján az abortusztól való vélekedést számos, részben demográfiai, részben az általános világnézetre vonatkozó tényező befolyásolja, ám ezek nem értelmezhetők az adott szocio-kulturális kontextus ismerete nélkül. A vizsgálat fontos célkitűzése ezért, hogy hazai mintán elemezzük az abortusz-attitűdöt meghatározó egyes tényezőket.

H 3.1 A demográfiai mutatók és a gyermekvállalási szándék befolyásolja a művi abortusztól való vélekedést: a női nem, az alacsonyabb életkori csoportba tartozás, a magasabb iskolázottság a személyes érveléssel, a meglévő és tervezett gyermekszám, valamint a gyermekvállalás mint cél fontossága a morális érveléssel jár együtt.

H 3.2 A vallásosság befolyásolja a művi abortusztól való vélekedést: a morális érveléssel mutat együttjárást.

H 3.3 A személyiség BigFive dimenziói (BFI-H eszközzel mérve) nem jósolják be a személyes/morális érvelés preferenciáját.

H 3.4 Az élet értelmességébe vetett hit az abortusz-attitűd magyarázó változója.

H 3.5 A művi abortuszra vonatkozó ismeretek befolyásolják az abortusz-attitűdöt: a törvényi szabályozására vonatkozó tájékozottság, és az, ha a személy közvetlen környezetében tud abortusztól, inkább a személyes érvelés használatát valószínűsíti.

H 3.6 A művi abortusszal kapcsolatos megbélyegzést erősebbnek értékelik azok, akik inkább a személyes érvelést használják.

A következőkben a kutatás eredményeit a hipotézisek mentén haladva mutatom be. A statisztikai adatok leírását követi a hipotézisek ellenőrzése és az eredmények megbeszélése.

3.3 Az Abortusz Érvelés Kérdőív magyar változatának elkészítése

3.3.1 A kérdőív magyar változatának kialakítása

A kutatás során az eredeti, Parsons és munkatársai (1990) által létrehozott kérdőívet (Reasoning About Abortion Questionnaire) használtam, mely szabadon fordítható és felhasználható. A magyar nyelvű változat elkészítéséhez a kérdőív adaptálásához szükséges sztenderd fordítási módszert alkalmaztam. A magyarra fordítást három, az angol nyelvet rendszeresen és felsőfokon használó pszichológus készítette el, a három fordítást azután egymással összevettem, és ezekből, a pontosság és könnyű értelmezhetőség szempontjait szem előtt tartva alakítottam ki az első változatot. Ezután egy negyedik szakember a tételeket angolra visszafordította, hogy ellenőrizhessem, hogy az egyes tételek jelentése az eredetivel azonos, majd a magyar szöveget ennek megfelelően javítottam. A vizsgálatban az így kialakított kérdőívet alkalmaztam.

3.3.2 Abortusz Érvelés Kérdőív leíró statisztikája és megbízhatósága

Az Abortusz Érvelés Kérdőíven (AÉK) a 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 ($\alpha > 0,95$; 6. táblázat). A skálákból képzett polaritás-index [minimális értéke -40 (morális érvelés), maximuma +40 (személyes érvelés)] átlaga 15,70 (SD=22,45), a pozitív előjel a személyes érvelés túlsúlyát jelzi. A polaritás-index reliabilitási mutatója magas ($\alpha=0,937$). A kérdőívre vonatkozó leíró adatok a 7. táblázatban láthatók.

		AÉK	AÉK P	AÉK M
teljes minta	N	1704	1704	1704
	MD	15,70	36,64	22,93
	SD	22,45	11,29	11,85
férfi	N	195	195	195
	MD	5,61	32,53	26,92
	SD	24,97	12,76	12,96
nő	N	1509	1509	1509
	MD	17,00	39,42	22,42
	SD	21,77	10,84	11,60
18-24	N	372	372	372
	MD	16,39	38,78	22,39

	SD	20,61	10,43	11,02
25-34	N	653	653	653
	MD	17,85	39,57	21,72
	SD	22,49	11,27	11,80
35-44	N	462	462	462
	MD	14,50	38,26	23,75
	SD	22,61	11,45	11,86
45 felett	N	217	217	217
	MD	10,59	36,38	25,80
	SD	24,12	12,14	12,80

7. táblázat. Tájékoztató leíró adatok (elemszám, átlag- és szórásértékek) nemi és korcsoportos bontásban

Mivel nincs más, az abortusz-attitűdöt mérő eszköz magyar nyelven, ezért az Abortusz Érvelés Kérdőív konvergens validitását nem tudtam vizsgálni.

3.3.3 Hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés

Megvizsgáltam, hogy az AÉK-val mért személyes, illetve morális érvelés preferencia milyen kapcsolatban áll a Schwartz Értékeszt egyes dimenzióival, valamint a vélemény kialakításának sajátosságát leíró lezárási igénnyel.

A kétváltozós korrelációs összefüggéseket a 8. táblázat mutatja. Ennek alapján az AÉK polaritás-indexe szignifikáns mérsékelt pozitív kapcsolatban van a Schwartz Értékeszt Változásra való nyitottság és Önmegvalósítás ($r_{NY}=0,26$ és $r_{Ö}=0,20$, rendre $p<0,01$), fordított együttjárás pedig a Megőrzés-konzervatizmus és az Én-átalakulás értékdimenziókkal mutatkozik, igaz, az utóbbival az összefüggés rendkívül gyenge ($r_M=-0,31$, $r_A=-0,08$, rendre $p<0,01$). A Lezárási Igény Kérdőív alskáláival szintén gyenge a kapcsolat, ezek közül csak a Többszemponthuság kerülése faktorra mutatott negatív irányú összefüggést említem ($r=-0,10$, $p<0,01$) (H 1.1 és H 1.2). Hasonlóan gyenge összefüggéseket kaptam a P és M skála értékeivel való összevetéskor is.

Az összefüggések komplex modellezésének céljából elvégzett lineáris regresszióanalízis (stepwise) eredményei a 23. táblázatban (102. o.) láthatók. Szignifikáns összefüggést hat esetben találhatók. A Schwartz Értékeszt dimenziói közül legerősebb, negatív hatóerővel a Megőrzés-konzervatizmus vesz részt a modellben, ezt az Önmegvalósítás és a Változásra való nyitottság követi, amelyek pozitívan függnek össze az AÉK eredményével. A Lezárási Igény Kérdőívet tekintve három faktorra kaptam szignifikáns összefüggést, bár minden esetben meglehetősen kicsi magyarázóerővel: a Rend és szervezettség igényével, illetve a Döntéskészséggel szintén pozitív az együttjárás (vagyis

a személyes érvelést valószínűsíti), míg a Többszemponthuság kerülésével ellentétes irányú a kapcsolat.

Abortusz-attitűd és értékrend

Hipotézisemnek megfelelően az értékrend dimenziói közül a Megőrzés-konzervatizmus (conservation) az, amely jól előrejelzi a művi abortusz megítélése kapcsán a morális érvelés használatát (H 1.2). A Megőrzés-konzervatizmus értékdimenziót Schwartz szerint olyan értékek elfogadása alkotja, mint a kultúrához, valláshoz, családhoz köthető eszmék, szokások elfogadása és tisztelete (Tradíció), a társadalmi normáknak és mások elvárásainak nem megfelelő viselkedés kerülése (Konformitás), valamint a biztonság és stabilitás az egyéni kapcsolatokban és a társadalmi viszonyokban egyaránt (Biztonság). Ezek az értékek egyben jól leírják a pro-life mozgalmak céljait is, amennyiben azok az élet szentségét és a tradicionális családi értékek fontosságát hangsúlyozzák, és e konzervatívnak mondható értékrend melletti elköteleződés elletétes a politikai liberalizmussal vagy a nemek közti egyenlőség elfogadásával (Strickler és Danigelis, 2002).

Hasonlóképpen, az abortuszra vonatkozó erkölcsi megfontolások elsődlegessége a vallás melletti elköteleződéssel is gyakorta együtt jár, akár egyéni, akár társadalmi szinten (Marecek és mtsai, 2017). Egyes vizsgálatok a pro-life elköteleződést kifejezetten konzervatív, tradicionális, vallási ideológiai pozícióként írják le, míg a pro-choice álláspont inkább liberális és szekuláris gondolkodást jelent (Stets és Leik, 1993). Saját kutatásom eredményei szerint is a vallásosakat szignifikánsan jobban jellemzi a morális érvelés, mint a magukat nem vallásosnak tartókat (l. 19. táblázat).

Érthető tehát, hogy a biztonság, a szabálykövetés, a másoknak való megfelelés, a hagyományok tisztelete kulcsszavak mentén leírható Megőrzés-konzervatizmus (conservation) értékdimenzió elfogadása az abortusz kapcsán inkább a morális érveléssel jár együtt.

A Schwartz-féle értéktérben a Megőrzés-konzervatizmussal szemben a Változásra való nyitottság (openess to change) található, vagyis két ellentétes értékorientációról van szó, amint az az abortusszal kapcsolatos érvelés ellentétességében is látható: az utóbbi értékei mellett elköteleződők a terhesség megszakítása kapcsán inkább az egyéni szempontok mérlegelését, és a saját döntés lehetőségét támogatják.

Változásra való nyitottság azok értékrendjét írja le, akik számára fontos az önálló gondolkodás és cselekvés, alkotás, felfedezés (Önállóság), akik szeretik az új dolgokat,

az izgalmakat, a kihívásokat az életükben (Stimuláció) és keresik az örömet tevékenységeikben (Hedonizmus). Ez az élményorientált viszonyulásmód az élethez jól illeszkedik a választás szabadságát, a saját test feletti önrendelkezést, és általában, az egyén, személyes nézőpontját és érdekeit a fókuszba állító választáspárti attitűd, vagyis az alkalmazott Abortusz Érvelés Kérdőíven inkább a személyes érvelés használata (H1.1).

A Schwartz Értékteszt kérdőív következő dimenziója, amely szignifikánsan előrejelzi az abortuszról való gondolkodást, az Önmegvalósítás (self-enhancement), ami olyan értékeket foglal magába, mint a siker, társadalmi státusz és presztízs, emberek és erőforrások feletti kontroll (Teljesítmény és Hatalom). Kicsit érthetőbbé válik ennek a dimenzióknak a kapcsolódása a személyes érvelés preferálásához akkor, ha megnézzük, hogy az értéktengely másik végét az Én-átalakulás (self-transcendence) dimenziója adja, amely inkább kollektivistikus jellegű, altruista, mások és a közösség/társadalom jóllétével törődő (Jóindulat és Univerzalizmus) elköteleződést jelent (l. az 5. ábrát). Ennek a dichotóm párja az Önmegvalósítás, ami inkább individualisztikus, az egyéni képességek kibontakoztatását, az azért kapott egyéni elismerést és tiszteletet priorizáló értékorientáció, és mint ilyen, az egyéni szempontokat hangsúlyozó személyes érveléssel rokon.

Emellett, amint azt Schwartz hangsúlyozza, az értékek strukturált rendszert alkotnak, vagyis egyes értékek választása következményesen befolyásolja a többi értékhez való viszonyt is. Két, egymással ellentétes érték (például az Önállóság és a Hagyomány) nem választható egyszerre, míg más értékek viszonyára inkább az összeférhetőség jellemző (pl. Hedonizmus és Teljesítmény). Ilyen szempontból a személyes érveléssel együtt járó értékek az értéktér egyazon oldalán helyezkednek el, nincs konfliktus köztük.

Abortusz-attitűd és lezárási igény

A Lezárási Igény Kérdőív faktorai közül a vonatkozó hipotézis szerint a Többszemponthuság kerülése mutat egyenes irányú összefüggést Abortusz Érvelés Kérdőív morális érvelés skálájával (H 1.2).

Elemzéseim szerint a Lezárási Igény Kérdőív faktorai közül a Rend és szervezettség igénye, valamint a Döntéskészség a személyes érvelést jelző magasabb polaritás-index értékekkel jár együtt, míg a Többszemponthuság kerülése ezzel ellentétesen kapcsolódik az abortusz-attitűdökhöz, és inkább morális érvelést valószínűsít. Utóbbi faktor megbízhatósági mutatója azonban nem túl magas ($\alpha=585$), hasonlóan a magyar validáló

tanulmányhoz (ott $\alpha=616$), ezért az alskálaként való értelmezés fenntartásokkal kezelhető. A Többszemponúság kerülése faktor tételei arra vonatkoznak, hogy egy probléma megoldása során a személy tud-e több szempont mentén mérlegelni vagy inkább elkerüli azt. Mivel az abortuszról való gondolkodás kapcsán feltételezhetjük, hogy az egyedi helyzetek, személyes érdekek mérlegelése több alternatíva és akár egymással összeütköző szempontok beszámítolását és egy egyéni döntés kialakítását jelenti, érthető, hogy a Többszemponúság kerülése inkább ezzel ellentétes, egy morális elvek mentén kialakított stabil világkép mentén történő állásfoglalással jár együtt. Ehhez kapcsolódóan jegyzem meg, hogy a Lezárási Igény Kérdőív összpontszáma pozitív korrelációt mutat a Schwartz Értékeszt Megőrzés-konzervativizmus (conservation) értékdimenziójával is ($r=0,40$, $p<0,01$), vagyis az a készlet, hogy a rendelkezésre álló információk alapján egy gyors és határozott álláspont kialakítására és követésére törekedjünk, kapcsolatban áll a tradicionálisabb értékek mentén való elköteleződéssel, amely az abortusz-attitűdök vonatkozásában szintén a morális érvelés preferenciájával jár együtt.

A személyes érveléssel kapcsolódó alskálákra áttérve, a Döntéskészség faktor azt méri, hogy a személy mennyire képes gyorsan és magabiztosan dönteni, szemben a habozással, a döntés halogatásával, bizonytalankodással. (A skálán az alacsony pontértékek utalnak habozásra.) Ezek szerint tehát a személyes érvelés használata az abortuszról való gondolkodásban inkább azokra jellemző, akik a döntéseiket nagy határozottsággal és magabiztossággal hozzák meg. Ez látszólag ellentmond ugyan a többféle szempont mérlegelésének, de az is feltételezhető, hogy azok képesek a szempontok egyedi súlyozására, akik nem vesznek el a döntési lehetőségek között. Amint azt Csanádi és munkatársai (2009b) megjegyzik, nem igaz az, hogy a gyors döntés a bizonytalanság elutasítását jelenti, sőt, az, „hogy mennyire nehezen hoz meg valaki egy döntést és hogy mennyire utasítja el a többértelműséget, pozitívan függ össze egymással” (Csanádi és mtsai, 2009b, pp. 75.), vagyis a halogatás jár együtt inkább a kiszámíthatóság preferálásával. Ennek megfelelően a Döntéskészség és a Többszemponúság kerülése faktor a saját eredményeink szerint is gyenge, de szignifikáns, fordított irányú együttjárást mutat ($r= -0,10$, $p<0,01$).

Szintén inkább a személyes érveléssel kapcsolható össze a Rend és szervezettség igénye faktoron elért magas pontszám, amely azokra jellemző, akik szeretik, ha az életük jól szervezett, átlátható, tervezhető, vagyis a rendet és struktúrát részesítik előnyben a káosszal és rendetlenséggel szemben (Webster és Kruglanski, 1994). Ezt a faktort

tartalmilag nehéz összefüggésbe hozni a személyes érveléssel, viszont szignifikánsan együtt jár a fentebb említett Döntéskészség faktor értékeivel ($r=0,15$, $p<0,01$).

Kutatási hipotéziseimet elenőrizve tehát azt találtam, hogy várakozásaimnak megfelelő, pozitív kapcsolat igazolódott az Abortusz Érvelés Kérdőívvel mért morális érvelés és a Schwartz Értékteszt Megőrzés-konzervatizmus dimenziója között, vagyis a morális érvek mentén történő vélekedés az abortusz kapcsán azokra jellemző inkább, akik számára fontos értéket képviselnek a tradíciók, a konformizmus és a biztonság. Hasonlóképpen inkább morális érvelést valószínűsít a Lezárási Igény Kérdőív Többszemponthuság kerülése faktorán adott magas érték is, amely jelzi, hogy a személy nem igényli több alternatíva megfogalmazását és mérlegelését nézőpontjának kialakításához. A személyes érvelés, hipotéziseimmel összhangban, az önálló, független gondolkodást nagyra becsülő és az újdonságokat pozitívként kezelő értékrenddel (Schwartz Értékteszt Változásra való nyitottság dimenziója) jár együtt. A mérlegelőbb és egyéniesítőbb attitűd az abortusszal kapcsolatban ugyanakkor a magabiztos döntéssel és a halogatás elkerülésével (Döntéskészség) is kapcsolatot mutat.

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

Az AÉK-re vonatkozó további, a kontextuális tényezőkhez kapcsolódó hipotézis (H 1.3) ellenőrzése a következő (3.4.2) alfejezetben olvasható.

			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	AÉK	r	-0,34**	-0,07**	-0,22**	-0,09**	0,14**	0,11**	0,26**	0,20**	-0,08**	-0,31**	-0,07**	0,00	-0,03	0,02	-0,10**	0,07*	-0,03
		p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	0,27	0,57	0,00	0,01	0,22
2	AÉK_P	r	-0,32**	-0,09**	-0,20**	-0,09**	0,14**	0,11**	0,26**	0,20**	-0,07**	-0,28**	-0,05*	0,02	-0,02	0,00	-0,10**	0,09**	-0,03
		p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,52	0,40	0,89	0,00	0,00	0,30
3	AÉK_M	r	0,34**	0,06*	0,23**	0,08**	-0,13**	-0,09**	-0,25**	-0,20**	0,09**	0,32**	0,09**	0,01	0,03	-0,02	0,10**	-0,04	0,04
		p	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	0,19	0,34	0,00	0,11	0,18
4	ÉE	r		0,34**	0,33**	0,30**	-0,36**	0,14**	0,06*	-0,08**	0,22**	0,15**	0,03	0,00	0,14**	0,34**	-0,10**	-0,21**	-0,10**
		p		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,29	0,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	BFI_E	r			0,05*	0,14**	-0,10**	0,21**	0,28**	0,16**	0,05	-0,18**	-0,09**	-0,12**	-0,05	0,34**	-0,06*	-0,27**	-0,20**
		p			0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,02	0,00	0,00
6	BFI_B	r				0,12**	-0,23**	-0,11**	-0,17**	-0,20**	0,33**	0,26**	0,16**	-0,04	0,07**	-0,07**	0,03	-0,08**	-0,01
		p				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,01	0,01	0,33	0,00	0,76
7	BFI_L	r					-0,28**	0,02	-0,07**	-0,03	0,12**	0,12**	0,12**	0,29**	0,35**	0,47**	-0,06*	-0,00	0,14**
		p					0,00	0,45	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,89	0,00
8	BFI_N	r						0,00	0,04	0,12**	-0,09**	0,02	-0,11**	0,13**	0,04	-0,35**	0,05	0,32**	0,15**
		p						0,98	0,11	0,00	0,00	0,43	0,00	0,00	0,15	0,00	0,07	0,00	0,00
9	BFI_NY	r							0,49**	0,23**	0,19**	-0,18**	-0,12**	-0,19**	-0,09**	0,16**	-0,37**	-0,13**	-0,26**
		p							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	ÉT_NY	r								0,41**	0,18**	-0,21**	-0,17**	-0,21**	-0,15**	0,13**	-0,24**	-0,15**	-0,30**
		p								0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	ÉT_Ö	r									0,02	0,09**	-0,05	0,13**	0,13**	0,03	-0,14**	0,19**	-0,05
		p									0,46	0,00	0,05	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,08
12	ÉT_A	r										0,21**	-0,03	-0,10**	0,04	0,02	-0,28**	-0,05	-0,16**
		p										0,00	0,16	0,00	0,12	0,46	0,00	0,08	0,00
13	ÉT_M	r											0,24**	0,40**	0,42**	-0,09**	0,04	0,38**	0,25**
		p											0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00
14	LIK_SZOC	r												0,19**	0,22**	0,06*	0,07**	0,11**	0,08**
		p												0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00
15	LIK																		
16	LIK_RSZ	r														0,15**	-0,02	0,50**	0,39**
		p														0,00	0,55	0,00	0,00
17	LIK_D	r															-0,10**	-0,15**	0,03
		p															0,00	0,00	0,29
18	LIK_TK	r																-0,02	0,18**
		p																0,40	0,00
19	LIK_BSZE	r																	0,49**
		p																	0,00
20	LIK_ÜK																		

*p<0,05; **p<0,01 **AÉK**= Abortusz Érvéles Kérdőív; **AÉK_P**= Abortusz Érvéles Kérdőív - P skála (személyes érvéles); **AÉK_M**= Abortusz Érvéles Kérdőív - M skála (morális érvéles); **ÉE**= Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmessége; **BFI_E**= Big Five Rövidített – Extraverzió; **BFI_B**= Big Five Rövidített – Barátságosság; **BFI_L**= Big Five Rövidített – Lelkiismeretesség; **BFI_N**= Big Five Rövidített – Neuroticitás; **BFI_NY**= Big Five Rövidített – Nyitottság; **ÉT_NY**= Schwartz Értékeszt – Változásra való nyitottság; **ÉT_Ö**= Schwartz Értékeszt – Önmegvalósítás; **ÉT_A**= Schwartz Értékeszt – Én-átalakulás; **ÉT_M**= Schwartz Értékeszt – Megőrzés-konzervativizmus ; **LIK_Szoc**= Lezárási Igény Kérdőív - Szociabilitás/hazugság skála; **LIK**= Lezárási Igény Kérdőív; **LIK_RSZ**= Lezárási Igény Kérdőív - Rend és Szervezettség Igénye; **LIK_D**= Lezárási Igény Kérdőív – Döntéskészség; **LIK_TK**= Lezárási Igény Kérdőív - Többszempontúság Igénye/Kerülése; **LIK_BSZE**= Lezárási Igény Kérdőív - Bizonytalansággal Szembeni Ellenérzés; **LIK_ÜK**= Lezárási Igény Kérdőív - Újdonságkeresés/-kerülés

8. táblázat. Az egyes skálák közti együtjtárások

3.4 A kontextuális információk hatásának értékelése az abortusz-attitűdre

A következőkben bemutatni kívánt elemzés az egyes szituatív tényezők hatását vizsgálja abból a szempontból, hogy azok mennyire teszik általában véve elfogadhatóvá a művi abortuszt a megkérdezettek számára, illetve mennyire gondolják úgy, hogy az adott szituációban a terhesség megszakítása saját maguk (férfiak esetén: a partnerük) személyes életében is választható alternatíva lenne.

A szituatív tényezők hatását az abortusz megítélésére két megközelítésben vizsgáltuk:

1) az abortusz általános elfogadhatósága, engedélyezése – „Mennyire tartja elfogadhatónak az abortusz engedélyezését a következő esetekben?”

2) az abortusz választhatósága – „Elképzelhetőnek tartja-e, hogy az alábbi szituációkban Ön (férfiak esetén: a partnere) a művi abortuszt választaná?”

Az első kérdés tehát az abortuszról való vélekedés általánosabb formájára vonatkozik, a második pedig a személyes választásra kérdez rá az egyes szituációkban.

A kérdőívben szereplő 19 szituációt magyar és nemzetközi szakirodalmak alapján gyűjtöttük.

3.4.1 Statisztikai elemzés

Az abortusz elfogadottsága és választhatósága a gyakorisági eloszlások szerint

A 9. táblázatban látható az első kérdés („Mennyire tartja elfogadhatónak az abortusz engedélyezését a következő esetekben?”) válaszainak gyakorisági eloszlása az érvényes válaszokhoz viszonyított százalékos arányban, illetve a válaszonként adott átlagpontszám, szórás, valamint az érvényes válaszok száma. Ez alapján az abortusz elfogadottsága azokban a helyzetekben a legnagyobb mértékű, amikor *a várandósság veszélyes az anyára nézve*, illetve ha *a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye*; a legkevésbé pedig azokban a helyzetekben tartják elfogadhatónak a válaszadók a terhesség művi megszakítását, ha *az anyának már van egy*, illetve *két élő gyermeke*.

	N	MD	SD	Mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortuszt?				
				1	2	3	4	5
a várandósság veszélyes az anyára nézve	1670	4,64	0,89	3,11%	1,92%	3,89%	9,58%	81,50%
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	1666	4,49	1,16	7,26%	2,58%	3,66%	6,72%	79,77%
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	1671	4,34	1,23	7,96%	3,41%	6,40%	10,65%	71,57%
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1658	4,26	1,24	7,84%	4,10%	7,24%	15,56%	65,26%
az anya hajléktalan	1644	4,04	1,46	13,44%	5,17%	8,03%	11,01%	62,35%
az anya fiatalkorú	1671	4,01	1,39	11,19%	6,22%	10,77%	14,30%	57,51%
az apa fiatalkorú	1652	3,82	1,47	14,10%	7,26%	12,77%	14,71%	51,15%
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	295	3,71	1,34	9,49%	11,19%	16,95%	23,39%	38,98%
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	1645	3,26	1,71	28,81%	9,00%	11,37%	9,48%	41,34%
az anya egyedülálló	1663	3,20	1,64	26,70%	10,22%	16,12%	10,76%	36,20%
az anya párkapcsolata instabil	1669	3,19	1,62	25,76%	11,68%	15,70%	11,74%	35,11%
az anya nem bízik abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	1664	3,12	1,59	25,96%	12,32%	17,67%	12,26%	31,79%
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	1666	3,11	1,63	27,97%	11,82%	14,35%	13,21%	32,65%
az anyának már van három élő gyermeke	1648	3,04	1,72	33,68%	9,95%	10,80%	10,19%	35,38%
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	1674	3,00	1,65	30,88%	12,19%	14,58%	10,99%	31,36%
az anyának volt már művi abortusza	1599	2,98	1,69	34,15%	9,07%	14,88%	8,88%	33,02%
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	1650	2,93	1,61	30,91%	13,09%	16,12%	11,82%	28,06%
az anyának már van két élő gyermeke	1643	2,84	1,69	37,37%	9,98%	14,06%	8,64%	29,95%
az anyának már van egy élő gyermeke	1646	2,76	1,68	38,88%	10,75%	13,97%	8,02%	28,37%

1: egyáltalán nem tartom elfogadhatónak; 5: teljesen elfogadhatónak tartom

9. táblázat. Az abortusz elfogadhatósága szituációnként rangsorolva (a színezés árnyalatai a válaszok arányát szemléltetik)

A két kérdésből származó adatok összehasonlításához az első kérdéshez tartozó 5 fokú válaszokat dichotóm értékekké konvertáltuk, és a továbbiakban ezeket az értékeket használtuk az elemzésekben. A Likert-skála 1-es és 2-es értékeit a későbbiekben a „0”, azaz „összességében nem fogadná el” változó-értékként, a 4-est és az 5-öst pedig az „1”, azaz az „összességében elfogadná” változó-értékként használtuk. A 3-as középértéket és a „nem válaszol” kategóriákat kizártuk ebből az összehasonlításból.

A 10. táblázat színes oszlopai szemléltetik, hogy az így létrehozott dichotóm változók alapján az egyes szituációkban milyen arányban tartották összességében elfogadhatónak (MD), illetve milyen arányban választották volna a megkérdezettek a művi abortuszt; míg ezektől az oszlopoktól balra a szituáció rangja szerepel. Az abortusz választása vonatkozásában leginkább elfogadható és választható szituációk közül az első négyben nincs különbség: az anyára veszélyt jelentő várandósság, az erőszak, kriminalitás következtében létrejött fogantatás, a gyermek fejlődési rendellenessége és az anya krónikus betegsége olyan élethelyzeteket jelentenek, amelyekben a kitöltők akár általánosságban, akár saját maguk/partnerük vonatkozásában leginkább elfogadhatónak/választhatónak vélik a terhesség művi megszakítását. Az átlagértékek ugyanakkor rendre alacsonyabbak, a szórásértékek pedig rendre magasabbak a saját/partnerre vonatkozó választhatóság, mint az általános elfogadhatóság esetében.

	Abortusz elfogadhatósága általában					...saját/partner esetében				
	Rang	MD	SD	nem elf.	elfogadható	Rang	MD	SD	nem v.	választaná
a várandósság veszélyes az anyára nézve	1.	0,95	0,22	84	1521	1.	0,83	0,37	285	1419
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	2.	0,90	0,30	164	1441	2.	0,81	0,39	328	1376
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	3.	0,88	0,33	190	1374	3.	0,79	0,41	359	1345
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	4.	0,87	0,34	198	1340	4.	0,65	0,48	593	1111
az anya fiatalkorú	5.	0,80	0,40	291	1200	6.	0,47	0,50	896	808
az anya hajléktalan	6.	0,80	0,40	306	1206	5.	0,63	0,48	625	1079
az apa fiatalkorú	7.	0,76	0,43	353	1088	8.	0,35	0,48	1111	593
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	8.	0,75	0,43	61	184	7.	0,45	0,50	944	760
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	9.	0,57	0,49	622	836	9.	0,32	0,46	1167	537
az anya egyedülálló	10.	0,56	0,50	614	781	13.	0,27	0,44	1247	457
az anya párkapcsolata instabil	11.	0,56	0,50	625	782	11.	0,30	0,46	1198	506
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	12.	0,54	0,50	663	764	10.	0,31	0,46	1169	535
az anya nem bízik abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	13.	0,54	0,50	637	733	15.	0,25	0,43	1284	420
az anyának már van három élő gyermeke	14.	0,51	0,50	719	751	16.	0,24	0,42	1302	402
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	15.	0,50	0,50	721	709	12.	0,28	0,45	1234	470
az anyának volt már művi abortusza	16.	0,49	0,50	691	670	17.	0,17	0,38	1409	295
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	17.	0,48	0,50	726	658	14.	0,25	0,43	1273	431
az anyának már van két élő gyermeke	18.	0,45	0,50	778	634	18.	0,16	0,37	1428	276
az anyának már van egy élő gyermeke	19.	0,42	0,49	817	599	19.	0,14	0,35	1467	237

10. táblázat. Az abortusz elfogadhatósága és választhatósága szituációként

A két nem vonatkozásában nincs eltérés az első négy helyen szereplő szituatív tényezők vonatkozásában, de az elfogadás mértéke nőknél jellemzően nagyobb.

A fenti kérdésekről való vélekedéseket nemi bontásban a 11-12. táblázatok szemléltetik.

Férfiak vélekedése a szituatív tényezőkről	Választás		Elfogadás (dichotóm)		Elfogadás		
	N	mértéke	N	mértéke	N	MD	SD
a várandósság veszélyes az anyára nézve	195	84,10%	176	89,20%	188	4,38	1,21
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	195	71,28%	173	79,77%	189	4,07	1,47
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	195	69,23%	172	77,91%	188	3,94	1,51
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	195	53,85%	165	74,55%	185	3,72	1,46
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	195	38,97%	23	73,91%	29	3,59	1,40
az anya fiatalkorú	195	46,15%	169	63,31%	190	3,45	1,64
az anya hajléktalan	195	48,72%	167	62,87%	187	3,44	1,68
az apa fiatalkorú	195	33,33%	168	58,33%	189	3,24	1,67
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	195	25,64%	168	42,86%	188	2,73	1,72
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	195	28,72%	162	37,65%	190	2,63	1,56
az anya egyedülálló	195	20,00%	158	37,97%	192	2,61	1,57
az anya párkapcsolata instabil	195	22,05%	157	34,39%	194	2,57	1,55
az anya nem bízik abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	195	18,97%	164	36,59%	193	2,57	1,56
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	195	24,62%	173	38,15%	193	2,57	1,62
az anyának volt már művi abortusza	195	20,00%	153	33,99%	185	2,52	1,60
az anyának már van három élő gyermeke	195	19,49%	161	34,16%	189	2,51	1,63
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	195	21,03%	167	31,14%	193	2,43	1,56
az anyának már van két élő gyermeke	195	16,41%	160	30,63%	189	2,37	1,57
az anyának már van egy élő gyermeke	195	14,87%	162	25,93%	190	2,25	1,54

11. táblázat. Az abortusz elfogadására és választhatóságára vonatkozó adatok szituációként – FÉRFI

Nők vélekedése a szituatív tényezőkről	Választás		Elfogadás (dichotóm)		Elfogadás		
	N	mértéke	N	mértéke	N	MD	SD
a várandósság veszélyes az anyára nézve	1509	83,17%	1429	95,45%	1482	4,68	0,84
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	1509	81,97%	1432	90,99%	1477	4,55	1,11
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	1509	80,19%	1392	89,08%	1483	4,40	1,18
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1509	66,67%	1373	88,64%	1473	4,33	1,19
az anya hajléktalan	1509	65,21%	1345	81,86%	1457	4,11	1,41
az anya fiatalkorú	1509	47,58%	1322	82,68%	1481	4,08	1,34
az apa fiatalkorú	1509	34,99%	1273	77,77%	1463	3,89	1,43
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1509	45,33%	222	75,23%	266	3,73	1,33
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	1509	32,27%	1290	59,22%	1457	3,32	1,70
az anya egyedülálló	1509	27,70%	1237	58,29%	1471	3,27	1,63
az anya párkapcsolata instabil	1509	30,68%	1250	58,24%	1475	3,27	1,62
az anya nem bíz abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	1509	25,38%	1206	55,80%	1471	3,19	1,59
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	1509	32,27%	1254	55,66%	1473	3,18	1,62
az anyának már van három élő gyermeke	1509	24,12%	1309	53,17%	1459	3,10	1,72
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	1509	28,43%	1263	52,02%	1481	3,07	1,65
az anyának volt már művi abortusza	1509	16,96%	1208	51,16%	1414	3,03	1,70
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	1509	24,85%	1222	48,85%	1460	2,97	1,62
az anyának már van két élő gyermeke	1509	16,17%	1252	46,73%	1454	2,90	1,70
az anyának már van egy élő gyermeke	1509	13,78%	1254	44,42%	1456	2,83	1,69

12. táblázat. Az abortusz elfogadására és választhatóságára vonatkozó adatok szituációként – NŐ

Faktorok kialakítása

A szakirodalmi adatok és a fentebb ismertetett leíró statisztikák eredményei alapján azt vártuk, hogy a 19 szituatív tényező csoportokba/faktorokba rendezhető. A faktorok feltárásához főkomponens elemzést végeztem (elemzés módszere: Principal Component, rotáció: Varimax Kaiser normalizációval) az egyes szituatív tényezők általános elfogadását felmérő eredeti 5 fokozatú Likert-skálás kérdéssoron („Mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortusz engedélyezését a következő esetben?). A minta jól megfelel az értékelésre (KMO=0,94; Bartlett's Test: $X^2(171)=6903,40$, $p<0,001$). A főkomponens elemzés 2 faktort tárt fel, az egy faktoros modell 66,67%-os magyarázó erejű lenne, a két faktor együttesen a variancia 78,39%-át magyarázza. A 13. táblázat mutatja a két faktoron elhelyezkedő itemeket és a rotáció utáni faktorsúlyokat.

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 bízik 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 tanulmányaiban, munkavégzésében	0,808	0,382
az anyának volt már művi abortusza	0,804	0,331

13. táblázat. Szituatív tényezők faktorstruktúrájának szemléltetése

A csoportosítás megbízhatónak bizonyult, az első, „veszélyeztető körülmények”-nek nevezett faktor esetében Cronbach α értéke 0,93, a második, „élethelyzeti/társas” faktor esetében pedig 0,98.

A feltárt faktorstruktúra mentén, a szituatív tényezők általános elfogadhatósága, illetve egyéni választhatósága, valamint a veszélyeztető tényezők és az élethelyzeti tényezők különválasztásával négy új változót hoztam létre. Az „apa krónikus testi vagy pszichés betegsége” elemet a hiányzó adatok magas aránya miatt nem tudtuk figyelembe venni. A *veszélyeztető körülmények* változó így 7 itemből, az *élethelyzeti/társas* változó 11 itemből áll. A négy változó esetében a megbízhatósági mutatók így is magas értékűek, az általános elfogadhatóság esetében: 1. Cronbach $\alpha_{\text{veszélyeztető}}=0,943$; 2. Cronbach $\alpha_{\text{élethelyzeti}}=0,981$. Az egyéni (saját/partner) elfogadhatóságnál a *veszélyeztető körülmények* faktornál Cronbach $\alpha=0,835$; az *élethelyzeti/társas* faktornál $\alpha=0,941$. A 4 változót az eredeti 5-fokozatú Likert-skálás itemek, illetve a választanám/nem választanám dichotóm kérdésekre adott válaszok átlagából hoztuk létre. A négy változó jellemzőit a 14. táblázat mutatja.

	N	MD	SD	Min.	Max.	Itemek száma
Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető	1567	4,26	1,08	1,00	5,00	7
Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/társas	1543	3,03	1,53	1,00	5,00	7
Művi abortusz választhatósága: veszélyeztető	1704	0,65	0,32	0,00	1,00	11
Művi abortusz választhatósága: élethelyzeti/társas	1704	0,24	0,34	0,00	1,00	11

14. táblázat. Szituatív tényezőkből létrehozott új változók jellemzői

A teljes mintában szignifikánsan magasabb arányban tartották elfogadhatónak a művi abortuszt veszélyeztető szituációk esetén, mint az élethelyzeti/társas faktorhoz sorolt körülmények esetén (Wilcoxon Signed Rank Test: $Z=-28,32$; $p<0,001$). Továbbá saját

magukra vonatkoztatva is inkább választanák veszélyeztető helyzetben az abortuszt, mint élethelyzeti nehézségek esetén (Wilcoxon Signed Rank Test: $Z=-32,43$; $p<0,001$).

A négy változó szoros összefüggést mutat egymással (15. táblázat). A veszélyeztető szituációkban az általános elfogadó attitűd erős pozitív korrelációt mutat az élethelyzeti/társas szituációkban az elfogadó viszonyulással, illetve azzal, hogy veszélyeztető helyzetben saját maga/partnere számára is választhatónak tartaná-e a személy a művi abortuszt. Ez az összefüggés a saját nehéz élethelyzeti nehézséggel járó szituációkkal kapcsolatban közepes erősségű. Az élethelyzeti/társas csoportba sorolt szituációkhoz kapcsolódó pozitív elfogadó attitűd szintén pozitív irányú, erős korrelációt mutat a saját magára/partnerre vonatkozó választhatósággal.

		2	3	4
1	Művi abortusz elfogadása:	r 0,725**	0,719**	0,433**
	veszélyeztető körülmények	p 0,00	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			

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

15. táblázat. Szituatív tényezőkhez kapcsolódó attitűdök együttjárása

3.4.2 A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés

A kiinduló hipotézis a kontextális információk abortusz-attitűdöt befolyásoló hatása kapcsán az volt, hogy a művi abortusztól való vélekedés az egyes szituációkban nem azonos, valamint, hogy az általános elfogadhatóság és saját maga/partner számára választhatóság az abortusz-attitűd két, elkülöníthető elemének tekinthető.

Az eredményeik részletesen a 6-12. táblázatokban találhatók.

A fentebb ismertetett kutatás igazolta, hogy felállítható egy rangsor annak vonatkozásában, hogy a megkérdezettek mennyire tartják elfogadhatónak, illetve választhatónak az abortuszt a különböző helyzetekben. Vagyis egy személy abortusz-attitűdje nem képzelhető el úgy, mint az életpárti/választáspárti tengely egy pontja (ebben az esetben az egyes szituációk megítélése között nem volna különbség).

Előzetes várakozásaimnak megfelelően (H 2.1) az általános elfogadás azokban a szituációkban a legerősebb, amelyek nem értelmezhetők a várandós nő felelősségeként,

és nincsenek a kontrollja alatt. Ezek a következők: ha a várandósság veszélyt jelent az anyára nézve, ha a várandósság erőszak vagy kriminális cselekmény következtében jött létre, ha a gyermeknél valószínűsíthető valamilyen fejlődési rendellenesség, illetve ha az anya valamilyen krónikus testi vagy mentális betegségben szenved. 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. A saját maga/partner számára választhatóság kapcsán a leginkább elfogadható és a legkevésbé elfogadható szituációk megegyeznek a fentiekkel. Az egyes kontextuális információk kapcsán feltételeztem, hogy azok megítélése nem független egymástól, és az elfogadottság szempontjából a szituációk faktorokba rendezhetők (H 2.4).

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 töltnek, 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 szituációk fenti két csoportja között szignifikáns különbség mutatkozik a tekintetben, hogy mennyiben tartják azt elfogadhatónak mások, és választhatónak saját maguk/partnerük számára: mindkét esetben a veszélyeztető faktor szituációi inkább elfogadható indokai a terhesség megszakításának, mint az élethelyzeti/társas faktorba sorolódó körülmények (H 2.2).

A két nem vélekedéseiben feltárható különbségeket tekintve: a nők mind a veszélyeztető, mind pedig az élethelyzeti/társas faktorba sorolt szituációk esetén szignifikánsan elfogadóbbak, mint a férfiak (partnerükre vonatkozóan). Ez az abortusz általános elfogadására és a saját életükben választhatóságára is igaz (H 2.3).

Az, hogy egy személy hogyan ítéli meg a két faktorba sorolt szituációk esetén az abortusz elfogadhatóságát és választhatóságát, nem független egymástól. A veszélyeztető

szituációkban mutatkozik a legerősebb együttjárás az általános elfogadás és a választhatóság között ($r=0,73$, $p<0,001$), az élethelyzeti/társas szituációkra vonatkozóan az elfogadás és a választhatóság közötti kapcsolat gyengébb ($r=0,67$, $p<0,001$). A veszélyeztető és élethelyzeti/társas szituációk között az együttjárás az elfogadást tekintve szintén erős ($r=0,72$, $p<0,001$), a választhatóság tekintetében ennél jóval gyengébb ($r=0,58$, $p<0,001$).

Az Abortusz Érvelés Kérdőív kapcsán megfogalmazott hipotézisekre (H 1.3) visszatérve: mivel a személyes érvelést úgy értelmezzük, mint egyéni, az érintett személyes nézőpontjának, érdekeinek mérlegelésével születő állásfoglalás, hipotéziseinkben feltételeztük, hogy aki az abortusszal kapcsolatos vélekedése kialakításában ezt a módot követi, az az egyéni élethelyzetek szélesebb körében ítéli meg úgy, hogy a művi abortusz választása elfogadható, illetve, hogy a saját maga/partnere számára is választható. Azt vártam tehát, hogy mind a veszélyeztető helyzetek kapcsán, mind az élethelyzeti/társas helyzetek esetén mind az elfogadás, mind a választhatóság inkább a személyes érveléssel mutat együttjárást.

A kapott eredmények igazolták feltevéseimet: az abortusz elfogadása és választása veszélyeztető és élethelyzeti/társas körülmények esetén egyaránt pozitív korrelációt mutatott a polaritás-index értékével és a személyes érvelés előnyben részesítésével. Ez az összefüggés a veszélyeztető körülmények között erős ($r_{\text{Elf}}=0,859$ és $r_{\text{Vál}}=0,705$), az élethelyzeti/társas körülmények tekintetében az elfogadás esetén erős ($r_{\text{Elf}}=0,705$), a választás esetén közepesnek mondható ($r_{\text{Vál}}=0,549$; l. 22. táblázat).

3.5 Az abortusztól való vélekedést meghatározó tényezők

A következőkben áttekintem, hogy az egyes változók (elsősorban a demográfiai és a gyermekvállalásra vonatkozó tényezők) milyen módon és mértékben befolyásolják az abortusztól való vélekedések kialakítását, majd bemutatom az abortusz érvelésre vonatkozó, lineáris regresszióanalízissel létrehozott magyarázómodellt.

3.5.1 Statisztikai elemzés

Nem

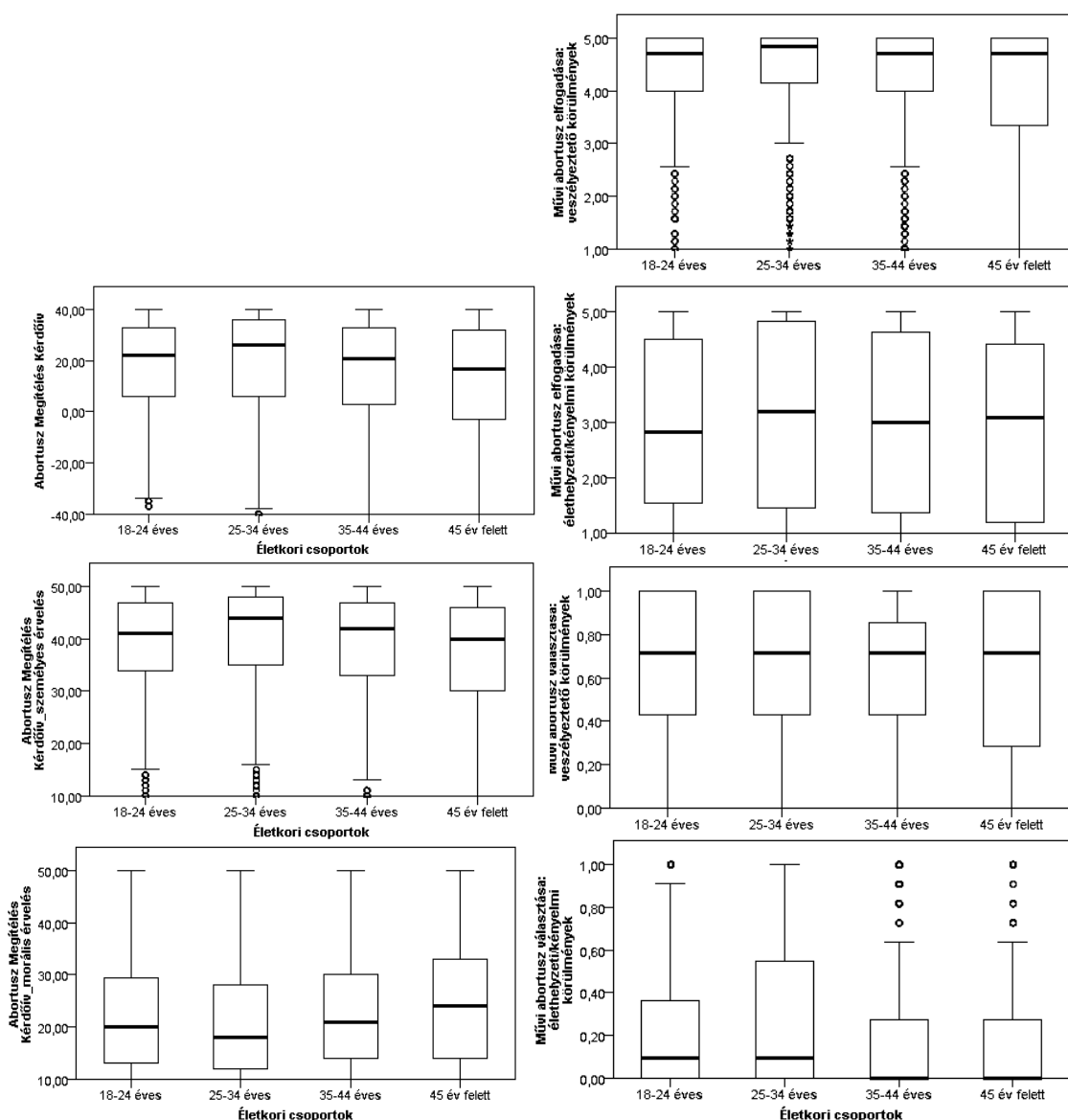
Az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás indexe szignifikánsan magasabb volt a nőknél ($Mdn=24$), mint a férfiaknál ($Mdn=9$) (Mann–Whitney: $Z=6,11$, $p<0,001$). Külön vizsgálva a *személyes* és *morális érvelés skálákat*, az tapasztalható, hogy a mediánok közti különbség nem magyarázható csupán azzal, hogy a férfiak kevésbé jelöltek meg szélsőséges értékeket a skálakon. A személyes érvelés lényegesen jellemzőbb a nőkre ($Mdn_{nő}=43$; $Mdn_{férfi}=34$; $Z=7,26$, $p<0,001$); míg a morális érvelés szignifikánsan jobban jellemzi a férfiakat ($Mdn_{nő}=19$; $Mdn_{férfi}=25$; $Z=-4,650$, $p<0,001$).

Az általános attitűdök vizsgálatakor elmondható, hogy a nőkre a *veszélyeztető körülmények* ($Mdn_{nő}=4,71$; $Mdn_{férfi}=4,28$; $Z=5,75$, $p<0,001$) és az *élethelyzeti/társas* ($Mdn_{nő}=3,09$; $Mdn_{férfi}=2,00$; $Z=4,79$, $p<0,001$) faktorba sorolt szituációkban egyaránt az abortusz magasabb fokú elfogadása jellemző, mint a férfiakra. Saját élethelyzetükre vonatkoztatva a *veszélyeztető körülmények* közt ($Mdn_{nő}=0,71$; $Mdn_{férfi}=0,51$; $Z=2,735$, $p=0,006$) és az *élethelyzeti/társas* esetekben ($Mdn_{nő}=0,091$; $Mdn_{férfi}=0,00$; $Z=2,537$, $p=0,011$) szintén a nők döntenének magasabb arányban a művi abortusz mellett.

Korcsoport

Életkori csoportok szerinti bontásban elmondható, hogy a négy korcsoport ('18-24 éves' vs. '25-34 éves' vs. '35-44 éves' vs. '45 év felett') szignifikánsan különbözik az abortuszhoz való viszonyulás legtöbb aspektusában (16. táblázat). Az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexe alapján a 25-34 éves korosztályra jellemző leginkább a személyes érvelés irányába való eltolódás, míg a 45 év felettiekre a legkevésbé [$H(3)=25,06$, $p<0,001$ ($MR_{18-24}=846,25$; $MR_{25-34}=917,03$; $MR_{35-44}=820,06$; $MR_{45+}=738,09$)]. Bonferroni post hoc teszt alapján a különbség két helyen szignifikáns: 25-34 éves korcsoport vs. 45 év felettiek ($p<0,001$), illetve 25-34 éves korosztály vs. 35-44 évesek ($p=0,007$). A skálák szerinti bontás is ezt támasztja alá, míg a *személyes érvelés skálán* a 25-34 évesek érték el a legmagasabb pontszámot, a 45 év felettiek a legalacsonyabbat [$H(3)=20,42$, $p<0,001$ ($MR_{18-24}=834,18$; $MR_{25-34}=911,23$; $MR_{35-44}=833,43$; $MR_{45+}=747,76$)], a különbség csak e két korosztály között szignifikáns (Bonferroni correction: $p<0,001$). A *morális érvelés skálán* az eredmények épp fordítottak [$H(3)=25,36$, $p<0,001$ ($MR_{18-24}=844,39$; $MR_{25-34}=790,55$; $MR_{35-44}=893,01$; $MR_{45+}=966,59$)]. A post hoc teszt 3 helyen szignifikáns, 18-24 éves vs. 45 év felettiek

($p=0,021$), 25-34 éves vs. 35-44 éves ($p=0,004$), illetve 25-34 éves vs. 45 év feletti ($p<0,001$) (7. ábra).



6. ábra A művi abortuszhoz fűződő attitűdök különbsége az Abortusz Értelmezési Kérdőív és a szituációs változók függvényében, életkori csoportok szerinti összehasonlításban (Kruskal-Wallis teszt)

Veszélyeztető körülmények esetén általánosságban szintén a 25-34 év közöttiek tartották leginkább elfogadhatónak a művi abortuszt, legkevésbé pedig a 45 év feletti [$H(3)=11,15$, $p=0,011$ ($MR_{18-24}=768,56$; $MR_{25-34}=828,05$; $MR_{35-44}=759,51$; $MR_{45+}=724,94$)], a különbség csak e két korcsoport között szignifikáns (Bonferroni correction: $p=0,032$). Az élethelyzeti/társas esetekben azonban nem volt a négy korcsoport közt szignifikáns különbség [$H(3)=3,333$, $p=0,343$ ($MR_{18-24}=759,03$; $MR_{25-34}=796,76$; $MR_{35-44}=763,12$; $MR_{45+}=739,87$)]. Saját magukra vagy partnerükre

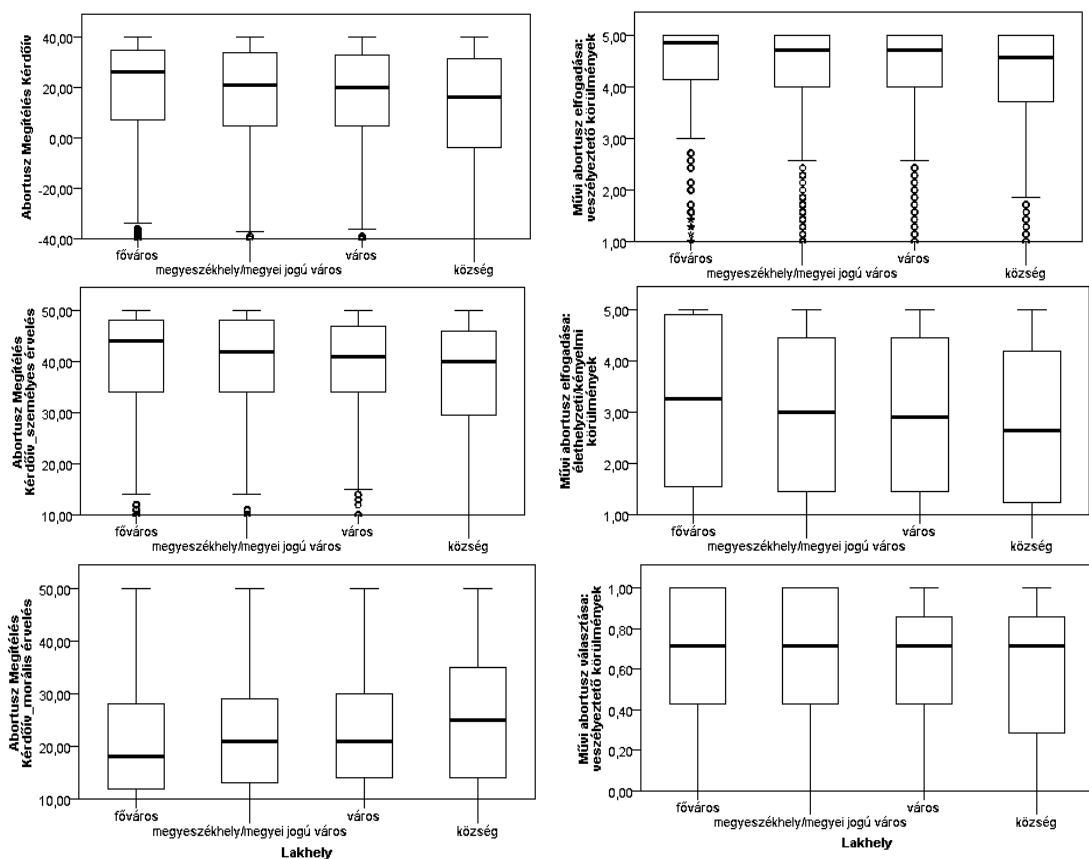
vonatkoztatva *veszélyeztető* helyzetben a post hoc tesztek alapján nem igazolódott szignifikáns különbség a négy korcsoport között [$H(3)=10,53$, $p=0,015$ ($MR_{18-24}=897,35$; $MR_{25-34}=874,28$; $MR_{35-44}=809,05$; $MR_{45+}=802,59$), Bonferroni correction $p>0,06$]. *Élethelyzeti/társas* szituációkban a két legfiatalabb korosztály tartaná leginkább elfogadható döntésnek saját életében az abortuszt, míg a 35-44 év közötti korcsoport a legkevésbé [$H(3)=17,69$, $p=0,001$ ($MR_{18-24}=893,10$; $MR_{25-34}=889,53$; $MR_{35-44}=788,52$; $MR_{45+}=807,71$)], a különbség a 35-44 éves korosztály és a 18-24 évesek ($p=0,008$), illetve a 25-34 évesek ($p=0,002$) közt szignifikáns (6. ábra).

		AÉK	AÉK_P	AÉK_M	Elfogadás veszély.	Elfogadás élethelyz/ társas	Választás veszély.	Választás élethelyz/ társas
Teljes minta	N	1704	1704	1704	1567	1543	1704	1704
	MD	15,70	38,64	22,93	4,26	3,03	0,65	0,24
	SD	22,45	11,29	11,85	1,08	1,53	0,32	0,34
18-24	N	372	372	372	346	331	372	372
	MD	16,39	38,78	22,39	4,32	2,95	0,68	0,24
	SD	20,61	10,43	11,02	0,94	1,49	0,31	0,31
25-34	N	653	653	653	604	585	653	653
	MD	17,85	39,57	21,72	4,34	3,11	0,66	0,28
	SD	22,49	11,27	11,80	1,04	1,57	0,32	0,36
35-44	N	462	462	462	422	428	462	462
	MD	14,50	38,26	23,75	4,22	3,00	0,63	0,20
	SD	22,61	11,45	11,86	1,10	1,52	0,31	0,32
45 felett	N	217	217	217	195	199	217	217
	MD	10,59	36,38	25,80	3,99	2,96	0,61	0,21
	SD	24,12	12,14	12,80	1,35	1,50	0,35	0,31

16. táblázat. A művi abortuszhoz fűződő attitűdök skáláinak átlagértékei korcsoportonként

Lakóhely

A polaritás-index lakóhely szerinti csoportok között szignifikáns különbséget mutatott ($H(3)=18,484$, $p<0,001$), a Bonferroni post hoc teszt alapján a fővárosban élők polaritás-indexe szignifikánsan magasabb értékű, mint a községekben élőké ($p<0,001$). Az Abortusz Érvelés Kérdőív személyes érvelés skáláján szintén a fővárosban és a községben élők pontszáma között volt szignifikáns mértékű a különbség (a fővárosban élők értékei magasabbak, vagyis inkább használtak személyes érvelést; $H(3)=13,47$, $p=0,004$; Bonferroni correction: $p=0,003$). A morális érvelés skálán a fővárosban élők szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el, mint a községekben ($H(3)=21,40$, $p<0,001$; Bonferroni correction: $p<0,001$) és a városokban élő válaszadók ($p=0,035$) (7. ábra).



7. ábra A művi abortuszhoz fűződő attitűdök különbsége az Abortusz Érvélel Kérdőív és a szituációs változók függvényében, lakóhely szerinti összehasonlításban (Kruskal-Wallis teszt)

A szituatív tényezők általános elfogadását tekintve a fővárosban élők lényegesen elfogadóbbak a községben élőkhez képest a *veszélyeztető* ($H(3)=11,76$, $p=0,008$; Bonferroni correction: $p=0,008$), és *élethelyzeti/társas* körülmények mellett ($H(3)=11,97$, $p=0,007$, Bonferroni correction: $p=0,010$). Az egyéni élethelyzet vonatkozásában ez a különbség csak a veszélyeztető szituációk esetében jelentkezett, szintén a fővárosban lakók tartották inkább választhatónak a művi abortuszt saját életükben a községben lakókhoz képest ($H(3)=8,08$, $p=0,44$; Bonferroni correction: $p=0,035$) (7. ábra). Az *élethelyzeti/társas* körülmények esetén az egyéni választhatóság vonatkozásában nem mutatkozott eltérés lakóhely szerinti csoportbontásban ($H(3)=5,95$, $p=0,114$) (az adatokat l.: 17. táblázat)

		AÉK	AÉK_P	AÉK_M	Elfogadás veszély.	Elfogadás élethelyz/ társas	Választás veszély.	Választás élethelyz/ társas
	N	699	699	699	638	635	699	699
Főváros	MD	17,22	39,07	21,85	4,29	3,17	0,67	0,26
	SD	23,09	11,83	11,88	1,11	1,56	0,31	0,34
	N	384	384	384	361	346	384	384
Megye- szh./mjb	MD	16,04	38,96	22,93	4,24	2,99	0,65	0,23
	SD	21,39	10,69	11,49	1,09	1,52	0,32	0,33
	N	402	402	402	366	359	402	402
Város	MD	15,34	38,68	23,34	4,30	2,96	0,65	0,23
	SD	21,22	10,48	11,49	0,99	1,48	0,31	0,33
	N	219	219	219	202	203	219	219
Község	MD	10,92	36,60	25,68	4,11	2,77	0,59	0,22
	SD	23,79	11,83	12,58	1,13	1,51	0,33	0,34

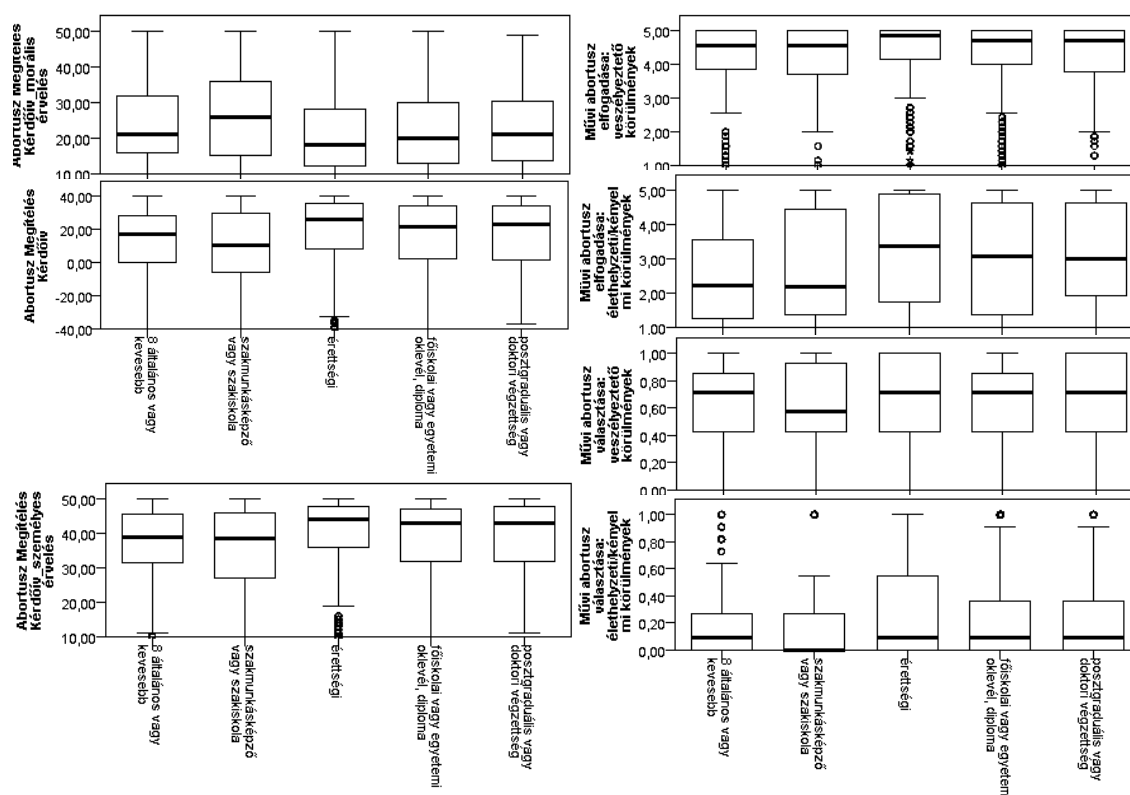
17. táblázat. A művi abortuszhoz fűződő attitűdök skáláinak átlagértékei lakóhely szerint

Iskolai végzettség

Az iskolai végzettség szerinti csoportok között (8. ábra) a polaritás-index szignifikáns különbséget mutatott ($H(4)=26,49$, $p<0,001$), a Bonferroni post hoc teszt alapján az érettségizettek polaritás-indexe szignifikánsan magasabb értékű, mint a 8 általános iskolát vagy annál kevesebbet végzettké ($p<0,001$), illetve a szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzettké ($p=0,025$). Az Abortusz Érvelés Kérdőív személyes érvelés skáláján a 8 általános iskolát vagy kevesebbet végzettké szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el, mint a diplomával rendelkezők ($p=0,009$) és az érettségizettek ($p<0,001$) ($H(4)=29,16$, $p<0,001$). A morális érvelés skálán pedig az érettségizettek és a 8 általános iskolát vagy kevesebbet végzettké ($p=0,002$) illetve a szakmunkás vagy szakiskolát végzettké ($p=0,015$) pontszáma közt bizonyult szignifikánsnak a különbség, az érettségivel rendelkezőkre lényegesen kevésbé jellemző a morális érvelés.

A szituatív tényezők általános elfogadását tekintve az érettségizettek lényegesen elfogadóbbak a 8 általánost vagy kevesebbet végzettkéhez képest a *veszélyeztető* szituációkban ($H(4)=16,61$, $p=0,002$; Bonferroni correction: $p=0,001$), és *élethelyzeti/társas* esetekben ($H(4)=25,07$, $p<0,001$, Bonferroni correction: $p<0,001$). Ezekben a helyzetekben a diplomával rendelkezők is lényegesen elfogadóbbnak tartották a művi abortuszt, mint a 8 általános iskolai végzettségűek ($p=0,026$). Az egyéni élethelyzet vonatkozásában mindkét területen jelentkezett különbség, a veszélyeztető szituációkban ($H(4)=12,91$, $p=0,012$) ez a különbség csak a diplomával rendelkezők és az érettségizettek között volt szignifikáns ($p=0,011$), feltételezhetően a többi csoportban megjelenő magas szórás miatt. Az *élethelyzeti/társas szituációk* esetén ($H(4)=20,75$, $p<0,001$) a diplomával rendelkezők ($p=0,006$) és a 8 általános vagy alacsonyabb iskolai

végzettségűek ($p=0,001$) kevésbé választanák a művi abortuszt, mint az érettségizettek (18. táblázat).



8. ábra A művi abortuszhoz fűződő attitűdök különbsége az Abortusz Érvelés Kérdőtív és a szituációs változók függvényében, iskolai végzettség szerinti összehasonlításban (Kruskall-Wallis teszt)

		AÉK	AÉK_P	AÉK_M	Elfogadás veszély.	Elfogadás élethelyz/ társas	Választás veszély.	Választás élethelyz/ társas
8 ált. v. kevesebb	N	227	227	227	210	196	227	227
	MD	12,52	36,79	24,27	4,17	2,57	0,63	0,16
	SD	20,82	10,51	11,12	1,01	1,38	0,31	0,23
Szakma	N	60	60	60	53	53	60	60
	MD	9,30	36,15	26,85	4,13	2,81	0,61	0,21
	SD	24,01	11,75	13,01	1,16	1,55	0,32	0,34
Érettségi	N	563	563	563	524	517	563	563
	MD	18,55	40,07	21,52	4,36	3,24	0,68	0,30
	SD	21,39	10,63	11,46	1,01	1,52	0,31	0,37
Diploma	N	771	771	771	704	703	771	771
	MD	15,09	38,32	23,23	4,23	3,01	0,63	0,23
	SD	23,24	11,78	12,12	1,14	1,55	0,32	0,33
Doktori	N	83	83	83	76	74	83	83
	MD	15,39	38,70	23,31	4,22	3,08	0,64	0,23
	SD	23,09	11,70	11,98	1,12	1,52	0,32	0,32

18. táblázat. A művi abortuszhoz fűződő attitűdök skáláinak átlagértékei iskolai végzettség szerint

Vallásosság

Az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexe szignifikánsan magasabb volt a nem vallásos csoportban, mint a vallásosoknál (Mann–Whitney: $Z=-18,53$, $p<0,001$). Külön vizsgálva a *személyes* és *morális érvelés skálákat*, az tapasztalható, hogy a mediánok közti különbség nem magyarázható csupán azzal, hogy a vallásosak kevésbé jelöltek meg szélsőséges értékeket a skálákon. A személyes érvelés lényegesen jellemzőbb a nem vallásosokra ($Z=-16,67$, $p<0,001$); míg a morális érvelés szignifikánsan jobban jellemzi a vallásosokat ($Z=19,04$, $p<0,001$).

Az általános attitűdök vizsgálatakor elmondható, hogy a nem vallásosokra a *veszélyeztető körülmények* ($Z=-14,96$, $p<0,001$) és az *élethelyzeti/társas* ($Z=-15,41$, $p<0,001$) esetekben is az abortusz magasabb fokú elfogadása jellemző, mint a magukat vallásosnak vallókra. Saját élethelyzetükre vonatkoztatva a *veszélyeztető* helyzetekben ($Z=-14,58$, $p<0,001$) és az *élethelyzeti/társas* szituációk esetén ($Z=-13,00$, $p<0,001$) is a nem vallásosak döntenének magasabb arányban a művi abortusz mellett. Az egyes választásokhoz tartozó medián értékeket a 19. táblázat mutatja.

		AÉK	AÉK_P	AÉK_M	Elfogadás veszély.	Elfogadás élethelyz/t ársas	Választás veszély.	Választás élethelyz/ társas
vallásos	N	549	549	549	498	506	549	549
	Mdn	3,00	34,00	30,00	4,14	1,45	0,43	0,00
nem vallásos	N	1047	1047	1047	977	946	1047	1047
	Mdn	29,00	45,00	16,00	5,00	3,73	0,86	0,18

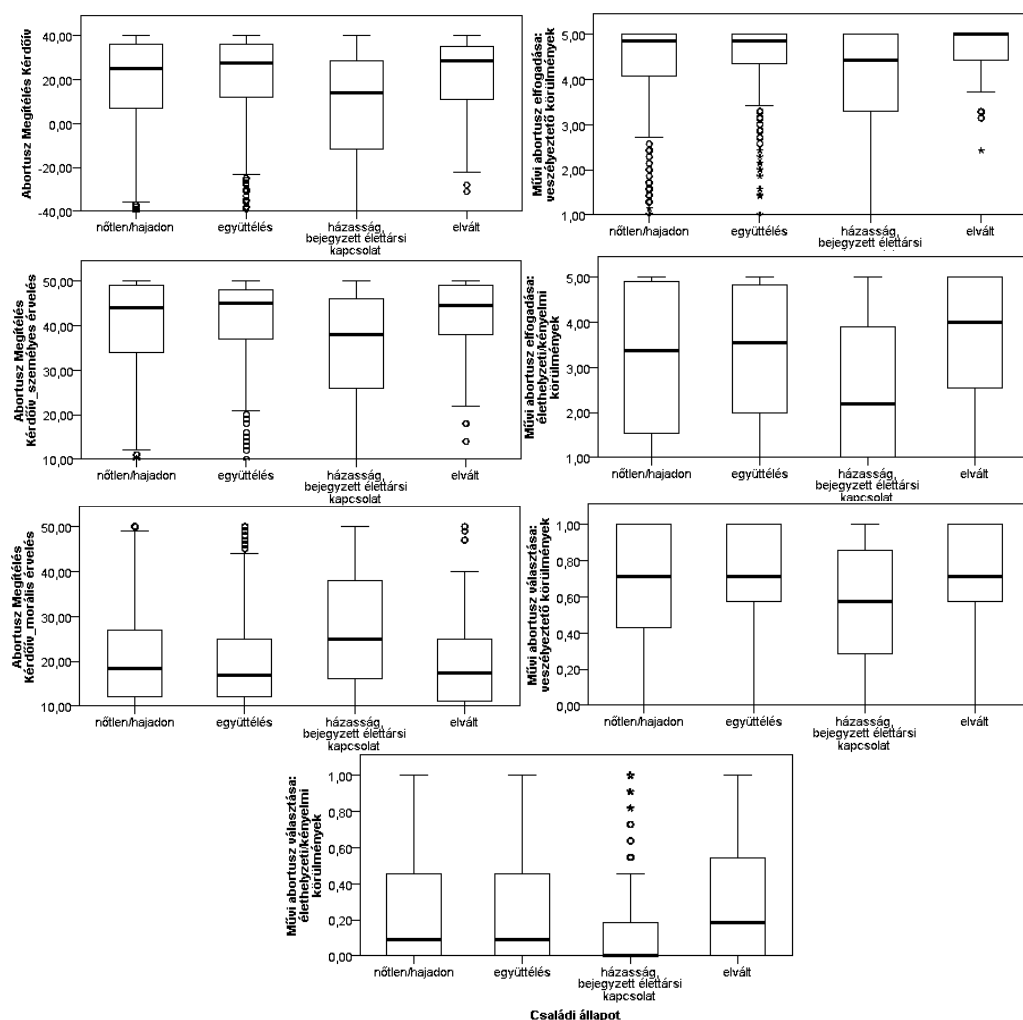
19. táblázat. A művi abortuszhoz fűződő attitűdök skáláinak mediánértékei vallásosság szerint

Családi állapot

A házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban élők szignifikánsan alacsonyabb értékeket értek el az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexén ($H(3)=121,25$, $p<0,001$) és a személyes érvelés skálán ($H(3)=105,68$, $p<0,001$), mint a nőtlen/hajadon, elvált, vagy párkapcsolatban élő vizsgálati személyek (Bonferroni correction: minden esetben $p<0,001$). A morális érvelés skálán lényegesen magasabb pontszámot értek el, mint a fenti csoportok ($H(3)=121,67$, $p<0,001$; Bonferroni correction: rendre $p<0,001$).

A művi abortusz általános elfogadásával és választásával kapcsolatban is hasonló tendencia figyelhető meg. A házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban élők lényegesen kevésbé fogadják el a művi abortuszt *veszélyeztető körülmények* ($H(3)=78,31$, $p<0,001$; Bonferroni correction: rendre $p<0,001$) és *élethelyzeti/társas* helyzetekben ($H(3)=90,47$, $p<0,001$, Bonferroni correction rendre $p<0,001$), mint a másik 3 csoport.

Továbbá lényegesen kisebb valószínűséggel is választanák saját esetükben *veszélyeztető* ($H(3)=86,45$, $p<0,001$; Bonferroni correction rendre $p<0,001$) és *élehelyzeti/társas* ($H(3)=106,15$, $p<0,001$; Bonferroni correction rendre $p<0,001$) szituációkban egyaránt (9. ábra).



9. ábra A művi abortuszhoz fűződő attitűdök különbsége az Abortusz Érvéles Kérdőív és a szituációs változók függvényében, családi állapot szerinti összehasonlításban (Kruskall-Wallis teszt)

Egyéb tényezők

A művi abortuszhoz fűződő attitűdök (AÉK, elfogadás- és választás-mutatók) skáláinak együttjárását az életkorral, a gyermekvállaláshoz kapcsolódó mutatókkal, illetve a művi abortusszal kapcsolatos tájékozottságot jelző változókkal a 20. táblázat mutatja. A színek erőssége a Pearson-féle korreláció erősségét jelzi pozitív, illetve negatív irányú kapcsolat esetén. A legerősebb összefüggés a gyermekvállalás fontosságával mutatkozott, minél

inkább jellemző valakire, hogy központi célnak tartja az életében a gyermekvállalást, annál kevésbé elfogadó a művi abortusszal kapcsolatban, általánosságban és saját választásai kapcsán is. Illetve azokra, akik fontos célnak tartják életükben a gyermekvállalást, jellemzőbb a morális érvelés az Abortusz Érvelés Kérdőívén.

A művi abortusszal kapcsolatos tájékozottság szubjektív megítélése egyik változóval sem mutatott jelentős összefüggést, a kapcsolat egy esetben, az élethelyzeti/társas szituációk általános elfogadásával volt szignifikáns, de erőssége itt is elhanyagolható ($p=0,018$, $r=-0,06$).

A meglévő és tervezett gyermekek száma pozitív irányú és közepes erősségű összefüggést mutatott a morális érvelés skálával, illetve negatív irányú, közepes erősségű korrelációt az elfogadást jelző többi skálával. Minél több gyermeke van, vagy gyermeket tervez valaki, annál kevésbé jellemző rá az abortusz elfogadása, választása vagy a személyes érvelés az abortusz megítélése kapcsán.

A megbélyegzésről való vélekedés (nők és abortusz-ellátásban dolgozók) erőssége pozitív irányú együttjárást mutat az elfogadással: minél inkább azt gondolja valaki, hogy az abortusz miatt gyakori megbélyegzés éri a nőket, annál inkább jellemző rá a személyes érvelés hangsúlyozása, annál kevésbé jellemzi a morális érvelés, annál elfogadóbb az abortusszal kapcsolatban általános esetben, és saját maga vonatkozásában is (választhatóság). Hasonló irányú, de gyengébb erősségű tendencia figyelhető meg az ellátók megbélyegzettségének megítélése kapcsán is (20. táblázat).

		terhességek száma	gyermekek száma	testvérek száma	tervezett gyermekek száma	gyermek-vállalás fontossága	tájékozottság művi abortuszról	művi abortusz a környezetben	Abortusz miatt...megbélyegzik a nőket?	...megbélyegzik az ellátó személyeket?	kor
AMK	r	-0,314	-0,345	-0,208	-0,330	-0,518	-0,025	0,100	0,344	0,175	-0,093
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,300	0,000	0,000	0,000	0,000
AMK_P	r	-0,288	-0,312	-0,210	-0,345	-0,492	-0,023	0,109	0,330	0,163	-0,077
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,345	0,000	0,000	0,000	0,002
AMK_M	r	0,320	0,357	0,194	0,296	0,512	0,026	-0,086	-0,337	-0,175	0,103
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,287	0,002	0,000	0,000	0,000
Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető körülmények	r	-0,251	-0,310	-0,224	-0,286	-0,397	-0,010	0,122	0,301	0,108	-0,095
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,679	0,000	0,000	0,000	0,000
Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/kényelmi	r	-0,275	-0,290	-0,178	-0,370	-0,564	-0,060	0,161	0,298	0,172	-0,004
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,018	0,000	0,000	0,000	0,876
Művi abortusz választása: veszélyeztető körülmények	r	-0,242	-0,278	-0,170	-0,226	-0,374	-0,032	0,090	0,243	0,102	-0,074
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,182	0,001	0,000	0,000	0,002
Művi abortusz választása: élethelyzeti/kényelmi	r	-0,277	-0,272	-0,128	-0,338	-0,581	-0,034	0,095	0,222	0,173	-0,063
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,160	0,000	0,000	0,000	0,010

AÉK=Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-index; AÉK_P: személyes érvelés; AÉK_M: morális érvelés

20. táblázat A művi abortuszhoz fűződő attitűdök skáláinak együttjárása az életkorral, a gyermekvállaláshoz kapcsolódó és a művi abortusszal kapcsolatos tájékozottságot jelző mutatókkal

A fenti változók kapcsolatát vizsgálva az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexével lineáris regresszióanalízisben (forward), közepes magyarázóerejű modellt kaptunk, melyben 6 változó szerepelt szignifikáns erősséggel ($F(6)=94,31$, $p<0,001$; adj $R^2=0,398$). Az egyes változók szerepét a modellben a 21. táblázat mutatja. Legerősebb hatása a modellben a meglévő és a tervezett gyermekek számának van; minél kevesebb gyermeke van a személynek, vagy minél kevesebbet szeretne, annál inkább jellemzi a személyes érvelés a polaritás-index alapján. Ezt követi a gyermekvállalás fontossága, a korrelációknál leírt módon. Leggyengébb magyarázóerővel az életkor (minél idősebb a személy, annál jellemzőbb rá a személyes érvelés), és a testvérek száma (minél több testvére van, annál kevésbé jellemző rá a személyes érvelés) vesz részt a modellben.

	β	t	p
(Constant)		1,101	0,271
gyermekvállalás fontossága	-0,188	-4,741	0,000
Abortusz miatt megőlelyezik-e a nőket?	0,173	5,947	0,000
tervezett gyermekek száma	-0,298	-7,997	0,000
gyermekek száma	-0,378	-9,756	0,000
életkor	0,083	2,408	0,016
testvérek száma	-0,054	-1,989	0,047

21. táblázat. A polaritás-index magyarázó modelljében szerepet játszó intervallum mérési szintű változók (életkor, gyermekvállalási mutatók, megőlelyeztettség, abortusszal kapcsolatos tájékozottság)

Skálák közti összefüggések

Az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás indexe, illetve mindkét alskálája erős együttjárást mutat a szituatív tényezőkhez kapcsolódó attitűdökkel. Az elfogadó attitűd egyéni és általános esetben erős pozitív korrelációt mutat a polaritás-indexszel és a művi abortusz megítélésekor a személyes érvelés előnyben részesítésével. Ez az összefüggés az élethelyzeti/társas szituációk választásakor a leggyengébb, de még itt is szoros összefüggést mutat (22. táblázat).

		AÉK	AÉK P	AÉK M
Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető körülmények	r	0,859	0,845	-0,822
	p	0,00	0,00	0,00
Művi abortusz választhatósága: veszélyeztető körülmények	r	0,705	0,686	-0,681
	p	0,00	0,00	0,00
Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/társas körülmények	r	0,789	0,767	-0,766
	p	0,00	0,00	0,00
Művi abortusz választhatósága: élethelyzeti/társas körülmények	r	0,549	0,525	-0,539
	p	0,00	0,00	0,00

AÉK=Abortusz Érvéles Kérdőív polaritás-index; AÉK_P: személyes érvelés; AÉK_M: morális érvelés

22. táblázat. Abortusz Érvéles Kérdőív és szituatív tényezőkhez kapcsolódó attitűdök korrelációja

Az Abortusz Érvéles Kérdőív polaritás indexe közepes negatív korrelációt mutat a Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmessége alskálájával, illetve a Schwartz Értékeszt Megőrzés-konzervativizmus alskálájával. Az Abortusz Érvéles Kérdőív egyik skálája sem mutat statisztikailag jelentős együttjárást a Lezárási Igény Kérdőívvel és alskáláival. Az egyes skálák közti korrelációkat a 8. táblázat (83. o.) mutatja.

Az Abortusz Érvéles Kérdőív magyarázómodellje

A skálák és a fentebb leírt független változók alapján lineáris regresszióanalízissel (stepwise) létrehozott magyarázómodellben 11 változó szerepelt szignifikáns erősséggel ($F(11)=61,521$, $p<0,001$; adj $R^2=0,481$) (23. táblázat).

	β	t	p
(Constant)		1,672	0,095
gyermek szám	-0,298	-7,424	0,000
tervezett gyermek szám	-0,244	-6,296	0,000
vallásosság (dummy)	-0,218	-7,25	0,000
Élet Értelmessége	-0,125	-3,996	0,000
Értékeszt_Megőrzés	-0,121	-3,712	0,000
Értékeszt_Önmegvalósítás	0,115	3,652	0,000
gyermekvállalás fontossága	-0,105	-2,536	0,011
Értékeszt_Nyitottság	0,100	2,99	0,003
LIK_Rend és szervezettség	0,097	3,17	0,002
életkor	0,094	2,745	0,006
LIK_Többszemp. kerülése	-0,057	-2,048	0,041

23. táblázat A polaritás-index magyarázómodell változói erőssorrendben

A modellben legnagyobb hatással a gyermek szám vesz részt, negatív hatóerővel, vagyis minél több gyermeke van valakinek, annál kevésbé jellemző a személyes érvelés. Ezt követi szintén negatív hatóerővel a tervezett gyermek szám, a vallásosság, a Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet értelmessége alskálája. illetve a Schwartz Értékeszt

Megőrzés-konzervatizmus skálája mint magyarázóváltozók. Az Önmegvalósítás, a Változásra való nyitottság és a magasabb életkor pozitívan függ össze a személyes érveléssel, illetve más változók hatásának kontroll alatt tartása mellett a Rend és szervezettség igénye is pozitív összefüggést mutatott a polaritás index magas értékével. A gyermekvállalás fontossága az életben, illetve a Lezárás iránti igény Többszempontúság kerülése skálái negatív irányban függnek össze a személyes érveléssel, tehát minél fontosabb a személy számára a gyermekvállalás az életben, annál kevésbé jellemző rá a személyes érvelés. Továbbá minél inkább igényli a többszempontúságot döntéshelyzetben, annál inkább jellemző rá a személyes érvelés (és fordítva, a többszempontúság kerülése a morális érveléssel függ össze). (A kizárt változók, illetve az AÉK P és M skálájára vonatkozó lineáris regresszióanalízis eredményei a mellékletben találhatók.)

3.5.2 A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés

A fentiekben bemutatott eredmények, hipotéziseim harmadik csoportjához kapcsolódóan arra a kérdésre vonatkoztak, hogy mely demográfiai vagy más tényezőknek van szerepe az abortusz-attitűd meghatározásában, és ezek közül melyek azok, amely statisztikailag értelmezhető módon magyarázzák az abortusz-attitűd jellegét.

Az adatokon végzett lineáris regresszióanalízis alapján 11 szignifikáns erősségű változót azonosítottam (l. a 23. táblázatot). Az alábbiakban a demográfiai tényezőkkel és vallással kapcsolatos összefüggéseket, és az élet értelmességével kapcsolatos eredményeket ismertetem. Kitérek továbbá – a vonatkozó hipotéziseknek megfelelően – az egyes személyiségvonások, valamint az abortusz-szabályozásra vonatkozó tájékozottság és az észlelt megbélyegzés befolyásoló szerepének vizsgálatára is. Az adatok értelmezése kapcsán felvetek néhány kérdést, amelyre az adott kutatás keretei között nem állt módomban választ keresni, de a továbbiakban érdemes volna vizsgálat tárgyává tenni őket. A vonatkozó adatokat részletesen a 17. és 20. táblázat mutatja.

A gyermekvállalás és annak fontossága

A művi abortuszra vonatkozó vélekedéseket a legnagyobb hatóerővel meghatározó tényezők a meglévő és tervezett gyermekek száma: mindkét tényező negatív irányú és közepes erősségű összefüggésben áll a személyes érvelés használatával. Minél több gyermeke van a személynek, vagy minél több gyermeket tervez, annál inkább morális szempontok mentén gondolkodik az abortuszról, és annál kevésbé jellemző rá az abortusz

elfogadása és választása. Ez az eredmény alátámasztja a hipotézisemet (H 3.1), és egybevághat Gradwohl és kollégái (2013) eredményeivel, akik szintén szignifikáns, fordított irányú kapcsolatot írtak le a tervezett gyermekszám és az abortusz elfogadása között.

Ismertve a gyermekvállalás és a vallásos meggyőződések közti kapcsolatot (hogyan tudniillik a vallás fontossága és a gyermekszám között pozitív korreláció van, ld pl. Kopp és Skrabski, 2006), elképzelhető, hogy a vallásosság meghatározza az ideálisnak gondolt családnagyságra vonatkozó elképzeléseket, így a (megszületett és tervezett gyermekek) száma a valláson keresztül határozza meg az abortuszra vonatkozó nézeteket. Ezt a lehetőséget ugyan közvetlenül nem vizsgáltuk (mivel a vallásosságot dichotóm változóként kezeltük, és a pontosabb összefüggések feltárását lehetővé tevő felekezeti hovatartozás, a vallásgyakorlás rendszeressége és a vallás személyes fontossága sem szerepelt a kérdések között), de mivel az abortusz-attitűd magyarázó modelljében a következőkben említésre kerülő vallásosság is külön magyarázóerővel bír, ezért nem feltételezhetjük, hogy a gyermekszám és az abortusz-attitűd kapcsolata csak a vallásosság eredője lenne.

A nemzetközi szakirodalomban nem találtam erre vonatkozó adatot, de – hasonlóan Gradwohl és kutatócsoportja (2013) eredményeihez – a saját mintámban a testvérek száma szignifikáns, negatív előjelű hatást gyakorolt a polaritás-indexre, vagyis a testvérek számának növekedésével egyre kevésbé jellemző az abortusz kapcsán az egyedi szempontok mérlegelésével járó személyes érvelés.

A családnagyságra vonatkozó kérdések közé sorolható még az, hogy a személy mennyire tartja fontos célnak az életében azt, hogy gyermeke(i) legyen(ek).

A mintában szereplők 63,1%-a (1075 fő) nyilatkozott úgy, hogy az életében a legfontosabb, illetve nagyon fontos cél az, hogy gyermeket vállaljon. Meglepő azonban, hogy azok aránya, akik nem tekintik fontos célnak a gyermekvállalást, meglehetősen magas (egyáltalán nem fontos vagy kevésbé fontos cél: 32,8%). Ezt részben magyarázhatja a minta nem egyenlő életkori eloszlása: a válaszadók több, mint fele 35 év alatti, vagyis abba a korosztályba tartozik, amelyben nő az egyedülélők, a gyermektelen nők, feltehetőleg a véglegesen gyermektelenül maradó nők, párok, valamint az életüket tudatosan gyermek nélkül tervezők aránya is. Ugyancsak erre az életkori csoportra jellemző, hogy az ideálisnak tartott gyermekszám átlaga az előző generációkhoz képest jelentősen csökken, és ez a tényleges termékenységi mutatók változásával is együtt jár (Pongráczné, 2002, 2012).

A gyermekvállalás mint cél fontossága a mintában közepes erősségű, negatív irányú összefüggést mutatott az AÉK polaritás-index értékével, vagyis akik számára fontos, hogy gyermekük legyen, azokra inkább a morális érvelés jellemző. A szülővé válás célja egyben az abortusz elfogadásával, illetve saját maga/partnere számára választhatóságával is fordítottan függ össze, akár a veszélyeztető, akár az élethelyzeti faktorba sorolt szituációk esetén (utóbbi csoportban az együttjárás erősebb).

Feltehető, hogy akiknek a személyes életében a gyermekvállalás fontos vagy kitüntetetten fontos cél, azok a gyermeket magát értéként, (akár magzati) életét védendőként kezelik, amely inkább a morális érveléshez közel álló nézőpontot jelent. Itt jegyezzük meg, hogy az AÉK személyes érvelésre vonatkozó skálaértékeinek magyarázó változója a meglévő és tervezett gyermekszám mellett, ám fordított hatásiránnyal a terhességek száma is. Feltételezhetjük tehát, hogy azok a nők, akiknek az élettörténetében van valamilyen, gyermekvállalásra vonatkozó veszteség, akár művi vetélés miatt, akár más okból kifolyólag, személyes tapasztalataik okán az egyéniesített véleményalkotásra hajlanak abortusz kapcsán – ezt az összefüggést érdemes volna a továbbiakban vizsgálni.

Eredményeim megerősítik azokat a szakirodalmi adatokat, amelyek a tervezett családnagyság, valamint a gyermekszám negatív irányú kapcsolatát tárták fel az abortusz támogatottságával (pl. Barkan, 2014). Megjegyzem azonban, hogy a saját mintán talált összefüggések ($r = -0,564$ a gyermekvállalás fontossága és az élethelyzeti szituációkban az abortusz elfogadása, illetve $r = -0,397$ a gyermekvállalás fontossága és a veszélyeztető szituációkban az abortusz elfogadása között) jellemzően erősebbek a más országokban mért adatokhoz képest (pl. Miller [1994] a pozitív gyermekvállalási motiváció és az abortusz elfogadottsága között $r = -0,23$ erősségű összefüggés). Ez az eredmény összhangban van azzal, hogy a magyar társadalom (bár termékenységi mutatóink ezt nem igazolják vissza) nemzetközi összehasonlításban is kimagaslóan gyermekcentrikusnak tekinthető, ahol a gyermekvállalás megítélése nagyon pozitív: a reprodukív életkori csoportba tartozók (18–49 év) meghatározó többsége gondolja úgy, hogy „nem lehet igazán boldog, akinek nincs gyermeke” (Pongráczné, 2012).

A vallásosság szerepe

A magyarázó modellben a vallást szintén a legnagyobb hatóerővel bíró változók között találjuk, amely fordított irányban függ össze az AÉK polaritás-indexszével, vagyis – várakozásaimnak megfelelően – az önmagukat vallásosnak tartó személyek használják kevésbé a személyes érvelést abortusz-attitűdjük kialakítása során (H 3.3). A kontextuális

tényezőket vizsgálva mind a veszélyeztető, mind pedig az élethelyzeti/társas helyzetekben szignifikánsan kisebb arányban tartják elfogadhatónak és saját maguk/partnerük számára választhatónak a terhesség művi megszakítását. Ez az eredmény konzisztensnek mondható a szakirodalmi adatokkal (pl. Strickler és Danigelis, 2002; Pongráczné és S. Molnár, 1992), és megerősíti a morális érvelés és a pro-life álláspont összekapcsolhatóságát, amennyiben tekintetbe vesszük, hogy utóbbi ab ovo feltételezi Isten akaratának kizárólagosságát az életet és halált érintő kérdésekben. Itt jegyzem meg azonban, hogy mivel a vallást csak egy eldöntendő kérdéssel vizsgáltam („Vallásosnak tartja-e magát?”), nem tudtam következtetéseket levonni sem a felekezeti hovatartozás, sem a vallásgyakorlás befolyásoló hatására vonatkozóan.

Életkor

A demográfiai változók közül az életkor szintén befolyással bír az abortusz-attitűdre (H 3.1). Eredményeim szerint a személyes érvelés az életkor előrehaladtával csökken, a morális pedig ezzel ellentétes tendenciát követ, a 45 év feletti korosztályban a legvalószínűbb az erkölcsi alapelvek mentén történő véleményalkotás az abortusz kapcsán. A veszélyeztető helyzetekben a legfiatalabb korcsoportba tartozók (18-24 év) a legelfogadóbbak, és saját maguk/partnerük számára is ők, valamint a 25-34 évesek tartják leginkább választhatónak a terhességmegszakítást. Az élethelyzeti faktorban azonban nem találtam szignifikáns összefüggést se az elfogadás, se a választhatóság vonatkozásában.

Ezek az adatok összefüggésbe hozhatók azokkal a statisztikai mutatókkal, amelyek szerint a minta többségét alkotó 18 és 35 év közti korosztályra az első gyermek vállalásának kitolódása és a fogamzásszabályozás mellett élt nemi élet szakaszának meghosszabbodása jellemző. Ez magyarázható olyan társadalmi-gazdasági tényezőkkel, mint a nők nagyobb aránya a felsőoktatásban, és ezzel a nők tanulmányi idejének meghosszabbodása, munkaerőpiaci problémák, vagy a gyermekszám növekedése és a munkavállalási esélyek csökkenése közötti összefüggés, a család és a kereső tevékenység összeegyeztetésének nehézségei (Pongráczné, 2012). Mindezek miatt a karriertervek megvalósítása és/vagy a családos életmód anyagi megalapozása az (első) gyermek vállalásának időszaka elé kerül – mindez közrejátszhat abban, hogy a megfogant terhességről való döntésben a fiatalabb korosztály az egyéni szempontok mérlegelését fontosnak tartja, még akkor is, ha saját maga/partnere vonatkozásában ettől még az

aktuális élethelyzet által indokoltan nem tartja az abortuszt jobban választhatónak, mint más korcsoportok.

Az életkori összefüggések kapcsán szintén felmerülhet a vallás, és a (tervezett) gyermekvállalás befolyásoló szerepe, ám a modell szerint ezek mindegyike önállóan szignifikáns magyarázóerővel bír.

A morális érvelés (vagyis a pro-life álláspont támogatása) a szakirodalmi adatok többsége szerint is inkább az idősebb korosztályt jellemzi, bár a kulturális tényezők szerepe itt sem elhanyagolható (I. Smith és Son, 2013).

A morális érvelés életkorral együttjáró erősödése kapcsán felmerülhet az a kérdés is, hogy ezt a tendenciát önmagában az életkor előrehaladása befolyásolja, vagy a gyermekvállalási periódus lezárása, a kívánt családnagyság elérése az, ami az abortuszra vonatkozó vélekedést befolyásolja.

Nemek közti különbségek

A kapott eredmények szerint a női nem nagyobb valószínűséggel jár együtt a személyes érvelés használatával, míg a morális érvelés inkább a férfi kitöltőkre volt jellemző. A nők elfogadóbbak az abortusszal szemben, és saját maguk életében is nagyobb valószínűséggel tartják választhatónak, mint a férfiak (partnerükre vonatkozóan), a szituatív tényezők mindkét csoportjára vonatkozóan (H 3.1)

A nem abortusz-attitűdökre gyakorolt befolyásoló hatása szempontjából a korábbi kutatási eredmények, mint említettük, meglehetősen inkonzisztensek, és a mintaválasztás erőteljes befolyásoló hatását valószínűsítik. A saját kutatásomban ilyen tényező lehet a minta egyenlőtlen nemi eloszlása (88,6 % nő).

Egyéb demográfiai tényezők

A fentiek mellett a hipotézis (H 2.1) részét képezte a családi állapot és iskolázottság mint főbb demográfiai változók abortusz-attitűdökre gyakorolt hatásának értékelése is.

Az iskolázottság kapcsán az elvárt összefüggésnek megfelelően a magasabb befejezett iskolai végzettség inkább a személyes érveléssel mutat együttjárást, míg a morális érvelés leginkább az alacsonyabb iskolai végzettségűeket (8 általános iskolai osztály vagy kevesebb) jellemzi. Az elfogadás mértéke mind a veszélyeztető, mind az élethelyzeti szituációkban szignifikánsan magasabb a diplomások és érettségizettek körében, mint a legfeljebb 8 osztályt végzetteknél.

Az eredmények egybevághóak a szakirodalmi adatokkal, amelyek szintén a magasabb iskolázottság és az elfogadóbb abortusz-attitűdök kapcsolatát írják le (l. pl. Jelen és Wilcox, 2003).

A családi állapot vonatkozásában azt kaptuk, hogy 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. Szintén a házasok és élettársi kapcsolatban élők azok, akik kevésbé elfogadók az abortusszal kapcsolatban, és a saját maguk/partnerük vonatkozásában is kevésbé választanák azt, mint az utóbbi csoportba tartozók.

Ha eredményeimet összevetjük a terhességmegszakításra vonatkozó, hazai statisztikai adatokkal, akkor azt látjuk, hogy a deklarált (házassági vagy élettársi) kapcsolatban élők körében valóban jóval kevesebb a művi vetélés (2016-ban a házasok részaránya 23%-v volt, KSH, 2017), ami társadalmi szinten természetesen a házasságban élők csökkenő arányával is magyarázható, ám adataim szerint az eltérést az abortusz-attitűdökben mutató különbségek is befolyásolhatják. A morális érveléssel való együttjárást magyarázhatja a vallásosság, vagy általában véve valamilyen közös értékrend feltételezése a stabil párkapcsolatban élők között, de akár a két félnek a gyermekvállalásra vonatkozó egyeztetett álláspontja is, amely esetekben kevésbé van szükség az egyéni szempontok és körülmények mérlegelésére.

Az iskolázottság kapcsán a statisztikák azt mutatják, hogy a végzettség szintjének növekedésével az abortuszok gyakorisága szignifikánsan csökken (KSH, 2017), vagyis, bár a kapott adatok szerint a magasabb iskolázottság inkább választáspárti attitűdöt jósol be, a megszakított terhességek száma ebben a csoportban mégis jóval kisebb. Ez eltérés feltehetőleg más, társadalmi-gazdasági szintű háttérváltozókkal magyarázható, mint például a fogamzásszabályozási szokásoknak az iskolázottsággal együttjáró különbségei (Makay, 2014) vagy az egzisztenciális biztonsággal összefüggő tényezők (munkahely, jövedelem stb.).

Az élet értelmessége

Az abortuszról való gondolkodást meghatározó következő tényező az élet értelmesként való megélése, amely, a nem túl erős, de szignifikáns hatáserősséggel határozza meg az abortusz-attitűdöt. A hatás negatív irányú, vagyis az értelemmel betöltöttség inkább a morális érveléssel kapcsolható össze (H 3.4).

Frankl értelmezésében „az élet értelmesként való megéléséhez tartozik, hogy a személy olyan tetteket visz véghez, illetve olyan élményeket él át, amelyeket valóban érdemesnek érez arra, hogy megvalósítsa és megtapasztalja azokat; valamint képes arra, hogy az általa nem módosítható, kedvezőtlen adottságokban is értelmet találjon.” (Martos és Konkoly Thege, 2012, pp. 127.). Az értelmesség megélése tehát megküzdési erőforrásként képzelhető el, amely a rossz helyzetek megélést, a nem módosítható negatív körülményekhez való viszonyulásunkat is befolyásolja. Az ún. beállítódási értékek épp az olyan, megmásíthatatlan külső adottságokhoz való rugalmas alkalmazkodást (értelem-megvalósítási lehetőségeket) teszik lehetővé, mint például a szenvedés és halál.

Ebben az elméleti keretben elgondolva az értelemmel betöltöttséget, feltehető, hogy egy olyan nem várt, nehézséget okozó helyzetben, mint amit egy nem kívánt várandósság és az arról való döntés jelent, a morális elvek mentén történő mérlegelés összefügghet azzal, hogy a személy képes a kedvezőtlen körülményekhez is olyan módon viszonyulni, hogy abban értelmet talál. Másrészt, ha az élet értelmessége a kihívást jelentő élethelyzetekben a döntés mikéntjét jelenti, akkor egy felépített, átlátható világkép (amely a morális elvek mentén való gondolkodás mögött feltételezhető), nem teszi szükségessé a személyes, idioszinkratikus tényezők mérlegelését.

Felvetődhet az a kérdés, hogy az élet értelmesként való megélése nem a vallási meggyőződéseken keresztül befolyásolja-e az abortusz megítélését. Frankl (1996) szerint ugyanakkor az értelemmel betöltöttség nem függ a vallási hovatartozástól, és kutatásokban sem találtak szignifikáns különbséget a vallásos és nem vallásos populáció életértelmesség-érzése között (l. pl. a Hungarostudy eredményeit: Konkoly Thege, Pilling, Székely és Kopp, 2013). Vizsgálatomban a vallásosság és az élet értelmessége skála külön-külön is szerepel a morális érvelésre vonatkozó magyarázómodellben, vagyis mindkettő önálló magyarázóerővel is bír.

Más oldalról: az élet értelmessége a szakirodalmi adatok szerint összefügg a gyermekvállalással. A 2002-es Hungarostudy országos reprezentatív felmérés eredményei szerint például a 45 év alatti nők esetén a gyermekszám és az élet értelmessége pozitív együttjárást mutat (Kopp és Skrabski, 2003). A másik oldalról pedig: meddőségi problémával küzdő nők mintáján az életértelmesség szintje szignifikánsan alatta maradt a magyar lakosság átlagértékének (Szigeti és Konkoly Thege, 2012), jelezve, hogy a gyermekvállalás mint cél elvesztése egyben az élet értelmesként való megélését is megkérdőjelezheti. A sikeres IVF kezelés utáni gyermekáldás pedig egy éves utánkövetésnél is az értelmesség szignifikáns növekedésével jár, nőknél és férfiaknál

egyaránt (Habroe, Schmidt és Holstein, 2007). Elképzelhető tehát, hogy azok, akiknél a gyermekvállalás fontos eleme az élet értelemteliként való megélésének, a terhességek művi megszakítása vonatkozásában kevésbé elfogadóak, és nem hajlanak az egyedi szempontok mérlegelésére.

Személyiségvonások szerepe

A Big5 személyiségvonások egyike sem szerepel szignifikáns hatáserősséggel az abortusz-attitűdök magyarázó modelljében.

A kétváltozós korrelációs összefüggéseket tekintve az AÉK polaritás-indexével mind az öt vonás gyenge, de szignifikáns együttjárást mutat. A legerősebb, negatív irányú összefüggést a Barátságosság vonással találtuk ($r = -0,22$, $p < 0,01$), fordított az együttjárás továbbá a Lelkiismeretesség és Extraverzió faktorokkal, míg a Neuroticitás és Nyitottság kapcsán pozitív kapcsolatot találtam (1. 8. táblázat) (H 2.3).

A Nyitottság és Lelkiismeretesség esetében az összefüggés iránya megfelel a szakirodalomban találtaknak (Gerber és mtsai, 2010).

A Barátságosság kapcsán megemlítem, hogy az a gyermekvállalás iránt elkötelezettséget erősíti akár motivációs szinten (Pápay, 2014), akár annak megvalósulását tekintve (Tavares, 2010). A személyes érveléssel való negatív irányú összefüggést tehát felheteőleg az magyarázza, hogy a gyermekvállalás fontossága az egyén életében inkább a morális érveléssel mutat együttjárást.

Egyéb vizsgált változók

Várakozásaimmal ellentétben annak a mértéke, ahogy a válaszadók megítélik saját tájékozottságukat az abortusz hazai szabályozására vonatkozóan, nem mutat szignifikáns összefüggést az abortusz-attitűddel (H 2.5).

Hipotézisemet azon kutatási eredmények magyar mintán való kontrollálására fogalmaztam meg, melyek szerint a pro-choice és pro-life álláspontot képviselő nők között szignifikáns ($p < 0,001$) különbség van az abortuszra vonatkozó információk helytállósága vonatkozásában – a választáspárti attitűdöt képviselők jobban tájékozottak a terhességmegszakítás rizikótényezői vonatkozásában (Wiebe, Littman és Kaczorowski, 2015). Feltételeztem, hogy a törvényi a szabályozásra vonatkozó tájékozottságnak is lehet hasonló befolyásoló szerepe, ám adataim ezt nem igazolták.

A vizsgálat során arra nem tértem ki, hogy a válaszadónak volt-e már művi abortusza (illetve a férfi megkérdezetteknek van-e olyan partnere, aki megszakította a terhességét),

részben kutatásetikai okok miatt, részben pedig azért, mert a korábbi kutatási eredmények szerint nem maga az abortusz az élettörténetben, hanem annak megélése és feldolgozása az, ami az abortusszal kapcsolatos attitűdöket befolyásolja, ennek elemzése viszont meghaladta volna kutatásom kereteit. A saját abortusz-tapasztalatok helyett ezért inkább arra kérdeztem rá, hogy a megkérdezett közvetlen környezetében tud-e művi vetélésről. A válaszadók több mint fele (52,4%) nyilatkozott úgy, hogy van tudomása a közeli hozzátartozók, barátok között művileg megszakított terhességről, ami kis mértékben ugyan ($r=0,1$), de a személyes érvelés irányába, és akár a veszélyeztető, akár az élethelyzeti szituációk vonatkozásában a nagyobb elfogadás irányába hat ($r_v=0,12$ és $r_{EH}=0,16$), ám azt nem befolyásolja, hogy a személy a saját maga/partnere számára mennyire tartja az abortuszt választható lehetőségnek. Hipotézisem (3.5), melyet eredményeim is alátámasztottak, azon a feltételezésen alapult, hogy akinek a társas környezetében valaki a terhessége megszakítása mellett döntött, több ismerettel, személyes tapasztalattal bír a döntésre, annak személyes aspektusaira vonatkozóan, és ez az egyedi helyzet adta tényezők mérlegelésének fontosságával, így inkább a személyes érvelés használtával jár együtt.

Feltételeztem továbbá, hogy azok fogják az abortusszal együtt járó megbélyegzettség mértékét magasabbra értékelni, akiket inkább egyéniesített, személyes érvelésre támaszkodó attitűd jellemez (H 3.6). A kérdés fontosságát az is adja, hogy a megkérdezettek több mint fele (54,9%) szerint gyakran éri megbélyegzés a terhességüket megszakíttató nőket. Az eredmények szerint 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. Az érintett nők megbélyegzése kapcsán az együttjárás erősebb.

Az eredményeket összefoglalva tehát elmondható, hogy az abortusz-attitűdök több szempontból sem tekinthetők homogénnek. Egyfelől, a különböző élethelyzetekben nem azonos az abortusz mögött álló indokok megítélése. A vizsgált mintán (és – bár az nem volt reprezentatív – feltehetőleg társadalmi szinten is) elkülöníthetők azok a (jellemzően nem a nő kontrollja alatt álló) szituációk, amelyekben az abortusz inkább elfogadott azoktól a helyzetektől, amelyben az elfogadás mértéke jóval kisebb. Az egyes kontextusok két csoportba (veszélyeztető és élethelyzeti) oszthatók, amelyek szintén

másként vezetik a megítélést. Eredményeim alátámasztják a kontextuális információknak az abortuszról való vélekedésekben betöltött szerepét.

Másfelől az abortusz-attitűd nem egységes entitás abból a szempontból sem, hogy egy általános másik vagy saját maga/partnere vonatkozásában gondolkodik róla a válaszadó. Úgy vélem, e tekintetben a terhességmegszakításról való vélekedés két elemről beszélhetünk, amelyek nem függetlenek egymástól, de nem is összemoshatók, mivel az, hogy *kinek* az abortuszáról van szó, a vélekedések mérhető különbségeit vonja maga után. Megkülönböztetésük kutatómódszertani szempontból is fontos, amennyiben feltételezhetjük, hogy a kérdésfeltevés módja (saját magára/ partnerére vagy egy általános másikra gondol a válaszadó) befolyásolja a kapott eredményeket, és egyben megerősíti, hogy az abortusz kapcsán annak engedélyezhetőségéről való vélekedés nem azonos annak elfogadásával a saját élet vonatkozásában. Felmerülhet az a lehetőség, hogy a korábbi abortusz-attitűd kutatások eredményeinek inkonzisztenciáját részben a fentiekben bemutatott különbségek figyelmen kívül hagyása okozhatja.

3.6 Abortusz attitűdök egyetemi hallgatók mintáján

A fentiekben bemutatott minta egy speciális részhalmazát 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.

Az egyetemi hallgatók mintáját a Semmelweis Egyetem általános orvos graduális képzést, szülésznő és védőnő szakirányt végző (BSc) hallgatói, valamint az ELTE pszichológia szakos hallgatói alkották. Az adatfelvétel módszere a fentiekben ismertetettel azonos volt.

Az egyetemista mintára vonatkozó hipotézisek

H 4.1 Az abortusz-attitűdök bejósolják, hogy a hallgatók jövőbeli terveiben szerepel-e az abortusz-ellátásban szakképzettségüknek megfelelő feladatokat ellátni: azok utasítják el a részvételt, akik morális érvelést használnak.

H 4.2 A pszichológus szakos hallgatókra jellemző leginkább a személyes érvelés, akár az általános elfogadást, akár a saját maga/partnere számára választhatóságot vizsgáljuk.

H 4.3 A részvételi hajlandóságot a részvétel módja is befolyásolja: orvostanhallgatóknál többen terveznek részt venni az abortusszal kapcsolatos tanácsadásban és utógondozásban, mint magának a beavatkozásnak az elvégzésében.

3.6.1 A vizsgálati minta bemutatása

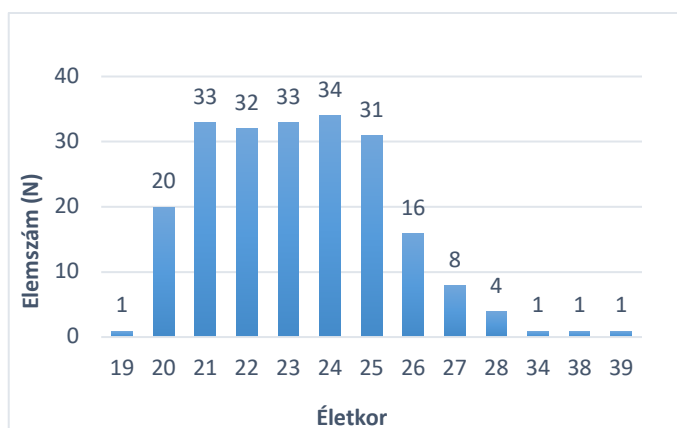
A teljes mintát 224 fő alkotja (100%). A minta fő demográfiai jellemzőit a 24. táblázat tartalmazza.

		N	%
Nem	férfi	25	11,2%
	nő	199	88,8%
	nőtlen/hajadon	135	60,3%
Családi állapot	együtt él a partnerével házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül	79	35,3%
	házasságban él	7	3,1%
	bejegyzett élettársi kapcsolatban él	2	0,9%
	elvált	1	0,4%
	özvegy	0	0%
Lakóhely	főváros	92	41,1%
	megyeszékhely/megyei jogú város	50	22,3%
	város	52	23,2%
	község	30	13,3%
Gyermekszám	nincs gyermeke	222	99,1%
	egy gyermeke van	2	0,9%
	nem szeretne gyermeket	14	6,2%
	egy gyermeket szeretne	15	6,7%
Tervezett gyermekszám	kettő gyermeket szeretne	96	42,8%
	három gyermeket szeretne	67	29,9%
	négy vagy több gyermeket szeretne	13	5,8%
	nem tudja/ nem válaszol	19	8,5%

24. táblázat. Az egyetemi hallgatók mintájának demográfiai jellemzői

Nemi és életkori eloszlások

A nemi eloszlás kiegyenlítetlen, összesen 199 (88,8%) nő és 25 (11,2%) férfi adata szerepel a mintában. A válaszadók életkora 19 és 39 év között van, az életkori átlag 23,25 év (SD=2,67). Az életkori intervallumokra osztott hisztogramon látható a minta életkori megoszlása (10. ábra).



10. ábra. A teljes mintára vonatkozó életkori eloszlás intervallumokra osztva

Családi állapot

Az általam vizsgált mintában (N=224) a családi állapot eloszlása az alábbiak szerint alakult: 135-en (60,3%) nőtlenek/hajadonok, 79-en (35,3%) élnek együtt partnerükkel házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül, 7 fő (3,1%) házasok, ketten (0,9%) élnek bejegyzett élettársi kapcsolatban, és egy (0,4%) elvált volt a mintában (l. 24. táblázat).

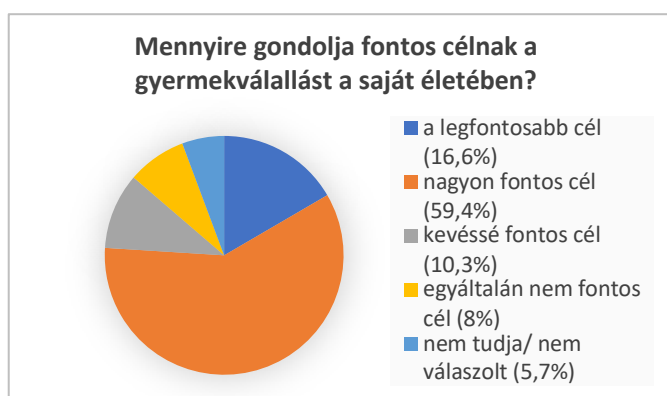
Lakóhely szerinti eloszlás

A lakóhely tekintetében a vizsgált mintából 92 fő (41,1%) él a fővárosban, 50-en (22,3%) megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 52-en (23,2%) városban és 30-an (13,3%) községben (l. 24. táblázat).

Gyermekvállalással kapcsolatos leíró statisztikák

A válaszadók közül 2 főnek van gyermeke (0,9%, mindketten nők). A jövőben 6,2% egyáltalán nem tervez gyermeket (14 fő). 15-en (6,7%) vannak, akik terveiben egy gyermek vállalása szerepel. A legnagyobb arányban a két gyermeket tervezők vannak a mintában (96 fő, 44,8%), nagyjából a mintába kerültek harmada (67 fő, 29,9%) három gyermeket szeretne. A kérdésre 19 fő nem válaszolt (l. 24. táblázat).

A gyermekvállalás fontosságáról szóló kérdésben 38 fő (16,6%) gondolta úgy, hogy a gyermekvállalás a legfontosabb cél az életében, 133-an (59,4%) jelölték meg nagyon fontos célként, 23 fő (10,3%) pedig kevésbé fontos célként. 18 fő (8,0%) egyáltalán nem tekinti fontos célnak a gyermekvállalást az életében. A kérdésre 12-en nem válaszoltak (l. 11. ábra)



11. ábra. Gyermekvállalás mint cél fontossága

Szakok szerinti eloszlás

A mintába került hallgatók szakok szerinti megoszlása a 25. táblázatban látható.

	N	%
Orvostanhallgató	39	17,4%
Pszichológia szakos hallgató	135	60,3%
Ápolás és betegellátás szakos hallgató	11	4,9%
Szülésznőhallgató	23	10,3%
Védőnőhallgató	16	7,1%

25. táblázat. A vizsgált minta megoszlása szakok szerint

A mintába legnagyobb arányban pszichológushallgatók kerültek be (135 fő, 60,3%), legkisebb az aránya az ápolószakos hallgatóknak (11 fő, 4,9%).

A foglalkozási szereppel összefüggő attitűdök

Egyetemi hallgatók körében (N=224) felmérésre került, hogy terveik szerint a jövőbeni munkavégzésük során részt vesznek-e művi abortusszal kapcsolatos feladatok ellátásában (a beavatkozás elvégzésében, az abortusszal kapcsolatos felvilágosításban vagy tanácsadásban, illetve a művi abortusz utáni testi vagy pszichés ellátásban, képzettség szerint).

A válaszok megoszlását szakok szerinti bontásban a 26-28. táblázat mutatja.

	Orvos	Szülésznő	Védőnő	Pszichol.	Összesen
Igen	5 (12,8%)	11 (47,8%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	17 (8,0%)
Nem, nem ilyen irányú (lesz) a végzettsége	4 (10,3%)	4 (17,4%)	7 (43,8%)	98 (73,1%)	113 (53,3%)
Nem, nem ilyen területen tervez dolgozni	21 (53,8%)	3 (13,0%)	5 (31,3%)	28 (20,9%)	57 (26,9%)
Nem, megtagadja	8 (20,5%)	5 (21,7%)	2 (12,5%)	6 (4,5%)	21 (9,9%)
Nem, egyéb	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	2 (1,5%)	4 (1,9%)
Összesen	39	23	16	134	212

26. táblázat. Hallgatók viszonyulása a művi abortuszban való lehetséges közreműködéshez jövőbeni munkájuk során: **Művi abortusz elvégzése**

(A négy csoport szignifikánsan különbözik, az összefüggés közepesen erős: $X^2(12)=114,78$, $p<0,001$, Cramer's $V=0,425$, $p<0,001$.)

A művi abortusz elvégzése kapcsán az orvostanhallgatók és a szülésznők válaszai relevánsak, mivel az ő kompetencia-körükbe tartozik az adott tevékenység. A megkérdezett orvostanhallgatók 12,85%-a (5 fő), a szülésznők csaknem fele (47,8%, 11 fő) tervezi, hogy részt vesz művi abortusz elvégzésében. A részvételt megtagadók aránya a két csoportban közel azonos (orvos: 20,5%, 8 fő; szülésznő: 21,7%, 5 fő). Az orvostanhallgatók legnagyobb hányada más területen képzei el a munkáját (53,8%, 21 fő) (l. 26. táblázat).

	Orvos	Szülésznő	Védőnő	Pszichol.	Összesen
Igen	19 (48,7%)	19 (82,6%)	15 (93,8%)	34 (25,4%)	87 (41,0%)
Nem, nem ilyen irányú (lesz) a végzettsége	3 (7,7%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	43 (32,1%)	47 (22,2%)
Nem, nem ilyen területen tervez dolgozni	17 (43,6%)	1 (4,3%)	1 (6,3%)	52 (38,8%)	71 (33,5%)
Nem, megtagadja	0 (0,0%)	2 (8,7%)	0 (0,0%)	4 (3,0%)	6 (2,8%)
Nem, egyéb	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1 (0,5%)
Összesen	39	23	16	134	212

27. táblázat. Hallgatók viszonyulása a művi abortuszban való lehetséges közreműködéshez jövőbeni munkájuk során: **Művi abortusszal kapcsolatos felvilágosítás**

(A négy csoport szignifikánsan különbözik, az összefüggés közepesen erős: $X^2(12)=62,21$, $p<0,001$, Cramer's $V=0,313$, $p<0,001$.)

A művi abortusszal kapcsolatos felvilágosítás, tanácsadás esetében az orvostanhallgatók és szülésznőhallgatók aránya is jelentősen megnő azokéhoz képest, akik tevőleg is részt

vennének a beavatkozás végrehajtásában (orvos: 48,7%, 19 fő, szülésznő: 82,6%, 19 fő). A megkérdezett védőnőhallgatók közül egy kivételével mindenki (93,8%, 15 fő), a pszichológushallgatók negyede (25,4%, 34 fő) végezne ilyen tevékenységet. A részvételt elutasítók aránya jóval kisebb a beavatkozás elvégzéséhez képest (a mintában összesen 6 fő, 2,8%, az orvostan- és védőnőhallgatók közül senki) (l. 27. táblázat).

	Orvos	Szülésznő	Védőnő	Pszichol.	Összesen
Igen	15 (38,5%)	20 (87,0%)	13 (81,3%)	76 (56,7%)	124 (58,5%)
Nem, nem ilyen irányú (lesz) a végzettsége	5 (12,8%)	1 (4,3%)	2 (12,5%)	12 (9,0%)	20 (9,4%)
Nem, nem ilyen területen tervez dolgozni	19 (48,7%)	2 (8,7%)	1 (6,3%)	44 (32,8%)	66 (31,1%)
Nem, megtagadja	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,5%)	2 (0,9%)
Nem, egyéb	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Összesen	39	23	16	134	212

28. táblázat. Hallgatók viszonyulása a művi abortuszban való lehetséges közreműködéshez jövőbeni munkájuk során: **Művi abortusz utáni testi/pszichés ellátás**

(A négy csoport szignifikánsan különbözik, gyenge összefüggés: $\chi^2(12)=20,71$, $p<0,001$, Cramer's $V=0,180$, $p=0,014$.)

A beavatkozás utáni szomatikus vagy mentális ellátásban a megkérdezettek több, mint fele tervez részt venni (58,5%, 124 fő), a részvételt megtagadók aránya 1% alatti (2 fő). Legnagyobb arányban a szülésznőhallgatók (87%, 20 fő), majd a védőnőhallgatók (81,3%, 13 fő), a pszichológushallgatók (56,7%, 76 fő) és legkisebb arányban az orvostanhallgatók (38,5%, 15 fő; itt a többség más területen tervez dolgozni) végezne ilyen tevékenységet (l. 28. táblázat).

3.6.2 A foglalkozási szereppel összefüggő és az abortuszra vonatkozó attitűdök kapcsolata

A leíró statisztikai adatok bemutatása után a következőkben azt vizsgáljuk, hogy mennyiben magyarázza az egyetemi hallgatók viszonyulását jövőbeni munkájuk során a terhességmegszakításban való közreműködéshez az, ahogy a művi abortuszról gondolkodnak.

Az elemzéshez multinominális logisztikus regressziót alkalmaztam. A modellekben az AÉK polaritás-index mint független változó, a fenti 3 változó (abortusz elvégzése/felvilágosítás/pszichés tanácsadás) mint független változók szerepeltek. A

„nem ilyen irányú (lesz) a végzettsége” és az „egyéb” válaszlehetőségek kizárásra kerültek, hogy a végzettségből eredő szakmai kompetenciahatárok hatását kiszűrjük az összefüggésből. Egyik modell sem mutatott megfelelő illeszkedést, amit részben az egyenetlen megoszlás miatti alacsony elemszámok magyaráznak. Emiatt a szakmák szerinti bontás vizsgálata szintén nem volt lehetséges. A három modell illeszkedési mutatóit a 29. táblázat mutatja.

	-2Log Likelihood	X ²	df	p	Nagelkerke R ²
Művi abortusz elvégzése	23,110	127,119	112	0,156	0,868
Művi abortusszal kapcsolatos felvilágosítás	148,803	28,564	122	1,000	0,198
Művi abortusz utáni testi/pszichés ellátás	127,936	23,587	124	1,000	0,154

29. táblázat. Multinominális logisztikus regresszió illeszkedési mutatói, jövőbeni munkavégzés során a művi abortuszban való közreműködés magyarázómodelljében az Abortusz Érvelés Kérdőív függvényében

Az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexére vonatkozóan csoportonkénti összehasonlítást végeztem, ennek az eredményei a 30. táblázatban láthatók.

	Igen		Nem, más területen tervez dolgozni		Nem, megtagadja	
	MD	SD	MD	SD	MD	SD
Művi abortusz elvégzése	18,29	12,57	17,09	18,76	-13,19	18,15
Művi abortusszal kapcsolatos tanácsadás	14,95	19,09	17,35	20,15	-10,67	17,51
Művi abortusz utáni testi/pszichés ellátás	15,85	17,32	17,24	21,29	-31,00	5,66

30. táblázat. AÉK pontszám a művi abortuszban való lehetséges közreműködés módja szerint

Szignifikáns különbség mutatkozott az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexében a jövőbeni munka során a művi abortusz elvégzéséhez fűződő attitűd szerinti csoportosításban ($H(2)=28,30$, $p<0,001$). Ahogy a 30. táblázatban is látható, lényegesen jellemzőbb a morális érvelés azokra, akik úgy gondolják, megtagadnák a művi abortusz elvégzését jövőbeni munkájukban, azokhoz képest, akik elvégeznék ($p<0,001$) vagy más területen szeretnének dolgozni, de nem végzettségükből kifolyólag nem vehetnének részt művi abortusz elvégzésében ($p<0,001$). Hasonló tendencia volt megfigyelhető a művi abortusszal kapcsolatos felvilágosítás, tanácsadás vonatkozásában ($H(2)=10,05$, $p=0,007$), a morális érvelés lényegesen jellemzőbb azokra, akik megtagadnák a feladatot,

azokhoz képest, akik elvállalnák ($p=0,019$), vagy más területen szeretnének dolgozni ($p=0,005$). A pszichés ellátás esetében szintén szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között ($H(2)=6,97$, $p=0,031$), a post-hoc teszt ezt azonban csak azok közt mutatta ki, akik megtagadnák a feladatot, illetve nem ilyen területen kívánnak elhelyezkedni ($p=0,042$). A pszichés ellátásban résztvett vállalkozók nem különböztek lényegesen a résztvett megtagadóktól ($p=0,085$), azonban az utolsó csoportba mindössze 2 fő válasza került.

Ha valaki olyan területen dolgozna, ahol a szakmai kompetenciáin belül a művi abortusszal kapcsolatos feladatok előfordulhatnak, azok, akikre lényegesen jellemzőbb a morális érvelés, (alacsonyabb pontszámot értek el az Abortusz Érvelés Kérdőíven), megtagadnák a résztvételt a művi abortuszhoz kötődő feladatokban. Az alacsony elemszámok miatt ugyan az eredmények torzítottak lehetnek, azonban a mintán elvégzett Friedman próba alapján ($X^2(2)=57,44$, $p<0,001$) ez lényegesen kevésbé jellemző tanácsadás (Dunn post-hoc: $p<0,001$) vagy pszichés ellátás (Dunn: $p<0,001$) esetén, mint a művi abortusz tényleges elvégzésekor.

	Orvos		Pszichológus		Védőnő		Szülésznő	
	MD	SD	MD	SD	MD	SD	MD	SD
AÉK	8,92	25,49	19,78	17,57	8,94	15,88	8,43	16,92
AÉK_P	34,05	13,03	40,38	8,99	35,56	7,75	34,09	8,13
AÉK_M	25,13	12,99	20,60	9,36	26,63	9,14	25,65	9,62
Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető	3,93	1,23	4,46	0,80	4,22	0,88	3,88	0,90
Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/társas	2,40	1,45	3,19	1,47	2,16	0,85	2,00	0,87
Művi abortusz választása: veszélyeztető	0,59	0,33	0,68	0,28	0,65	0,22	0,59	0,27
Művi abortusz választása: élethelyzeti/társas	0,16	0,24	0,22	0,28	0,14	0,12	0,06	0,11

31. táblázat. Művi abortusszal kapcsolatos attitűdöt mérő skálák átlag- és szórásértékei szakok szerinti bontásban

Szakonkénti összehasonlításban (31. táblázat) az Abortusz Érvelés Kérdőív polaritás-indexén ($H(3)=17,14$, $p=0,001$) a pszichológus hallgatók pontszáma lényegesen magasabb volt, mint a védőnő (Bonferroni correction: $p=0,038$) és a szülésznő ($p=0,013$) hallgatóké. A személyes érvelés skálán ($H(3)=20,87$, $p<0,001$) szintén a pszichológus hallgatók és a szülésznő- ($p=0,003$), illetve az orvostanhallgatók ($p=0,034$) közt mutatkozott szignifikáns különbség. Míg a morális érvelés skálán a Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbséget jelzett a csoportok közt ($H(3)=11,89$, $p=0,008$), a Bonferroni post hoc teszt egyetlen összehasonlításban sem igazolta ezt. A szituatív tényezők

vizsgálatakor a veszélyeztető helyzetekben ($H(3)=15,04$, $p=0,002$) a pszichológus hallgatók lényegesen elfogadóbbnak bizonyultak általánosságban, mint az orvostanhallgatók (Bonferroni: $p=0,005$) vagy a szülésznők ($p=0,007$). Személyes választás esetén azonban nem volt szignifikáns különbség szak szerinti csoportosításban veszélyeztető szituációkban ($H(3)=4,49$, $p=0,213$).

Élethelyzeti/társas körülmények általános elfogadásában ($H(3)=18,70$, $p<0,001$) a pszichológus hallgatók lényegesen magasabb elfogadás-szintről számoltak be, mint az orvostanhallgatók (Bonferroni correction: $p=0,0018$), illetve a szülésznő hallgatók ($p=0,007$). Személyes választás esetén ez a különbség csak a pszichológus és szülésznő hallgatók közt volt szignifikáns ($H(3)=7,89$, $p=0,048$; Bonferroni: szülésznő-pszichológus $p=0,041$).

3.6.3 A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés

A segítő szakmában dolgozók feladataik ellátása közben kerülhetnek olyan helyzetbe, amikor személyes meggyőződéseik összeütközésbe kerülnek szakmai feladataik ellátásával. Az abortusz-ellátásban való részvétel tipikusan olyan kérdés, amelyben az egyéni vélekedések, morális megfontolások befolyásolhatják a feladatok ellátását. Hazánkban az érvényes jogszabályok alapján a terhességmegszakítás elvégzésére, illetve az abban való közreműködésre – a várandós nő életét veszélyeztető ok kivételével – orvos és egészségügyi szakdolgozó nem kötelezhető, vallási és lelkiismereti okokra hivatkozva az abban való részvétel megtagadható.

Kutatásom elsődleges célja volt megtudni azt, hogy azoknál az egyetemi hallgatóknál, akik a jövőben szakmai szerepük kapcsán találkozhatnak a terhességmegszakítás témájával, az abortusz-attitűdjük befolyásolja-e a későbbiekre vonatkozó terveiket, nevezetesen, hogy részt vesznek-e a jövőben abortusz elvégzésében, az azzal kapcsolatos felvilágosító vagy tanácsadó tevékenységben, illetve az érintettek fizikai vagy pszichés ellátásban a beavatkozás után. Az eredmények igazolják hipotézisemet, amennyiben szignifikáns együttjárást találtam a morális érvelés (vagyis az életpárti attitűd) és az abortusz-ellátásban való részvétel megtagadása között ($H 4.1$). Az abortusszal összefüggő feladatellátásra való hajlandóság a részvétel módjától is függ: a morális érvelés hatása a beavatkozás elvégzése kapcsán a legerősebb.

A vizsgálat során nem kérdeztem rá arra, hogy mi az oka a részvétel visszautasításának, így csak feltételezhetjük, hogy az – legalább a válaszadók egy részénél – vallási/lelkiismereti okokra vezethető vissza. Mivel a szakirodalmi adatok (pl. Marecek

és mtsai, 2017) és saját eredményeim szerint is együttjár a morális érvelés a vallásos meggyőződéssel, az összefüggés hátterében a vallás mediáló szerepét valószínűsíthetjük. Az abortusz-attitűdök kapcsán elmondható, hogy bár az AÉK polaritás-index értéke mind a négy szak esetében a pozitív tartományba esik, vagyis a hallgatók inkább a személyes, mint a morális érvelést használják az abortusztól való vélekedéseikben, az egyes szakokat végző hallgatók csoportjai között is találtam különbségeket. Leginkább a pszichológia szakos hallgatókat jellemzi a személyes érvelés használata, 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. Akár a veszélyeztető körülmények, akár az élethelyzeti/társas szempontok adják az abortusz indokát, a pszichológushallgatók elfogadóbbak azzal, mint a többi vizsgált szak hallgatói, de a saját választás tekintetében a különbségek kisebbek és többnyire statisztikailag nem szignifikánsak (H 4.2).

A pszichológushallgatók esetében mért legmagasabb polaritás-index értékek hátterét feltehetőleg az adja, hogy a pszichológia szak hallgatói eleve az egyediség, egyéni különbségek észrevételére és értékelésére szocializálódnak. Az empátikus hozzáállás magasra értékelt, annak fejlesztése a képzés része, bár valószínűsíthető, hogy a pszichológia szakra az eleve empátikusabb és nyitottabb hallgatók jelentkeznek.

Az orvostanhallgatók mintáján azt is elemeztük, hogy a részvétel módja befolyásolja-e a hajlandóságot. Várakozásaimnak megfelelően (H 4.3) a legnagyobb arányban az abortusszal kapcsolatos tanácsadás, felvilágosítás terén vállalnának feladatot az orvostanhallgatók a későbbiekben (48,7%), kisebb arányban a az utógondozásban (38,5%) és még kevesebben vennének részt a beavatkozás elvégzésében (12,8%), vagyis a bevonódás mértékének növekedésével csökken a részvételi hajlandóság. Eredményeim a szakirodalmi adatokkal egybevágnak, amennyiben azok az orvostanhallgatók mintáján konzekvensen a beavatkozás elvégzése kapcsán találják a legkisebb hajlandóságot (l. pl. Gleeson és mtsai, 2008), és az abortusz elvégzése kapcsán tartják a legfontosabbnak annak a lehetőségét, hogy az orvos lelkiismereti okokra való hivatkozással megtagadhasa a feladat ellátását (Nieminen, Lappalainen, Ristimäki, Myllykangas és Mustonen, 2015).

4. A TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS ELŐTTI PSZICHÉS ÁLLAPOT ÉS A MŰVI ABORTUSZ HOSSZÚ TÁVÚ HATÁSAINAK ELEMZÉSE

A kutatás második szakasza közvetlenebbül kapcsolódik magához a művi abortuszhoz, amennyiben annak megélése és hatásai kerültek a vizsgálat fókuszába.

A kutatás e szakasza két elemre bontható. Egyrészt az első (A) kötelező családvédelmi tanácsadás után vizsgáltam a pszichés mutatók egy csoportját (a továbbiakban: K1), másrészt az abortusz hosszú távú következményeit igyekeztem feltérképezni sine morbo nők mintáján (a továbbiakban: K2).

4.1 Pszichés mutatók vizsgálata az első családvédelmi tanácsadás után (K1)

4.1.1 A kutatás céljai, kutatási terv és az adatgyűjtés

A kvantitatív, kérdőíves eszközökkel végzett kutatás során azon személyes, helyzeti és kapcsolati tényezők feltárására törekedtem, amelyek befolyásolják egyrészt a művi abortusz választását, másrészt annak feldolgozását és pszichés, pszichoszociális következményeit. Célom elsődlegesen az volt, hogy kutatás révén 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 megmásítható, és 2) a döntést nyilvánosan is kommunikálni kell (ti. részt kell venni a kötelező családvédelmi tanácsadáson). Feltételezhetően a pszichés állapot ebben a fázisban nem azonos azzal, mint amikor a nő a végső döntést már meghozta, és hivatalosan is bejelentette.

A vizsgálat során tehát olyan nőket szólítottam meg, akik az első (A) családvédelmi tanácsadás után voltak. Az érvényes törvényi szabályozás (magzatvédelmi törvény) két kötelező tanácsadási alkalmat, és közöttük legalább 72 órás várakozási időt ír elő az abortuszra jelentkező nők számára. A Családvédelmi Szolgálatok tevékenységére vonatkozó nyilvános adatok szerint 2011-ben között az A tanácsadáson megjelentek 93%-a vett részt a B tanácsadáson is, és 88%-ukon hajtották végre valóban a beavatkozást⁷. (Az adatokból azt természetesen nem tudjuk, hogy mekkora arányban

7

https://www.antsz.hu/data/cms43584/Csaladvedelmi_Szolgalat___fontosabb_adatok___mutatok_2001_2011.pdf Letöltve: 2019. 01. 20-án.

voltak azok, akik a tanácsadás után meggondolták magukat, és elálltak a terhesség megszakításától, és mekkora arányban játszott szerepet más ok, például spontán vetélés.) A témában végzett kutatások jellemzően az abortusz utáni időszakban, vagy közvetlenül a beavatkozás előtt végzik az adatgyűjtést (pl. Sz Makó, 2014b; Rue és mtsai, 2004; Major és mtsai, 2008), amikor a nők az abortuszra vonatkozó döntést már meghozták. A jelen kutatásban az adatfelvétel abban a szenzitív időszakban zajlott, amikor a nő foglalkozik a terhességmegszakítás gondolatával, döntés még képlékeny (lehet), van lehetőség annak megmásítására.

A vizsgálatot a családvédelmi tanácsadást végző védőnők bevonásával és segítségével végeztem. Ehhez minden megyében külön egyeztettem a kutatási tervet a megyei tisztifőorvosokkal és a tanácsadás végző védőnőkkel, és engedélyt kértem az illetékes Kormányhivataloktól. A kutatási terv ezek után került a kutatásetikai bizottságok elé. Az egyeztetési folyamat során a kutatási tervet a felvétel helyével összefüggő körülmények miatt meg kellett változtatnom. A családvédelmi szolgálatok (CsVSz) jelezték ugyanis, hogy nem áll rendelkezésükre olyan helyiség (váró), ahol a kérdőívek zavartalan kitöltése megoldható volna, illetve a védőnők szoros időbeosztása nem teszi lehetővé, hogy a kérdőív kitöltésében (pl. egyes kérdések értelmezésében) segítséget nyújtsanak. A fentiek miatt az online felvétel mellett döntöttem. Az A családvédelmi tanácsadás során minden, az A tanácsadáson megjelent nő kézhez kapott egy, a vizsgálatban való részvételre vonatkozó tájékoztatót amely tartalmazta a kutatás célját és az online módon kitölthető kérdőív internetes elérhetőségét. A védőnők a kutatásról annak megkezdése előtt személyes tájékoztatást kaptak. A toborzó lapok átadása során szóban is megerősítették a részvétel hasznosságát, és bátorítottak a kérdőív kitöltésére, illetve válaszoltak a feltett kérdésekre.

Mivel a szombathelyi CsVSz-nél volt lehetőség papír-ceruza tesztfelvételre is, ott ez a tanácsadáson történt informálás után személyesen (Nagy Beáta Magda által) történt.

A kutatás lezárása után a két adatgyűjtési módot a következőképp értékelhetjük: A papír-ceruza felvétel előnye az volt, hogy közvetlenül volt mód elérni a vizsgálatba bevonni kívánt személyeket, függetlenül olyan mutatóktól, mint például az internethez való hozzáférés, amely az online kitöltés mintáját nyilvánvalóan befolyásolta. A papíralapú kitöltés nehézsége volt ugyanakkor, hogy tapasztalataim szerint a családvédelmi tanácsadás után közvetlenül a nők többsége érzelmileg zaklatott állapotban van, figyelmük az aktuális élethelyzetre szűkült, ezért nagyon kevesen vállalták a kérdőív

kitöltését – feltehetőleg azok, akiket a helyzet érzelmileg kevésbé érintett, ami viszont az eredményeket torzíthatta. Másrészt ez a helyzet etikai kérdéseket is felvet (nem okozok-e nagyobb pszichés szenvedést a résztvevőknek?), amelyet úgy igyekeztem megoldani, hogy több ízben is hangsúlyoztam a válaszadás önkéntes és megszakítható jellegét, felhívtam a figyelmet az alternatív, online kitöltés lehetőségére, illetve személyesen is felajánlottam a (térítésmentes) pszichológiai támogatás lehetőségét. Utóbbival végül egy megkérdezett sem élt. Saját tapasztalataim szerint a kérdések és válaszalternatívák helyes értelmezése több esetben is nehézséget okozott, akár középfokú végzettségűek körében is, amely feltehetőleg a helyzet okozta pszichés állapot (distressz) következménye lehetett.

Az online adatfelvétel előnye a fentiekkel szemben az volt, hogy a kitöltés nem volt helyhez és időhöz kötve, ám így azt sem tudtam kontrollálni, hogy az A tanácsadás után mennyivel történt.

Az A családvédelmi tanácsadás után végzett (K1) vizsgálatot négy megyében, az illetékes Regionális Kutatásetikai Bizottságok engedélyével végeztem (l. 32. táblázat)

Az adatfelvétel helyszíne	Az illetékes kutatásetikai bizottság neve	Az engedély száma	A kiállítás dátuma
Vas, Zala, Veszprém megye	Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Szombathely, Regionális Tudományos és Kutatásetikai Bizottság	28/2018.	2018. 09. 11.
Heves megye	B-A-Z Megyei Kórház Miskolc Regionális/Intézményi Tudományos és Kutatás Etikai Bizottság	G/102-268/2018.	2018. 09. 12.

32. táblázat. A K1 vizsgálat kutatásetikai engedélyei

A vizsgálatba olyan megyéket választottam, ahol az abortuszgyakoriság nagyon különböző. Vas megye országosan az egyik legalacsonyabb abortusz-arányszámmal rendelkezik (324,2 – 412,7/1000 nő) Zala és Veszprém megyében az érték közepes (412,8 – 501,2/1000 nő), Heves megyében pedig a legmagasabb az abortusz aránya a női lakossághoz képest (678,2 – 766,6/1000 nő) (KSH, 2017).

A résztvevők a papíralapú vagy online tesztkitöltés előtt elolvasták a vizsgálatról szóló Tájékoztatót és a Beleegyező nyilatkozatot, annak önkéntes és aktív elfogadásával (papírceruza esetén annak aláírásával, online felvétel esetén a kérdőív kitöltése előtt az online felületen jelölt igen válasszal) vettek részt a kutatásban.

A vizsgálatban való részvétel mindkét esetben önkéntes és anonim, a kérdőív kitöltése bármikor szüneteltethető és megszakítható volt, a részvételről és a vizsgálat céljáról pontos tájékoztatást adtam, megtevesztés nem történt. A résztvevők a vizsgálatba való beleegyezésüket bármikor visszavonhatták.

Felajánlottam, hogy ha a kérdőív a pszichés egyensúly megbomlása szempontjából jelentős rizikót jelez, a kitöltő az általa megadott elérhetőségen visszajelzést kap az eredményről a kitöltést követő 20 napon belül, és tájékoztatást arról, hol és milyen módon vehet igénybe segítséget a probléma kapcsán. Erre nyolc esetben került sor.

Az adatgyűjtés 2018. október 1. és 2019. március 31. között zajlott. A 6 hónap során a négy bevont megye összes Családvédelmi Szolgálatánál összesen 1418 tájékoztató és toborzó lap átadása történt meg. A kérdőívet online 46-an, papíralapon 9-en töltötték ki. A különböző módon felvett adatokat végül egy mintaként kezeltem, részben az alacsony elemszám miatt, részben pedig azért, mert a demográfiai alapmutatók (életkor, családi állapot, iskolázottság) vonatkozásában nem volt szignifikáns különbség köztük.

4.1.2 A vizsgálat során alkalmazott módszerek bemutatása

Saját szerkesztésű kérdéssor

A standardizált kérdőíves eljárások mellett a vizsgálati személyek egy saját szerkesztésű kérdéssort is kitöltöttek, amely a következő témákra vonatkozott:

Demográfiai alapadatok: nem, születési év, lakóhely, legmagasabb iskolai végzettség, fő tevékenység, vallásosság.

A párkapcsolat jellemzői, amelyben a fogantatás történt: a párkapcsolat formája és időtartama.

Gyermekvállalásra vonatkozó kérdések: hány alkalommal volt terhes, hány gyermeke van, a jövőben hány gyermeket szeretne vállalni, hány éves volt / hány éves korában szeretné, hogy megszülessen az első gyermeke, mennyire gondolja fontos célnak a gyermekvállalást a saját életében.

A művi abortuszra vonatkozó kérdések: volt-e már művi abortusza; ha igen, mikor volt a legutóbbi; előfordult-e művi abortusz a közvetlen környezetében; hányadik héten jelentkezett tanácsadásra; tervezett volt-e a várandósság; elkísérte-e a partnere (akitől

teherbe esett) a tanácsadásra; mi az oka annak, hogy a terhessége megszakítását választotta.

Szituatív tényezők az abortusz engedélyezése kapcsán: mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortusz engedélyezését az egyes élethelyzetekben.

Kérdőíves eljárások

1. *Edinburgh Postpartum Depresszió kérdőív* (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (Cox et al, 1987; magyar változat: Tőreki, 2012)

A kérdőív tíz kérdést tartalmaz, négy válaszadási lehetőséggel. A szokásos depresszív tünetek feltérképezése mellett a szorongásos tünetek explorációjára is kiterjed, az utolsó kérdés pedig a szuicid veszély meglétére kérdez rá. A kérdésekre adott válaszok 0-tól 3 pontig értékelhetők. A kérdőív maximálisan elérhető pontszáma 30 pont.

A nemzetközi validálások alapján a kérdőív az antepartum és posztpartum szakban is használható, magyar mintán bemérve antepartum időszakban 9 pont cut-off értéket használva megbízhatóan jelzi a major depressziót, 6 pont felett minor vagy major depresszióra utal. Hazai antenatális mintán a teljes EPDS tesztre vonatkozó Cronbach alfa érték 0,77, míg a Guttman half-split együttható 0,778, ami elfogadható konzisztenciát jelent.

2. *Spielberger-féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív – Állapot-szorongás* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-S) (Spielberger, 1970; magyar változat: Sipos, Sipos és Spielberger, 1994)

A STAI a szorongás erősségének mérésére kidolgozott, széles körben elterjedt, 40 tételből álló önkitöltős kérdőív. Két változata van, a pillanatnyi, állapot-szorongás (STAI-S), valamint a szorongás mint személyiségvonás felmérésére szolgáló (STAI-T) skála. Vizsgálatomban az állapot-szorongás mérésére szolgáló kérdőívet használok (STAI-S).

A STAI-S skála arra a kérdésre ad választ, hogy a vizsgált személy esetében milyen mértékű annak a valószínűsége, hogy erős szorongásos állapotba jusson. A kérdőív használata nagyon elterjedt, belső reliabilitása rendszerint kiemelkedően magas (pl. Stauder és Konkoly Thege 2006 adatai alapján Cronbach alfa: 0,93). A szorongás mértékét az összpontszám alapján, standard értékekhez viszonyítva értékeljük.

3. *Észlelt Stressz Kérdőív* (Perceived Stress Scale, PSS4) (Cohen et al, 1983; magyar változat: Stauder, Konkoly Thege, 2006)

A kérdőív azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik: az elmúlt hónapban szubjektíve mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnak a mindennapjait. A tételek 5 fokú Likert- skálán (0-4) pontozandók. Az egyes tételeknél a magasabb pontszámok a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát, illetve a sikerebb megküzdést jelzik. Az egyes tételeire adott válaszok pontszámainak összeadásával összpontszám számolandó, mely az észlelt stressz globális mutatója. Hazai mintán a kérdőív belső megbízhatósága igen jónak mutatkozott (a Cronbach- alfa értéke 0,79).

4. *Kapcsolati elégedettség skála* (Relationship Assessment Scale, RAS) (Hendrick, 1988; magyar változat: Martos et al, 2014)

A Kapcsolati elégedettség skála a párkapcsolati elégedettség mérésére kidolgozott, rövid, megbízható mérőeszköz, amely hét, öt pozitív, és kettő negatív megfogalmazású kérdést tartalmaz a kapcsolattal való elégedettségről. A válaszadó ötfokú skálán jellemezheti magát azzal kapcsolatban, hogy mennyire jellemző rá a kérdésben megfogalmazott tapasztalat (pl. „Mennyire felel meg partnere az Ön igényeinek?” 1 = kevéssé, 5 = nagyon). A hazai validálási adatok alapján a skála belső konzisztenciája (Cronbach-alfa férfiaknál = 0,843, nőknél = 0,897) és teszt-reteszt megbízhatósága ($r = 0,90$) kiváló.

5. *Énhatékonyság (kompetencia) kérdőív* (Schwarzer 1993; magyar változat: Kopp et al, 1993)

Az énhatékonyság kérdőív annak a beállítottságnak a mérésére szolgál, hogy általában véve milyen mértékben érezzük képesnek magunkat a nehéz helyzetek megoldására. A rövidített, 4 tételes kérdőív négyfokozatú értékelést használ, Cronbach-alfa értéke 0,83, ami a tételek homogenitását mutatja (Rózsa és mtsai 2003).

4.1.3 A K1 kutatási szakaszhoz kapcsolódó hipotézisek

Az A családvédelmi tanácsadás után felmért minta kapcsán az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

H 5.1 A művi abortusz tervezésének leggyakoribb okai egzisztenciális-anyagi, illetve párkapcsolati természetűek.

H 5.2 A tanácsadásra jelentkezés ideje egyenes irányú együttjárást mutat az aktuális szorongásszinttel, és fordítottn jár együtt a párkapcsolati elégedettséggel és az önhatékonyság szintjével.

H 5.3. A korábbi abortusz tapasztalat befolyásolja a tanácsadás után mért pszichésállapot-mutatók (depresszió, szorongás, észlelt stressz, önhatékonyság) szintjét, és azt, hogy az érintett hányadik héten jelentkezik tanácsadásra.

H 5.4 A gyermekvállalás mint cél fontossága negatívan befolyásolja a pszichésállapot-mutatókat: fordított együttjárás feltételezhető a szorongás- és depressziószint és a gyermekvállalás fontossága között.

4.1.4 Statisztikai elemzés

A vizsgálati minta bemutatása

Demográfiai adatok

A mintába 55 nő adatai kerültek be (100%). A legfiatalabb résztvevő 18, míg a legidősebb 43 éves volt a kérdőívcsomag kitöltésének időpontjában (MD=28,09, SD=6,96).

A minta főbb demográfiai jellemzői a 33. táblázatban láthatók.

A *családi állapotot* tekintve a válaszadók többsége hivatalos (házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat) vagy nem hivatalos formában együtt él partnerével (összesen 60,0%). Az egyedül élő hajadonok aránya 27,3%. A *lakóhely* szerint közel kétharmaduk város lakó (70,9%). A legmagasabb *iskolai végzettség* szerint a két legnépesebb csoportot a felsőfokú szakképzettek (32,7%) és a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek (29,1%) adják. A *fő tevékenységi formát* tekintve mintába kerültek több, mint fele dolgozik (56,4%), 18,2%-uk tanul, gyermekvállaláshoz kapcsolódó ellátási formákban (GYES, GYED) 12,7% részesül. 60%-uk *vallásosnak* mondja magát.

		N	%
Családi állapot	hajadon, egyedül él	15	27,3%
	együtt él a partnerével, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül	23	41,8%
	házas	5	9,1%
	bejegyzett élettársi kapcsolatban él	5	9,1%
	elvált	6	10,9%
	özvegy	1	1,8%
	megyeszékhely/megyei jogú város	13	23,6%
Lakóhely	város	26	47,3%
	község	16	29,1%
	főiskola, egyetem	2	3,6%
Legmagasabb iskolai végzettség	OKJ, felsőfokú szakképzés	18	32,7%
	érettségi	7	12,7%
	szakmunkásképző/szakiskola	12	21,8%
	8 általános vagy kevesebb	16	29,1%
	tanul (valamilyen iskolában vagy tanfolyamon)	10	18,2%
Fő tevékenysége	dolgozik (bejelentve/nem bejelentve/alkalmazott/vállalkozó)	31	56,4%
	álláskeresési járadékot kap	4	7,3%
	munkanélküli, ellátás nélkül	2	3,6%
	GYED-en vagy GYES-en van	7	12,7%
	háztartásbeli, otthon van	1	1,8%
	vallásos	33	60,0%
Vallásosság	nem vallásos	11	20,0%
	nem válaszol	11	20,0%

33. táblázat Az adatelemzés során felhasznált minta demográfiai jellemzői

A gyermekvállalással kapcsolatos leíró statisztikák

A résztvevők gyermekeinek számára vonatkozó leíró adatokat a 34. táblázat foglalja össze.

	Eddigi terhességek száma		Gyermekek száma		Tervezett gyermekek száma	
	N	%	N	%	N	%
0	14	25,5%	6	10,9%	1	1,8%
1	12	21,8%	21	38,2%	19	34,5%
2	19	34,5%	11	20,0%	23	41,8%
3	5	9,1%	3	5,5%	4	7,3%
4 vagy több	5	9,1%	0	0,0%	0	0,0%
összesen	55		41		47	

34. táblázat. *Gyermekszámra vonatkozó leíró statisztikák*

A megkérdezettek 10,9%-ának nincsen gyermeke, a többségnek (58,2%) egy vagy két gyermeke van. Körülbelül negyedüknek van 2 gyermeke, és 18,7%-nak 3 vagy több gyermeke. A tervezett gyermekek száma lényegesen magasabb, mint a már megszületetteké (Wilcoxon Signed Rank Test: $Z = 10,937$, $p = 0,003$).

A megkérdezettek többsége nagyon fontos (40,0%) vagy a legfontosabb (10,9%) célként tekint életében a gyermekvállalásra, közel egyharmaduk (29,1%) számára kevésbé fontos cél, míg 12,7% egyáltalán nem tartja fontos célnak.

Az aktuális terhesség körülményei

A válaszadók több mint fele (61,8%) együtt élt a partnerével, akitől teherbe esett. Alkalmi ismeretségből minden ötödik (20%) várandósság származott. Az alkalmi kapcsolatok mellett leggyakrabban 2-5 éve tartó párkapcsolatokban (23,5%), illetve a kapcsolat második felében (20%) jelentkeztek abortuszra a nők. A részletesebb adatokat a 35. táblázat tartalmazza.

	N	%
Mi jellemzi a házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban, amiben kapcsolatban élt a partnerével megfogant? együtt éltek a partnerével, akivel nem voltak összeházasodva, de azt tervezték (pl. eljegyezték egymást)	7	12,7%
együtt éltek a partnerével, akivel nem voltak összeházasodva, és nem is tervezték	13	23,6%
együtt jártak a partnerével	14	25,5%
alkalmi ismeretségből esett teherbe	10	18,2%
Mióta tartott az a alkalmi kapcsolat párkapcsolata, kevesebb, mint 3 hó	11	20,0%
amelyben 3-6 hó	4	7,3%
megfogant? 6-12 hó	3	5,5%
1-2 év	11	20,0%
2-5 év	3	5,5%
5-10 év	13	23,5%
10 év felett	9	16,4%
	1	1,8%

35. táblázat. Az aktuális terhesség körülményeinek leíró statisztikái

Az abortuszhoz kapcsolódó változók

A mintába került nőket abból is szempontból is vizsgáltam, hogy volt-e már korábban művi abortuszuk. Az eredményeket a 36. táblázat mutatja.

Korábbi abortuszok száma	N	%
nem volt	37	67,27%
egy alkalommal	12	21,80%
két alkalommal	4	7,28%
három alkalommal	1	1,82%
négy vagy több alkalommal	1	1,82%

36. táblázat. A korábbi művi abortuszok számára vonatkozó leíró statisztikák

Az 55 nő közül kétharmaduknak (37 fő, 67,27%) a még nem volt terhességmegszakítása, 18 főnek (32,72%) már volt legalább egy alkalommal.

A megkérdezettek egyike sem tagja olyan közösségnek, amely tiltaná az abortuszt.

A megkérdezettek átlagosan a 7. héten jelentkeztek tanácsadásra (MD=6,71, SD=1,16). Az esetek többségében a nőt nem kísérte el a partnere a családvédelmi tanácsadásra (70,9%, N=39).

A kontextuális információk hatása az abortusz-attitűdre

A következőkben azt vizsgálom, hogy az abortusz előtt álló nők mintáján az egyes szituációkban mennyire elfogadható a terhesség megszakítása.

Az abortusz elfogadhatóságához kapcsolódó szituatív tényezők hatására ennél a mintánál is a következő kérdés irányult: „Mennyire tartja elfogadhatónak az abortusz engedélyezését a következő esetekben?”

A 37. táblázatban látható a válaszok gyakorisági eloszlása az érvényes válaszokhoz viszonyított százalékos arányban (a piros árnyalataival szemléltetjük a válaszok arányát), illetve a válaszonként adott átlagpontoszám, szórás és az érvényes válaszok száma. Ez alapján az abortusz elfogadottsága abban az esetben a legnagyobb mértékű, ha a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye, illetve ha a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg a legkevésbé pedig azzal az indokkal elfogadható, ha az anyának már van egy vagy két élő gyermeke.

	N	MD	SD	1	2	3	4	5
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	54	4,37	1,350	11,1%	1,9%	5,6%	1,9%	79,6%
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	52	4,35	1,170	5,8%	5,8%	3,8%	17,3%	67,3%
az anya hajléktalan	53	4,34	1,315	11,3%	0,0%	5,7%	9,4%	73,6%
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	53	4,26	1,273	5,7%	9,4%	7,5%	7,5%	69,8%
a várandósság veszélyes az anyára nézve	52	4,15	1,406	9,6%	7,7%	9,6%	3,8%	69,2%
az anya fiatalkorú	52	3,83	1,382	9,6%	9,6%	17,3%	15,4%	48,1%
az apa fiatalkorú	51	3,75	1,412	7,8%	15,7%	19,6%	7,8%	49,0%
az anya nem bíz abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	52	3,71	1,258	9,6%	7,7%	15,4%	36,5%	30,8%
az anya párkapcsolata instabil	52	3,69	1,336	13,5%	3,8%	15,4%	34,6%	32,7%
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	52	3,69	1,380	13,5%	5,8%	15,4%	28,8%	36,5%
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	52	3,58	1,419	13,5%	9,6%	19,2%	21,2%	36,5%
az anya egyedülálló	53	3,45	1,475	17,0%	7,5%	24,5%	15,1%	35,8%
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	52	3,44	1,406	15,4%	5,8%	30,8%	15,4%	32,7%
az anyának volt már művi abortusza	50	3,16	1,390	20,0%	4,0%	40,0%	12,0%	24,0%
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	52	3,12	1,504	21,2%	15,4%	21,2%	15,4%	26,9%
az anyának már van három élő gyermeke	51	2,90	1,473	23,5%	19,6%	21,6%	13,7%	21,6%
az anyának már van két élő gyermeke	52	2,71	1,460	28,8%	19,2%	21,2%	13,5%	17,3%
az anyának már van egy élő gyermeke	52	2,69	1,435	28,8%	17,3%	26,9%	9,6%	17,3%

1: egyáltalán nem tartom elfogadhatónak 5: teljesen elfogadhatónak tartom

37. táblázat. A művi abortusz elfogadhatósága, szituációnként rangsorolva (a színezés árnyalatai a válaszok arányát szemléltetik)

A szituatív tényezőkből az attitűdkutatáshoz hasonló módon összevont változókat hoztam létre, melyek megbízhatósági szintje magas (14. táblázat). A teljes mintában szignifikánsan magasabb arányban tartották elfogadhatónak a művi abortuszt veszélyeztető szituációk esetén, mint élethelyzeti/társas körülmények esetén (Wilcoxon Signed Rank Test: $Z=-4,13$; $p<0,001$). A két változó közepes erősségű együttjárást mutat ($r=0,34$, $p=0,021$).

A tervezett abortusz indoka

A felvett kérdőívben megkérdeztem a válaszadókat arról, hogy mi az oka annak, hogy terhességüket megszakítani tervezik.

Azok az okok, ami miatt a megkérdezetteket a művi abortusz lehetősége foglalkoztatja, a 38. táblázatban láthatók, az előfordulás gyakorisága szerinti sorrendben. A kérdőív kitöltésekor a válaszadóknak több lehetőséget is módjukban állt bejelölni, és az 'egyéb' válasz hely kitöltésével saját válaszokat is megadhattak. Utóbbi egy kitöltőnél sem fordult elő.

A tervezett abortusz indokaként leggyakrabban említett okok az anyagi nehézség (29 fő, 52,7%) és a párkapcsolat elégtelensége (22 fő, 40%) voltak.

	N	%
Anyagilag nem tudom vállalni, hogy megszülöm a gyermekemet	29	52,7%
A párkapcsolatom nem elég stabil és/vagy biztonságos	22	40,0%
A jelenlegi munkahelyem miatt nem tudom vállalni, hogy megszülöm a gyermekemet	11	20,0%
A partneremet nem gondolom alkalmasnak az apaságra	11	20,0%
Már van gyermekem (vagy gyermekeim), nem szeretnék többet	10	18,2%
A partnerem nem akarja ezt a gyermeket	9	16,4%
Az életkorom miatt már nem szeretnék (több) gyereket	8	14,5%
Iskolába járok, amit nem szeretnék megszakítani vagy abbahagyni	7	12,7%
A családom nem támogatja, hogy megszüljem a gyermekemet	5	9,1%
Nem szeretnék gyereket	2	3,6%
Nem válaszol	2	3,6%

Valamilyen gyógyszert szedtem vagy kezelés alatt álltam, amikor teherbe estem	1	1,8%
---	---	------

38. táblázat. *A művi abortusz megfontolását befolyásoló tényezők*

A mintába kerültek egyharmada (18 fő, 32,7%) egy, kétharmaduk (35 fő, 63,6%) legalább két tényezőt jelölt meg a tervezett abortusz okaként (l. 39. táblázat)

	N	%
egy okot jelölt meg	18	32,7%
két okot jelölt meg	17	30,9%
három okot jelölt meg	14	25,5%
négy okot jelölt meg	2	3,6%
öt okot jelölt meg	2	3,6%
nem válaszolt	2	3,6%

39. táblázat. *A tervezett abortusz okaként megjelölt tényezők száma*

Az indokként megjelölt tényezők két csoportra bonthatók. A külső, környezeti okok közé tartoznak az anyagi nehézségek, a párkapcsolattal, családdal összefüggő tényezők, munkavégzés vagy tanulás okozta nehézségek, illetve a feltételezett gyógyszerhatás. Belső tényezőnek tekinthetjük azt, ha a tervezett abortusz indoka az, hogy a nő nem szeretne (több) gyereket, vagy mert már van, vagy az életkora miatt, vagy egyáltalán nem szeretne gyereket vállalni.

A külső és belső okok választását a 40. táblázat szemlélteti.

	N	%
csak belső okot jelölt meg	4	7,55%
csak külső okot jelölt meg	40	75,41%
belső és külső okot is megjelölt	9	16,98%

40. táblázat. *Külső és belső okokat megjelölők aránya*

A kérdésre válaszolók (N=53) legnagyobb hányada (40 fő, 75,41%) a tervezett abortuszt csak külső okokkal magyarázza, a csak belső okot említők 4-an (7,55%), a legalább egy külső és legalább egy belső okot bejelölők 9-en (16,98%) vannak.

A K1 vizsgálatban alkalmazott skálák adatai

Az egyes skálák főbb jellemzői a 41. táblázatban láthatók. A reliabilitási mutatók általában megfelelő szintű konzisztenciát jeleznek a skálák egyes itemei között.

	N	MD	SD	Min	Max	α	itemek
EPDS	55	14,74	7,40	1	28	0,92	10
STAI_S	55	50,85	15,34	24	77	0,96	20
RAS	55	25,13	7,26	7	35	0,93	7
PSS4	55	9,16	3,21	2	16	0,73	4
Énhatékony	55	7,76	2,68	3	12	0,86	4
Elf_veszélyeztető	49	4,15	1,01	2	5	0,88	7
Elf_élethelyzeti	48	3,31	1,05	1	5	0,92	11

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresszió kérdőív; **STAI-S:** Spielberger-féle Szorongás Kérdőív – Állapot-szorongás; **RAS:** Kapcsolati Elégedettség Skála; **PSS4:** Észlelt Stressz Kérdőív; **Elf_veszélyeztető:** Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető körülmények; **Elf_élethelyzeti:** Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/társas körülmények

41. táblázat. Az egyes skálák átlag-, minimum és maximum értékei és megbízhatósági mutatója

Skálák közti összefüggések

Az egyes skálák közti együttjárások adatai a 42. táblázatban láthatók.

		2	3	4	5	6	7
1. EPDS	r	0,87	-0,31	0,78	-0,63	-0,16	-0,12
	p	0,00	0,04	0,00	0,00	0,26	0,42
	N	55,00	44,00	55,00	55,00	49,00	48,00
2. STAI_S	r		-0,21	0,80	-0,73	-0,20	-0,33
	p		0,17	0,00	0,00	0,18	0,02
	N		44,00	55,00	55,00	49,00	48,00
3. RAS	r			-0,21	0,31	0,06	0,01
	p			0,18	0,04	0,71	0,97
	N			44,00	44,00	39,00	38,00
4. PSS4	r				-0,62	-0,04	-0,14
	p				0,00	0,81	0,36
	N				55,00	49,00	48,00
5. Énhatékonyság	r					0,21	0,28
	p					0,15	0,05
	N					49,00	48,00
6. Elf_veszélyeztető	r						0,34
	p						0,02
	N						46,00
7. Elf_élethelyzeti							

42. táblázat. Az egyes skálák közti együttjárások

Az Edinburgh Postpartum Depresszió Kérdőív átlagértéke a mintán a a depressziós tünetekre vonatkozó, magyar mintán bemért 6 pontos cut-off érték felett van. A depresszió szintje szoros összefüggést mutat az állapot-szorongás szintjével (STAI-S), az észlelt stressz mértékével (PSS4), illetve a kapcsolati elégedetlenséggel (RAS) és az alacsony énhatékonyság érzéssel (Énhat.). A depresszió szintje nem mutat együttjárást a művi abortusz elfogadásához kapcsolódó skálákkal, sem veszélyeztető ($p=0,26$), sem élethelyzeti/társas ($p=0,42$) körülmények esetén.

A magas állapot-szorongás szint (STAI_S) szoros összefüggést mutat az észlelt stressz magas szintjével (PSS4, $r=0,80$, $p<0,001$), illetve az alacsony énhatékonysággal (Énhat., $r=-0,73$, $p<0,001$), továbbá közepes összefüggést a művi abortusz elfogadásával élethelyzeti/társas körülmények mellett ($r=-0,33$, $p=0,02$).

A művi abortusz elfogadása veszélyeztető körülmények mellett nem mutat összefüggést az egyes klinikai skálákkal, élethelyzeti/társas körülmények esetén azonban az elfogadó attitűd alacsonyabb szorongásszinttel és magasabb énhatékonyság-érzéssel mutat összefüggést.

Korábbi abortusz: nem mutatnak különbségeket az egyes klinikai skálákon azok a személyek, akiknek volt korábban művi abortuszuk és akiknek nem (EPDS: Mann–Whitney: $Z=1,66$, $p=0,097$; STAI-S: $Z=0,73$, $p=0,466$; PSS4: $Z=0,46$, $p=0,648$; Énhat.: $Z=-0,84$, $p=0,400$). Továbbá a művi abortusz általános elfogadásában sincs különbség a két csoport között, sem veszélyeztető ($Z=-1,20$, $p=0,231$), sem élethelyzeti/társas ($Z=1,29$, $p=0,198$) szituációkban. A korábbi művi abortusz nem befolyásolta azt sem, hogy a személy hányadik héten jelentkezett tanácsadásra ($p=0,112$).

A tanácsadásra jelentkezés ideje egyedül az állapot szorongás szintjével mutat összefüggést ($r=0,314$, $p=0,019$). Lineáris regresszió analízissel vizsgálva a tanácsadásra jelentkezés idejét esetlegesen befolyásoló tényezőket (klinikai skálák, önhatékonyságot, kapcsolati elégedettséget és az abortusz elfogadását jelző skálák, korábbi művi abortusz, a gyermekvállalás fontossága illetve az életkor mint független változók), nem volt felállítható szignifikáns modell.

A gyermekvállalás fontossága 4 fokozatú skálaként nem mutatott szignifikáns együttjárást egyetlen klinikai skálával sem ($p_{EPDS}=0,344$, $p_{STAI_S}=0,615$, $p_{PSS4}=0,118$), sem a kapcsolati elégedettséggel ($p=0,721$) vagy az önhatékonysággal ($p=0,895$). A változót dummy változóként vizsgálva (inkább fontos vs. inkább nem fontos) nem mutatott a két csoport szignifikáns különbséget a fenti skálákban (EPDS: Mann–Whitney: $Z=1,02$, $p=0,306$; STAI-S: $Z=1,06$, $p=0,288$; PSS4: $Z=1,44$, $p=0,149$; Énhat.: $Z=-0,15$, $p=0,879$). Továbbá a művi abortusz általános elfogadásában sincs különbség a két csoport között, sem veszélyeztető ($Z=0,35$, $p=0,726$), sem élethelyzeti/társas ($Z=1,82$, $p=0,069$) körülmények esetén.

Az életkor nem mutat együttjárást egyetlen klinikai skálával sem (EPDS: $p=0,322$, STAI_S: $p=0,284$, PSS4: $p=0,652$, Énhat.: $p=0,549$), a művi abortusszal kapcsolatos attitűd skálák közül a veszélyeztető körülmények esetén a magasabb életkor magasabb szintű elfogadással jár együtt ($r=0,408$, $p=0,004$). Az élethelyzeti/társas helyzetekben megjelenő általános attitűddel nem mutat összefüggést ($p=0,490$).

A vallásosság egyetlen klinikai skálával sem mutat összefüggést (EPDS: Mann–Whitney: $Z=-0,84$, $p=0,406$; STAI-S: $Z=-0,62$, $p=0,538$; PSS4: $Z=-0,72$, $p=0,487$; Énhat: $Z=-0,01$, $p=0,989$).

Az alacsony mintaelemszám miatt nem vizsgálható, hogy a klinikai skálákat hogyan befolyásolják az egyes demográfiai változók, mint az iskolai végzettség, lakhely, foglalkozás és családi állapot szerinti bontások. Továbbá az alacsony elemszám szintén befolyásolhatja, hogy az abortusz lehetőségének megélésével kapcsolatos egyes klinikai skálákra nem volt felállítható magyarázó modell. Így az abortusz megélésének áttekinthetőbb magyarázatára egy nagyobb elemszámú vizsgálat elvégzése lenne szükséges.

4.1.5 A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés

A tervezett abortusz indoka

Előzetes feltételezéseimnek megfelelően (H5.1) a családvédelmi tanácsadáson megjelentek között a tervezett abortusz leggyakrabban említett indoka az anyagi nehézség, amit a gyermekvállalás okozna (ezt a lehetőséget minden második válaszadó bejelölte), a második leggyakoribb ok a párkapcsolat elégtelensége. Utóbbit részben magyarázhatja, hogy a válaszadók harmada alkalmi, vagy fél évnél nem régebbi kapcsolatból fogant terhességét készül elvetetni, amelyben a stabilitás és/vagy a biztonság hiánya érthetőbb. A párkapcsolat nem megfelelő volta azonban, az adatok szerint, nem feltétlenül jelent egyet azzal, hogy a nő partnerét nem gondolja alkalmasnak az apaságra, sem azzal, hogy a jövőendő apa nem akarná a gyereket. Kisebb arányban jelent meg a reprodukív életszakasz lezárásával indokolt művi vetélés, akár a kívánt gyermekszám elérése, akár az életkor miatt.

Az indokok gyakorisági sorrendjét tekintve az eredmények egybevágóak egy 2004-es hazai mintán végzett vizsgálatban kapottakkal (Zoller és mtsai, 2004), ahol a megkérdezettek 44%-a anyagi okot, 28%-uk pedig családi okot (válás, rossz párkapcsolat) jelölt meg abortusza indokaként. Ehhez hasonlóan Sz. Makó (2014b) vizsgálatában is az egzisztenciális, anyagi okok említése volt a leggyakoribb (67,2%), második helyen az egyedülálló szülőség félelme szerepelt (21,8%), ami feltehetőleg párhuzamba állítható a jelen vizsgálatban szereplő elégtelennek ítélt párkapcsolat választási lehetőséggel.

Utóbbi, vagyis a párkapcsolati elégedetlenség a terhességmegszakítás választásának okaként kitüntetett figyelmet érdemel, mert azok a nők, akik párkapcsolati okokra hivatkozva döntenek az abortusz mellett, a depressziós tünetképzés szempontjából veszélyeztetettebbek (Sz. Makó, 2014b).

Az, hogy a terhesség megszakítására vonatkozó döntés általában komplex, több tényező mérlegelésével járó folyamat, jelzi, hogy a megkérdezettek kétharmada egynél több okot jelölt meg a tervezett abortusz okaként (a felmerülő ellenérveket nem vizsgáltuk). Az indokként megjelölt tényezőket két csoportra bontva látható, hogy a tervezett abortuszok okai döntően a külső, környezeti okok közé tartoznak (49 nő jelölt meg legalább egy külső tényezőt, amely a terhessége tervezett megszakítása mögött áll).

Az eredményeket torzíthatta, hogy a felsorolt opciók között több volt az külső, környezeti okokra hivatkozás, mint a belső indokok említése. Összefüggésben lehet ugyanakkor azzal is, hogy a megkérdezettek fele számára a gyermekvállalás fontos vagy nagyon fontos cél, illetve a terhesség megszakítását általában véve abban az esetben tartják a legkevésbé elfogadhatónak, ha annak indoka, hogy az anyának már van egy vagy két élő gyermeke. Lehetséges, hogy a fentiek a kis elemszámú minta sajátosságai, de a szocio-kulturális tényezők befolyása is feltételezhető. A kulturális tényezők szerepére példa, hogy bár az Egyesült Államokban végzett vizsgálatokban az anyagi nehézségek szintén a leggyakrabban említett indokok közé tartoznak, ott a megkérdezettek több mint harmada jelöl meg belső tényezőket (nem akar még/már/több gyereket) a megszakított terhesség okaként. Ez felveti azt a lehetőséget, hogy hazánkban a már említett gyermekcentrikus értékrend állhat a belső tényezők kisebb arányú választása mögött, vagyis az, hogy a többség szerint a gyermekvállalás meghatározó az élet minősége szempontjából. Egy 2002-es vizsgálatban a megkérdezett nők 97%-a értett egyet valamilyen mértékben a következő állítással: „a gyerekek fejlődését látni a legnagyobb öröm az egész életben” (Blaskó, 2006). Egy olyan társadalomban, ahol a gyermek megítélése ennyire pozitív, érthető, hogy a várandósságok megszakítása kisebbségre belső okok által motivált, illetve kevesebben nyilatkoznak úgy, hogy művi vetélés tervezését a gyermekvállalás elutasításával indokolnák.

Tanácsadásra jelentkezés ideje és az állapotszorongás

Feltételezésem szerint (H 5.2) az, hogy egy nő mikor jelenik meg a kötelező családvédelmi tanácsadáson, részben az aktuális szorongásszint, részben az énhatékonyság, részben pedig a párkapcsolati elégedettség függvénye. A kérdés gyakorlati relevanciája az, hogy minél korábbi gesztációs korban történik az abortusz, az annál kisebb valószínűséggel okoz szövődményeket (Kapadia és mtsai, 2011), ezért fontos tisztázni azokat a körülményeket, amelyek a tanácsadásra jelentkezés halogatásával járnak.

Szignifikáns összefüggést csak a szorongás szintjével találtam: igazolódott, hogy akiket magasabb állapotssorongás jellemez, azok később jelennek meg tanácsadáson ($r=0,314$, $p=0,019$). A többi vizsgált változóval (beleértve az önhatékonyt, a kapcsolati elégedettséget, az abortusz elfogadását, a korábbi művi abortuszt, a gyermekvállalás fontosságát és az életkort) nem volt szignifikáns kapcsolat.

A válaszadók állapotssorongás-szintjére vonatkozóan érdemes megjegyezni, hogy annak átlaga (50,85) magasabb, mint a magyar női mintán mért standard érték (42,64), vagyis feltehetőleg a tanácsadásra jelentkezők körében a szorongásszint emelkedettsége figyelhető meg. Több vizsgálat is fokozott szorongást igazolt közvetlenül a műtési beavatkozás előtti időszakban, Sz. Makó például a művi abortuszra várók 68,6 százalékánál mért az átlagosnál magasabb, klinikai határértéket meghaladó szorongásszintet, amely szignifikánsan magasabb volt, mint a normál várandós és nőgyógyászati műtét előtt álló nők körében (Sz. Makó, 2014b). A szorongásszint megemelkedése mögött számos tényező azonosítható, ilyenek például a beavatkozásra vonatkozó, illetve a későbbi reprodukciós sikerességgel kapcsolatos aggodalmak (Sz. Makó, 2014b)

Feltételezhető ugyanakkor, hogy az általam vizsgált időszakban a fentiek mellett maga az aktív döntési helyzet az, ami a belső feszültségek fokozódásához vezet. Mivel a döntés az érvek és ellenérvek mérlegelésével jár, ez ambivalenciát, és ezzel a feszültség szint emelkedését is eredményezheti. Sz. Makó eredményei szerint (2014b) minél nehezebbnek éli meg az érintett nő a művi vetélés melletti döntési folyamatot, annál fokozottabb szorongást mutat a beavatkozás idején. Ez az eredmény implicálja azt is, hogy a mérlegelési folyamat megélése és a szorongás között van összefüggés.

Az állapotssorongás szintje szoros és fordított irányú együttjárást mutat az önhatékonyt mértékével, vagyis az adott élethelyzetet intenzívebb szorongással megélők kevésbé érzik képesnek magukat arra, hogy a nehézségeket megoldják. Ha a várandósság nem kívánt, ez önmagában is jelentős stresszforrás lehet, de emellett szorongást okozhatnak azok a körülmények is, amelyek miatt a nő az abortuszt választja, akár az egzisztenciális nehézségek, akár a párkapcsolatban megélt bizonytalanság, melyek a leggyakoribb indokai a művi vetélésnek (Charles és mtsai, 2008; Adler és mtsai, 1990).

A preoperatív időszakkal szemben a tanácsadás kapcsán az is felmerül, hogy magának az abortuszra vonatkozó szándéknak a felvállalása is szorongással járhat.

A párkapcsolati vonatkozásokat tekintve, bár a tanácsadásra jelentkezés idejét a lineáris regresszió analízis eredménye szerint a kapcsolati elégedettség (RAS) közvetlenül nem

befolyásolja, ám a szorongásszint és a kapcsolati elégedettség között szignifikáns az együttjárás ($r = -0,21$). Ez alapján feltételezhető, hogy – a szakirodalmi adatokkal egyezően (pl. Moseley és mtsai, 1981) – a partnertől származó társas támogatás elégtelensége együtt jár a szorongásszint emelkedettségével. Sz. Makó (2014b) hasonló eredményre jutott a beavatkozás előtt mért szorongásszintre vonatkozóan, amennyiben minél jobb alkalmazkodással jellemezte párkapcsolatát egy nő, annál kevésbé szorongott és mutatott depresszív jegyeket a preoperatív időszakban.

A szorongásszint további befolyásolója lehet az abortusz-attitűd. Wiebe és munkatársai szerint azok a nők, akik a terhességmegszakítást kevésbé tartják elfogadhatónak, szignifikánsan magasabb szorongásszintet mutattak az abortusz előtt, mint akik számára az abortusz elfogadható, vagyis inkább pro-choice attitűddel jellemezhetők (Wiebe, Trouton, Fielding, Grant és Henderson, 2004). Saját 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 $r = -0,33$). Vagyis azok, akik a terhességmegszakítással kapcsolatban kevésbé elfogadók, nagyobb distresszel élik meg a saját várandósságuk megszakításának tervezését. A depressziós tünetek megjelenését azonban az abortusz-attitűd nem befolyásolja.

A korábbi abortusz tapasztalat szerepe

Az elemzés során azért vizsgáltam külön azokat a nőket, akiknek korábban már volt művi vetélésük, mert egyes vizsgálatok szerint ez a csoport fokozottan veszélyeztetett szorongásos zavarok vonatkozásában (Steinberg és Russo, 2008), és az APA TFMHA (Major és mtsai, 2008) állásfoglalása szerint is beavatkozás után a mentális problémák előfordulási valószínűségét növelő tényezők közé tartozik.

A kapott eredmények azonban nem igazolták hipotézisemet (H 5.3), amennyiben az első és többedik abortuszt tervező csoport között sem a depresszió, a szorongás, az észlelt stressz és önhatékonyság szintjében, sem a tanácsadásra jelentkezés idejében nem találtam különbséget. Ezt az eredményt indokolhatja a kis mintaelemszám, de felmerülhet az is, hogy a két csoport (első/többedik abortusz) közti eltérés a tanácsadás utáni, vagyis a döntési szakaszban még nem jelentkezik, ám Sz. Makó a beavatkozás elvégzése előtt sem talált különbséget sem a szorongás, sem a depresszió szintjében (Sz. Makó, 2014b). Ebből a szempontból tehát úgy tűnik, minden egyes terhességmegszakítás egyedi, és következményei az aktuális körülmények által meghatározottak.

A gyermekvállalás mint cél fontossága

Azt feltételeztem (H 5.4), hogy a gyermekvállalást a személyes életükben fontos célként megélők számára az abortusz tervezése magasabb szorongás- és depresszió szinttel jár együtt, mint azoknál, akik számára a szülőség kisebb jelentőséggel bír. A kapott adatok nem igazolták a feltevésemet, hisz sem négyfokozatú skálaként, sem dummy változóként nem sikerült szignifikáns összefüggést találni a gyermekvállalás fontossága és a pszichésállapot-mutatók között.

A kutatás eredményeit összegezve tehát a terhességmegszakítás folyamatának az első családvédelmi tanácsadás utáni (vagyis a végleges, deklarált döntés előtti) szakaszában a depressziós és szorongásos tünetek megjelenése kitüntetett figyelmet igényel, utóbbi azért is, mert az ellátás keresésének halogatásával járhat, amely az abortusz biztonságosságát csökkentheti. A szorongás vonatkozásában potenciális rizikófaktor lehet az, ha az érintett nő a terhességmegszakítást általában véve is kevésbé tartja elfogadhatónak. Az abortusz melletti döntést többségében nem egyetlen tényező indokolja. Az okok leginkább külső, környezeti jellegűek, a leggyakrabban az anyagi-egzisztenciális nehézségekhez, illetve a párkapcsolat elégtelenségéhez kapcsolódnak.

A kutatás limitációi között első helyen a kis elemszámot kell említeni, ami a statisztikai próbák elvégezhetőségét és így a vizsgálható összefüggéseket is jelentősen korlátozta. Az eredmények általánosíthatóságát csökkenti továbbá a minta összetételének néhány sajátossága, például az iskolázottság szerinti eloszlás, ahol a felsőfokú végzettségűek jelentősen alulreprezentáltak a magyar női lakossághoz képest (a 20 év felettiek között 23%⁸ szemben a mintába kerültek 3,6%-val). A rendkívül alacsony arányú kitöltési hajlandóságot tekintve meg kell fontolni, hogy más módon érdemes megszólítani a vizsgálatba bevonni kívánt nőket, bár az intézményhez (családvédelmi szolgálat) kötött megkeresésen kívül nem találtam más lehetőséget arra, hogy ezt a populációt elérjem. Az adatfelvétel során az online felmérés helyett a papír-ceruza felvétel lehetőségének megtalálásával és a személyes jelenlét fokozásával a minta nagysága esetleg növelhető lett volna. További limintációt jelent a vizsgálat keresztmetszeti elrendezése, amely miatt csak feltételeztem, de igazolni nem tudtam, hogy a családvédelmi tanácsadásban való

⁸ a 2016-os Mikrocenzus adatai szerint, l.

https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_4.pdf. Letöltve: 2019. 03. 25-én.

részvétel időszaka a terhességmegszakítás folyamatán belül a pszichésállapot-mutatók alapján elkülöníthető szakaszt jelentene.

4.2 A művi abortusz hosszú távú következményeinek vizsgálata sine morbo mintán (K2)

4.2.1 A kutatás céljai, kutatási terv és az adatgyűjtés

A vizsgálat célja a terhességmegszakítás hosszú távú pszichés következményeinek feltérképezése olyan nőkkel felvett kérdőívek segítségével, akiknek legalább 8 hónappal a kitöltés előtt volt művi abortusza (nem egészségügyi okok miatt). A mintát célzottan és kizárólag olyan nők alkották, akiknek a kérdőív kitöltéséig (saját bevallásuk szerint) nem volt pszichiátriai kórelőzményük, vagyis kizártam azt a csoportot, akiknek a terhesség megszakítása után ellátást igénylő pszichés problémái jelentkeztek. A cél annak a populációnak a vizsgálata volt, akik pszichiátriai szempontból tünetmentesek, mivel náluk a döntéssel járó nehézségekről, esetleges ambivalenciákról, a párkapcsolatra és a szexualitásra, valamint az életvezetésre gyakorolt negatív hatásról, a hosszú távon jelentkező pszichológiai reakciókról és következményekről sokkal kevesebbet tudunk (Thorp és mtsai, 2003; Coleman, 2011). Kérdésfeltevéseim elsősorban az abortusz-döntésre, annak különböző összetevőire vonatkoztak.

A vizsgálatot az ELTE Tudományos Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (2019/22.)

Az adatfelvételt online formában végeztem, a kérdőív elérhetőségét és a toborzó hirdetést részben hólabda módszerrel, részben online magazinok felületén juttattam el a kitöltőknek. A résztvevők az online tesztkitöltés előtt elolvasták a vizsgálatról szóló Tájékoztatót és a Beleegyező nyilatkozatot, annak önkéntes és aktív elfogadásával (a kérdőív kitöltése előtt az online felületen jelölt igen válasszal) vettek részt a kutatásban. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. A személyek a kérdőívek kitöltésének bármely szakaszában megszakíthatták a vizsgálatban való részvételt bármilyen következmény nélkül.

Az online kérdőívet a LimeSurvey felületén szerkesztettem meg.

A kutatásba azok a nők kerültek be, akik a) elmúltak 18 évesek, b) a művi abortuszuk óta legalább nyolc hónap eltelt, c) nem volt pszichiátriai kórelőzményük, d) a beleegyező nyilatkozat aláírásával vállalták a kutatásban való részvételt.

Felajánlottam, és a Tájékoztatóban rögzítettem, hogy szükség esetén segítséget kérhetnek a területileg illetékes Pszichiátriai Szakrendelésen, vagy közvetlenül Nagy Beáta Magdánál. Utóbbi egy esetben sem fordult elő a vizsgálat során.

4.2.2 A vizsgálat során alkalmazott módszerek bemutatása

Saját szerkesztésű kérdéssor

A K1 vizsgálatban alkalmazott kérdőívet a következő kérdésekkel egészítettem ki:

Az abortusz-döntésre vonatkozó kérdések: mennyire értékeli jó döntésnek, mennyiben értékeli saját döntésének, mennyire volt tájékozott, amikor döntött, kinek a véleményét kérte ki a döntés előtt.

A művi abortusz következményei: az abortusz után igénybe vett-e szakmai segítséget, az abortusz óta eltelt időszakban milyen gyakran jut eszébe, hogy megszakította a terhességét.

Abortusz-stigma: tapasztal-e negatív megítélést vagy megbélyegzést a magyar társadalomban azokkal a nőkkel szemben, akik művi abortuszon esnek át, illetve akik részt vesznek az ellátásban.

Kérdőíves eljárások

A K1 vizsgálat során alkalmazott kérdőívcsomagot az alábbi két elemmel egészítettem ki:

1. *Események Hatása Kérdőív* (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) (Weiss és Marmar, 1996; magyar változat: Perczel Forintos és mtsai, 2012)

Az IES-R egy 22 tételből álló önkitöltős kérdőív, amely a szubjektív distresszt méri traumatikus események következtében. A poszttraumás stressz betegség (PTSD) DSM-IV-ben meghatározott 17 tünete közül 14-et tartalmaz. Külön skálán méri az emlékbetöréseket (milyen gyakran jut a személy eszébe az esemény spontán, vagy arra emlékeztető tényezők hatására) és az elkerülést (mennyire próbálja a személy távol tartani magát a traumára emlékeztető helyzetektől). Hazai mintán a Cronbach-alfa-értékek megfelelőek, 0,84—0,89 közé esnek. A teszt 26 pont fölött mérsékelt distresszt, 44 pont fölött súlyos distresszt jelez.

2. *Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív* (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) (Tedeschi és Calhoun, 1996; magyar változat: Kovács, Balog, Preisz, 2012)

A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív a veszteségekkel járó, súlyosan stresszkeltő életeseményekkel való megküzdésből fakadó pozitív változások azonosítására szolgáló mérőeszköz. Az önkitöltős kérdőív öt faktort mér: az élet fokozott értékelése, jelentéstelibb interperszonális kapcsolatok megélése, a személyes erő érzetének fokozódása, új lehetőségek felfedezése, spirituális élményekkel való gazdagodás. A kérdőív belső konzisztenciája megfelelő (az összes tételre nézve 0,94), teszt-reteszt megbízhatósága hathetes újrafelvétel után is kiváló ($r = 0,90$; $p < 0,01$).

4.2.3 A K2 kutatási szakaszhoz kapcsolódó hipotézisek

H 6.1. A párkapcsolattal való elégedettség mértéke befolyásolja az abortusz feldolgozását, vagyis akik elégedettek a párkapcsolatukkal, azok az abortusz kapcsán kisebb distresszről számolnak be.

H 6.2 Az abortusz utáni hosszútávú pszichés alkalmazkodást befolyásolja a döntés oka, vagyis az abortusz-döntés mögött álló egyes tényezők nem ugyanúgy hatnak a jelenben az abortuszhoz kapcsolódó distressz szintjére.

H 6.3 Azok tudnak jobban azonosulni a saját múltbéli döntésükkel, akik azt sajátjukként értékelik, vagyis a döntési autonómia befolyásolja, hogy a korábbi abortusz-döntésüket mennyire ítélik meg helyesnek az érintettek.

H. 6.4. A gyermekvállalással összefüggő tényezők (fontossága, a gyermekvállalásra vonatkozó szándék az abortusz idején és a vizsgálat időpontjában) befolyásolják az abortusz hatását a jelenben, a distressz-szintet magasabbnak várom azoknál, akik számára a két időszak bármelyikében cél a gyermekvállalás.

H 6.5. Azok, akik nem beszéltek meg a terhességük megszakítása előtt szándékukat másokkal, valamint azok, akik a beavatkozás után nem kértek szakmai segítséget, kedvezőtlenebb pszichés állapotot mutatnak a kérdőív felvételének idején.

4.2.4 Statisztikai elemzés

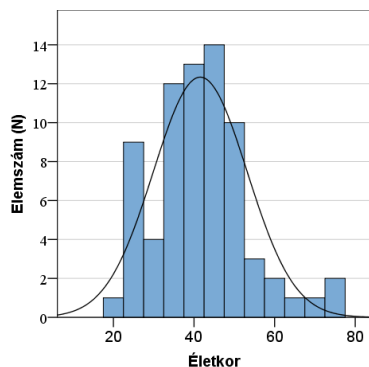
A vizsgálati minta bemutatása

Jelen vizsgálat olyan 18 év feletti nők adatait tartalmazza, akik a felvétel előtt legalább 8 hónappal megszakították a terhességüket, és pszichiátriai anamnézisük negatív.

Demográfiai adatok

A teljes mintába 72 nő adatai kerültek.

Az életkori eloszlás kiegyenlítetlen (l. 12. ábra). A legfiatalabb résztvevő 18, míg a legidősebb 76 éves volt a kérdőívecsomag kitöltésének időpontjában (MD=41,54, SD=11,64).



12. ábra. A minta életkori eloszlása

A minta főbb demográfiai jellemzői az 43. táblázatban láthatók.

A *családi állapotot* tekintve a válaszadók többsége házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban él (összesen 45,9%), nem hivatalos formában együtt él partnerével további 23,6%. Az egyedül élő hajadonok aránya 16,7%. A *lakóhely* szerint 84,8% városban él, legtöbben megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban (40,3%).

A legmagasabb *iskolai végzettség* szerint a mintába kerültek több mint fele (51,4%) diplomás, a posztgraduális végzettséggel rendelkezőkkel együtt a felsőfokú végzettek aránya 61,1%.

A *fő tevékenységi formát* tekintve mintába kerültek többsége (72,2%) dolgozik, gyermekvállaláshoz kapcsolódó ellátási formákban (GYES, GYED) 6,9% részesül. 54,2%-uk tartja vallásosnak magát.

		N	%
Családi állapot	hajadon, egyedül él	12	16,7%
	együtt él a partnerével, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül	17	23,6%
	házasságban él	31	43,1%
	bejegyzett élettársi kapcsolatban él	2	2,8%
	elvált	8	11,1%
	özvegy	2	2,8%
	főváros	10	13,9%
Lakóhely	megyeszékhely/megyei jogú város	29	40,3%
	város	22	30,6%
	község	11	15,3%
	posztgraduális vagy doktori végzettség	7	9,7%
Legmagasabb iskolai végzettség	főiskola, egyetem	37	51,4%
	OKJ, felsőfokú szakképzés	11	15,3%
	érettségi	11	15,3%
	szakmunkásképző/szakiskola	5	6,9%
	8 általános vagy kevesebb	1	1,4%
Fő tevékenység	tanul (valamilyen iskolában vagy tanfolyamon)	3	4,2%
	dolgozik (bejelentve/nem bejelentve/alkalmazott/vállalkozó)	52	72,2%
	álláskeresési járadékot kap	2	2,8%
	munkanélküli, ellátás nélkül	1	1,4%
	GYED-en vagy GYES-en van	5	6,9%
	háztartásbeli, otthon van	1	1,4%
	rokkantnyugdíjas, rokkantjáradékos	4	5,6%
	szociális segélyt kap	1	1,4%
	vallásos	39	54,2%
	nem vallásos	31	43,0%
Vallásosság	nem válaszol	2	2,8%

44. táblázat. Az adatelemzés során felhasznált minta demográfiai jellemzői

Gyermekvállalással kapcsolatos leíró statisztikák

Gyermekek száma

A résztvevők gyermekeinek számára vonatkozó leíró adatokat a 45. táblázat foglalja össze, az első oszlopban a már megszületett gyermekek száma látható, míg az utolsó oszlopban a tervezett gyermekek száma (a már megszületettekkel együttesen).

	Gyermekek száma	Tervezett gyermekek száma
0	17 (34,0%)	18 (27,3%)
1	7 (14,0%)	14 (21,2%)
2	12 (24,0%)	19 (28,8%)
3	10 (20,0%)	11 (16,7%)
4 vagy több	4 (8,0%)	4 (6,1%)
Összesen	50	66

45. táblázat. *Gyermekek számára vonatkozó leíró statisztikák*

Az érvényes választ adók harmadának, 34%-ának nincsen gyermeke. 14%-nak egy gyermeke van, körülbelül negyedüknek van 2 gyermeke, és 28%-nak 3 vagy több gyermeke. A tervezett gyermekek száma nem mutat statisztikailag szignifikáns különbséget a már megszületett gyermekek számától (Wilcoxon Signed Rank Test: $Z=0,768$, $p=0,442$).

A minta 73,6%-ának (53 fő) egy művi abortusza volt korábban, 18,1% (13 fő) kettő, 8,3% (6 fő) három vagy több korábbi művi abortusztól számolt be.

Gyermekvállalás fontossága

A megkérdezettek többsége nagyon fontos (41,7%) vagy a legfontosabb (37,5%) célként tekint a gyermekvállalásra, 9,7% számára kevésbé fontos cél, 2,8% egyáltalán nem tartja fontos célnak. A kérdésre 6 fő (8,3%) nem adott érvényes választ.

A legutóbbi művi abortuszhoz kapcsolódó jellemzők

A kérdőív megfogalmazásakor azt kértem, hogy akinek több abortusza is volt, az a legutóbbira gondoljon, és arra vonatkozóan válaszoljon a kérdésekre.

A legutóbbi művi abortusz során megszakított terhességek 91,7%-a nem volt tervezett, 6 fő (8,3%) válaszolta azt, hogy tervezett terhességet vetetett el.

A megkérdezettek (legutóbbi) művi abortuszának körülményeit leíró statisztikát a 46. táblázat mutatja.

Az abortuszok csaknem harmada (29,2%) házasságban vagy élettársi kapcsolatban történt. További 61,1%-ban párkapcsolaton belül fogant meg az elvetetett magzat.

A leggyakrabban 2-5 éves kapcsolatban jelentkeztek a nők terhességmegszakításra (22,2%), nagyjából minden ötödik művi vetélés a kapcsolatok második felében történt. A válaszadók több mint fele 10 évnél régebben szakította meg terhességét (38 fő, 58,8%), 20,8%-uk (15 fő) 5-10 éve, 13,9% (9 fő) 2-5 éve. 12,5% (9 fő) az, akinek az abortusza 8 hónap és 2 év közti időintervallumban volt.

		N	%
Mi jellemzi azt a kapcsolatot, amiben megfogant?	Házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban élt a partnerével	21	29,2%
	Együtt élt a partnerével, akivel nem voltak összeházasodva, de azt tervezték (pl. eljegyezték egymást)	6	8,3%
	Együtt éltek a partnerével, akivel nem voltak összeházasodva, és nem is tervezték	12	16,7%
	Együtt jártak a partnerével	26	36,1%
	Alkalmi ismeretségből esett teherbe	4	5,6%
	Egyéb	3	4,2%
Mióta tartott az a párkapcsolata, amelyben megfogant?	Alkalmi kapcsolat	3	4,2%
	Kevesebb, mint 3 hó	7	9,7%
	3-6 hó	5	6,9%
	6-12 hó	14	19,4%
	1-2 év	9	12,5%
	2-5 év	16	22,2%
	5-10 év	11	15,3%
	10 év felett	7	9,7%
Mennyi ideje volt a legutóbbi művi abortusza?	2 éven belül	9	12,5%
	2-5 év	10	13,9%
	5-10 év	15	20,8%
	10 év felett	38	52,8%

46. táblázat. A legutóbbi művi abortusz körülményeinek leíró statisztikái

Mi volt az abortusz oka?

A legutóbbi művi abortusz okaként megjelölt tényezők a 47. táblázatban láthatók, előfordulás szerinti sorrendben. A válaszadók 4 fokozatú Likert-skálán értékelték, hogy az adott tényező mennyire befolyásolta döntésüket (1: egyáltalán nem; 4: nagyon/teljesen).

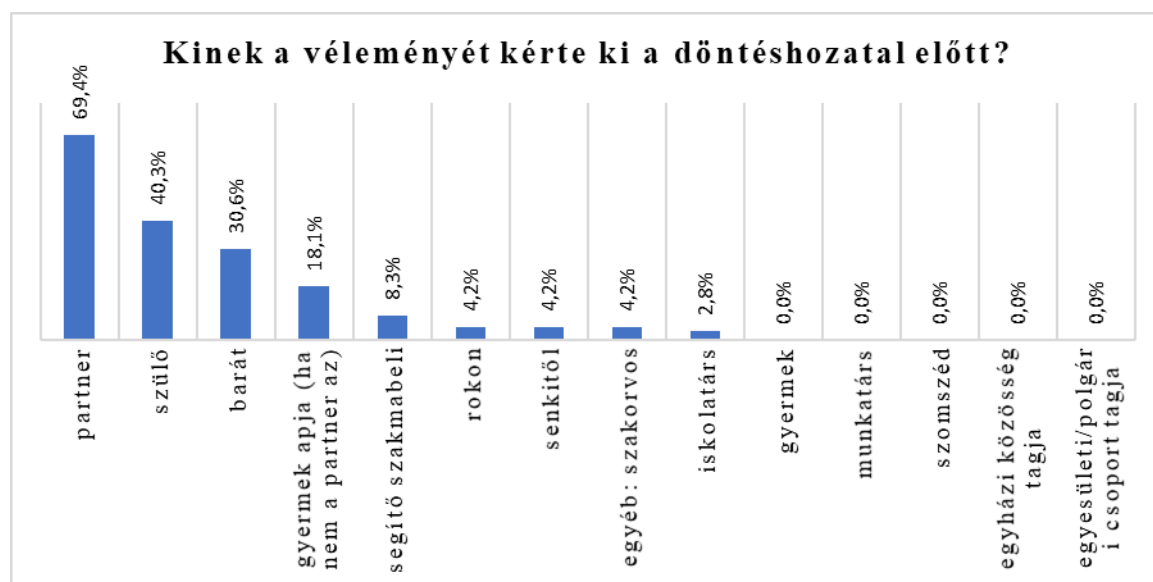
	N	%	MD	SD
A párkapcsolatom nem volt elég stabil/biztonságos	48	66,7%	2,57	1,32
Anyagilag nem tudtam vállalni, hogy megszüلöm a gyermekemet	44	61,1%	2,43	1,32
A partnerem nem akarta a gyermeket	44	61,1%	2,26	1,22
A partneremet nem gondoltam alkalmasnak az apaságra	35	48,6%	1,97	1,19
A családom nem támogatta, hogy megszüلjem a gyermekemet	34	47,2%	1,88	1,11
Nem szerettem volna gyereket	30	41,7%	1,96	1,27
Iskolába jártam, amit nem szerettem volna megszakítani vagy abbahagyni	22	30,6%	1,81	1,29
Már volt gyermekem (vagy gyermekeim), nem szerettem volna többet	20	27,8%	1,63	1,09
Fiatalkorú voltam	19	26,4%	1,61	1,12
Munkahelyem miatt nem tudtam vállalni, hogy megszüلöm a gyermekemet	18	25,0%	1,51	0,98
Valamilyen gyógyszert szedtem vagy kezelés alatt álltam, amikor teherbe estem	14	19,4%	1,44	0,99
Az életkorom miatt már nem szerettem volna (több) gyereket	12	16,7%	1,33	0,82

47. táblázat. A művi abortusz okaként megjelölt tényezők gyakorisági sorrendben

A leggyakrabban említett okok a párkapcsolat elégtelensége (66,7%; MD=2,57), az anyagi-egzisztenciális nehézségek (61,1%; MD=2,43), valamint azt, hogy a partner nem szeretne volna megtartani a megfogant gyermeket (61,1%, MD=2,26). A megkérdezettek közel fele említette még okként, hogy partnerét nem vélte alkalmasnak az apaságra (48,6%), illetve, hogy a családjától nem kapott támogatást a várandósság kihordásához (47,2%).

Kivel beszélte meg a döntést?

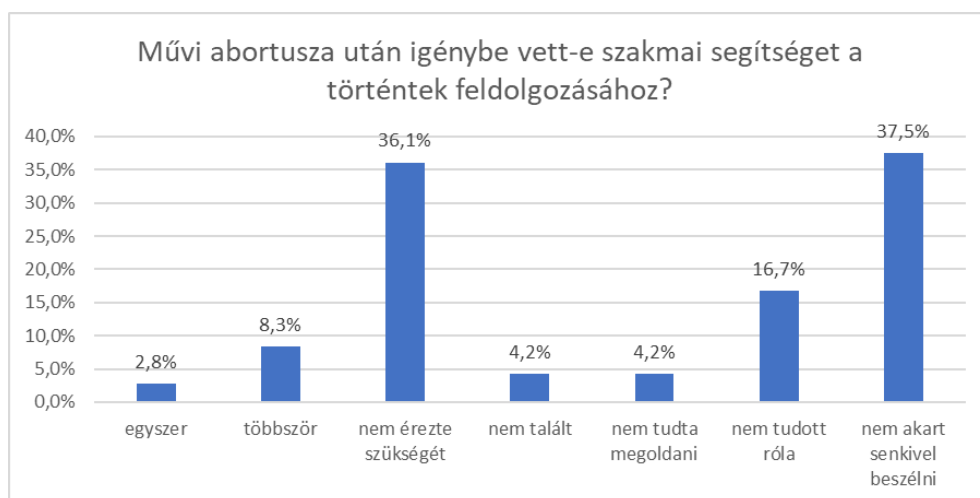
A vizsgálati személyeket megkérdeztem arról, hogy kinek a véleményét kérték ki az abortusz-döntés kapcsán. A listán több lehetőség is megjelölhető volt, és 'egyéb' válasz hely is szerepelt. Az eredmények a 13. ábrán láthatók.



13. ábra. A döntéshozatal előtti véleménykérések megoszlása

A leggyakrabban említett személy, akivel az érintett nő a döntését megbeszélte, a megfogant gyermek apja, aki lehet a partner (69,4%), vagy valaki más (18,0%). Kisebb arányban említették a szülőket (40,3%) és barátokat (30,6%). Segítő szakemberhez a válaszadók 8,3%-a fordult. Szórványosan említették még a rokonokat (4,2%), szakorvost (4,2%) és iskolatársat (2,8%). Senkivel nem beszélte meg a döntését a megkérdezettek 4,2%-a (3 fő).

A szakmai segítséggel kapcsolatban arra is rákérdeztem, hogy a beavatkozás után igénybevettek-e az érintett nők ilyen szolgáltatást. Azt kaptam, hogy a megkérdezettek többsége nem akart szakemberrel beszélni (37,5%), illetve nem érezte annak szükségét (36,1%). 16,7%-ban nem tudtak ennek lehetőségéről, további 8,4% igénybe vett volna segítséget, de vagy nem talált, vagy nem tudta azt megoldani. 11,1%-a a válaszadóknak legalább egy alkalommal igénybe vett szakmai segítséget az abortusza kapcsán. (Az adatokat l. a 14. ábrán.)



14. ábra. Szakmai segítség igénylése az abortusz után

A következő három kérdés az abortusz-döntés megítélésére vonatkozott, a válaszadáshoz egy 10 fokozatú Likert-skála állt rendelkezésre.

Mennyire érzi úgy, hogy minden szükséges információ birtokában volt a döntéshez?

A megkérdezettek a skálán jelölték, hogy mennyire érzik úgy, hogy a döntés meghozásához elegendő információval rendelkeznek (1: túl kevés információ volt; 10: minden szükséges információval rendelkeztem). A válaszadók átlagosan úgy ítélték meg, hogy rendelkeztek a szükséges információkkal ($MD=8,22$, $SD=2,903$). 15 fő (20,8%) adott 6 pontnál alacsonyabb értéket a skálán, 6,9% (5 fő) egyértelműen túl kevésnek érezte a rendelkezésre álló információ mennyiségét.

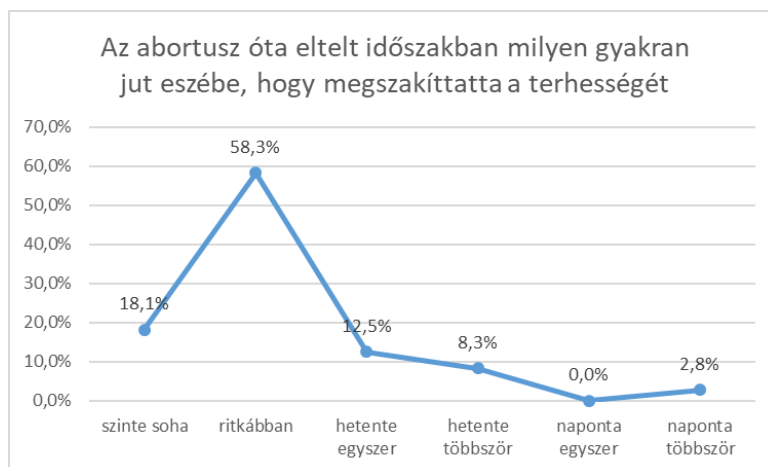
Mennyire érzi úgy, hogy a saját maga döntött a terhességmegszakítás mellett?

Szintén 10 fokú Likert-skála állt rendelkezésre annak megítéléséhez, hogy az abortusz melletti döntést a nők milyen mértékben érezték a sajátjuknak (1: egyáltalán nem; 10: teljes mértékben). Az eredmények szerint a nők inkább sajátjuknak érezték a döntést ($MD=8,01$, $SD=2,635$). Öten jelezték, hogy egyáltalán nem saját döntésük volt a művi abortusz választása.

Visszagondolva mennyire biztos abban, hogy a terhesség megszakítása volt a legjobb döntés az Ön számára?

A legkevesbé jó döntést a skálán az 1-es (egyáltalán nem volt jó döntés), a legjobb döntést 10-es érték (teljesen jó döntés volt) fejezte ki. A kapott átlagos válaszpontszám 6,88 volt, igen nagy szórás mellett ($SD=3,158$).

A terhességmegszakítás kapcsán megkérdeztem, hogy az milyen gyakorisággal jut az érintettek eszébe. A válaszok megoszlását a 15. ábra mutatja.



15. ábra. Az abortusz óta eltelt időszakban milyen gyakran jut eszébe, hogy megszakította a terhességét?

A heti gyakoriságnál ritkább válaszlehetőséget a megkérdezettek több mint fele jelölte (58,3%). Szinte soha nem jut eszébe az abortusza 18,1%-nak. A naponta egyszer (12,5%) és hetente többször (8,3%) lehetőséget is többen választották. Naponta többször a megkérdezettek 2,8%-nak (2 fő) jut eszébe az abortusza.

A megkérdezettek közül 12,5% (9 fő) gondolja úgy, hogy a jelenlegi abortuszszabályozást szigorítani kellene, 15,3% (11 fő) enyhítené, a többség, 58,3% (42 fő) nem változtatna rajta.

A 6,9% (5 fő) tagja olyan szervezetnek, amely tiltja a művi abortuszt.

A kontextuális információk hatása az abortusz-attitűdre

Az abortusz általános elfogadottságát az egyes szituációkban ebben a mintában is megvizsgáltam. A szituatív tényezők hatására itt is a következő kérdés irányult: „Mennyire tartja elfogadhatónak az abortusz engedélyezését a következő esetekben?”

A 48. táblázatban látható a válaszok gyakorisági eloszlása az érvényes válaszokhoz viszonyított százalékos arányban (a piros árnyalataival szemléltetjük a válaszok arányát), illetve a válaszonként adott átlagpontszám, szórás és az érvényes válaszok száma. Ez alapján az abortusz elfogadottsága abban az esetben a legnagyobb mértékű, ha a várandósság veszélyes az anyára nézve; ha a gyermek fejlődési rendellenességgel

születne meg, illetve ha a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye, a legkevésbé pedig akkor elfogadható, ha az anyának már van egy vagy két élő gyermeke.

	N	MD	SD	1	2	3	4	5
a várandósság veszélyes az anyára nézve	71	4,66	0,985	4,2%	2,8%	2,8%	2,8%	87,3%
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	71	4,63	1,018	5,6%	1,4%	1,4%	7,0%	84,5%
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	71	4,61	1,049	5,6%	1,4%	4,2%	4,2%	84,5%
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	72	4,43	1,185	6,9%	2,8%	6,9%	6,9%	76,4%
az anya hajléktalan	68	4,12	1,366	10,3%	4,4%	11,8%	10,3%	63,2%
az apa fiataikorú	68	4,03	1,393	11,8%	2,9%	14,7%	11,8%	58,8%
az anya fiataikorú	69	3,96	1,408	13,0%	1,4%	17,4%	13,0%	55,1%
az anya párkapcsolata instabil	70	3,50	1,349	11,4%	10,0%	28,6%	17,1%	32,9%
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	70	3,29	1,486	18,6%	11,4%	24,3%	14,3%	31,4%
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	68	3,26	1,356	14,7%	11,8%	30,9%	17,6%	25,0%
az anya egyedülálló	70	3,26	1,421	15,7%	12,9%	31,4%	10,0%	30,0%
az anya nem bíz abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	69	3,20	1,301	11,6%	18,8%	29,0%	18,8%	21,7%
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	71	3,06	1,548	25,4%	12,7%	19,7%	15,5%	26,8%
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	68	2,97	1,414	20,6%	17,6%	26,5%	14,7%	20,6%
az anyának már van három élő gyermeke	70	2,80	1,420	27,1%	12,9%	30,0%	12,9%	17,1%
az anyának volt már művi abortusza	67	2,60	1,360	28,4%	20,9%	26,9%	10,4%	13,4%
az anyának már van két élő gyermeke	70	2,49	1,462	37,1%	17,1%	21,4%	8,6%	15,7%
az anyának már van egy élő gyermeke	70	2,40	1,498	42,9%	14,3%	18,6%	8,6%	15,7%

1: egyáltalán nem tartom elfogadhatónak 5: teljesen elfogadhatónak tartom

48. táblázat. Abortusz elfogadhatósága, engedélyezése szituációnként rangsorolva (a színezés árnyalatai a válaszok arányát szemléltetik)

Az attitűdkutatáshoz és a K1 mintához hasonló módon itt is megnéztem az összevont változók értékeit is. A teljes mintában szignifikánsan magasabb arányban tartották elfogadhatónak a művi abortuszt veszélyeztető szituációk esetén, mint életkörülményi helyzetekben (Wilcoxon Signed Rank Test: $Z=-6,104$; $p<0,001$). A két változó ennél a mintánál is szoros együttjárást mutat ($r=0,561$, $p<0,001$).

Az abortusz elfogadása kapcsán megnéztem, hogy a K1 és K2 csoport, illetve az általános populációs minta adatai között van-e értelmezhető különbség. Az eredmények szerint nincs szignifikáns különbség sem a veszélyeztető tényezők elfogadásában (Kruskal-Wallis: $H(2)=1,004$, $p=0,605$ (MR 1 =842,60; MR 2 =775,74; MR 3 =851,62), sem az élethelyzeti/társas szituációk elfogadásában ($H(2)=1,275$, $p=0,529$ (MR 1 =826,81; MR 2 =903,36; MR 3 =813,39) a három mintavételi csoport között. Ezt azonban a mintaelemszámok közti nagy eltérések is magyarázhatják.

A K2 vizsgálatban alkalmazott skálák adatai

Az egyes skálák főbb jellemzőit a 48. táblázatban láthatók (a teljes táblázat a Mellékletekben található). A reliabilitási mutatók általában megfelelő szintű konzisztenciát jeleznek a skálák egyes itemei között.

A *Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív Spirituális Változás alskálájának* ($\alpha=0,51$) megbízhatósági szintje kérdéses. (A kérdőív hazai validálásánál is ennek az alskálának volt a legalacsonyabb az Cronbach alfa értéke [0,61], de mivel az alskála csak két itemből áll, a szerzők így is használhatónak értékelték; Kovács, Balog és Preisz, 2012).

	N	MD	SD	Min	Max	α	itemek
STAI_S	72	41,29	12,50	20	77	0,95	20
RAS	72	23,58	6,71	9	35	0,88	7
PSS4	72	8,12	2,85	2	18	0,78	4
Énhatékonyság	72	8,78	2,46	2	12	0,85	4
PTGI	72	31,65	23,43	0	85	0,93	21
IESR	72	21,50	20,03	0	60	0,92	15
Elf_veszélyeztető	65	4,32	1,05	1	5	0,93	7
Elf_élethelyzeti	65	2,97	1,10	1	5	0,94	11

STAI-S: Spielberger-féle Szorongás Kérdőív – Állapot-szorongás; **RAS:** Kapcsolati elégedettség skála; **PSS4:** Észlelt Stressz Kérdőív; **PTGI:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív; **IESR:** Események Hatása Kérdőív (Rövidített); **Elf_veszélyeztető:** Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető körülmények; **Elf_élethelyzeti:** Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/társas körülmények

48. táblázat. *Az egyes skálák átlag-, minimum és maximum értékei és megbízhatósági mutatója*

Az egyes skálák közti együttjárások

Az egyes skálák közötti együttjárásokat a 49. táblázat mutatja (a teljes táblázat a Mellékletekben található). Az állapotszorongás szintje szoros összefüggést mutat a magasabb fokú észlelt stresszel és az alacsonyabb szintű önhatékonysággal. A párkapcsolati elégedettség gyenge összefüggést mutat az önhatékonysággal, illetve a művi abortusz okozta nehézségek feldolgozottságával. Minél nagyobb hatása van a korábbi abortusznak mint megterhelő eseménynek a mindennapokban, annál kevésbé elégedett a személy az aktuális párkapcsolatával, és annál magasabb az észlelt stressz szintje. A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív közepesen erős pozitív összefüggést mutat az Események Hatása Kérdőívvel, ez a hatás az egyes alskálák esetén is érvényes.

		2	3	4	5	6
1 STAI_S	r		0,714	-0,428		
	p	0,094	0,000	0,000	0,178	0,130
	N	64	72	72	72	72
2 RAS	r			0,291		-0,296
	p		0,102	0,020	0,161	0,018
	N		64	64	64	64
3 PSS4	r			-0,440		0,239
	p			0,000	0,988	0,043
	N			72	72	72
4 Énhat.	r					
	p				0,917	0,672
	N				72	72
5 PTGI	r					0,452
	p					0,000
	N					72
6 IESR						

49. táblázat. Az egyes skálák közti együttjárások

Az egyes skálák alakulását befolyásoló tényezők

Az egyes skálák alakulását nemcsak egymáshoz viszonyítva vizsgáltam, hanem a művi abortuszhoz való viszonyt jellemző változók függvényében is (50. táblázat). A mintaelemszám és az eltérő csoportnagyságok miatt az olyan demográfiai változók, mint például az iskolai végzettség, fő tevékenység, családi állapot/korábbi kapcsolati státusz szerinti összehasonlítások nem voltak lehetségesek. Ezen változók mint független változók hatásának vizsgálatára a minta bővítése lenne szükséges.

		Elég információja volt a döntés előtt?	Saját döntésének érezte?	Mennyire biztos a döntésben?	Fontos cél a gyerekvállalás?	Az abortusz miatt megbélyegzik a nőket?
STAI_S	r				-0,297	
	p	0,193	0,062	0,154	0,016	0,453
RAS	r					
	p	0,083	0,565	0,948	0,774	0,060
PSS4	r	-0,330	-0,286	-0,241	-0,268	
	p	0,005	0,015	0,041	0,030	0,096
Énhat	r					
	p	0,218	0,741	0,363	0,526	0,725
PTGI	r	-0,283			0,280	
	p	0,016	0,162	0,717	0,023	0,454
IESR	r		-0,249		0,153	
	p	0,124	0,035	0,191	0,201	0,370

50. táblázat. Az egyes skálák együttjárása a művi abortuszhoz való viszonyt leíró változókkal

Magyarázó modellek

A következőkben azt vizsgáltam, hogy a mért változók közül melyek azok, amelyek befolyásolják az terhességmegszakítás kiváltotta distressz, illetve a poszttraumás növekedés mértékét, és azt, hogy az abortusz melletti döntését mennyire érzi helyesnek a megkérdezett.

Az 1. IES-R: Rövidített Események Hatása Kérdőív és 2. PTGI: Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív, illetve a 3. visszatekintve a művi abortuszra, mennyire érzi úgy, hogy jó döntést hozott kérdés alakulását magyarázó változók feltárására lineális regresszió analízist (stepwise) végeztem. A független változókat három-féle csoportosításban, majd összesítve is megvizsgáltam, a következő modellek kerültek meghatározásra:

Független változók: 1. IES-R 2. PTGI 3. DÖNTÉS

Függő változók csoportjai: 1. MÚLT 2. JELEN

A függő változók csoportjai a következőket tartalmazzák:

1. A művi abortusz elvégzésekor az életkörülményeket jellemző változók (MÚLT)
 - a. művi abortusz mellett való döntésben szerepet játszó tényezők (abortusz oka)
 - b. mennyi ideje történt a művi abortusz
 - c. társas támasz (hány forrásból kért ki véleményt pl. szülők, rokonok, barátok, munkatársak, stb.)
 - d. segítségkérés (igen/nem akart/nem tudott róla/nem volt rá szükség)
2. Az aktuális életkörülményeket, saját és általános abortuszhoz való viszonyt jellemző változók (JELEN)
 - a. tervez-e még gyermeket
 - b. visszatekintve: mennyire volt elég információja
 - c. visszatekintve: mennyire tekinti saját döntésnek
 - d. visszatekintve: mennyire biztos a döntésében
 - e. a művi abortuszban részt vevő nőket érő megbélyegzettség fokának megítélése

Magyarázó modellek:

Rövidített Események Hatása Kérdőív

A magyarázó modellek adatai a 51. táblázatban láthatók (l. a Mellékletekben).

A Rövidített Események Hatása Kérdőív esetében a JELEN változóival nem volt felállítható szignifikáns magyarázó modell (lineáris regresszió, stepwise).

A MÚLT változói közül 5 változó lépett be szignifikáns magyarázóerővel a modellbe, ezek hatásnagyságát az 52. táblázat mutatja, erő szerinti sorrendben.

Változó	β	t	p
nem akart segítséget	0,356	3,088	0,002
abortusz oka: fiatalkorú	0,348	3,233	0,003
igénybevett segítséget	0,296	2,612	0,011
abortusz oka: instabil kapcsolat	0,251	2,333	0,023
abortusz oka: munkahely	-0,235	-2,072	0,043

52. táblázat. Az IES-R x MÚLT magyarázó modell

A Poszttraumás Növekedés Kérdőív esetében a MÚLT és a JELEN változóival volt felállítható szignifikáns magyarázó modell. A MÚLT változói közül 3 változó lépett be szignifikáns magyarázóerővel a modellbe, ezek hatásnagyságát az 53. táblázat mutatja, erő szerinti sorrendben.

Változó	β	t	p
abortusz oka: családi támogatás hiánya	0,274	2,471	0,016
abortusz oka: nem akart gyermeket	-0,398	-3,345	0,001
nem akart senkivel beszélni a történekről	0,363	2,980	0,004

53. táblázat. *A PTGI x MÚLT magyarázó modell*

Minél inkább jellemző a személyre, hogy a családi támogatás hiánya befolyásolta a művi abortusz melletti döntéshozatalban, illetve minél kevésbé befolyásolta az, hogy nem akart gyermeket, továbbá minél inkább úgy érezte, hogy nem akar senkivel beszélni a történekről, annál inkább jellemző rá a poszttraumás növekedés magas szintje.

A JELEN változói közül egyedül a vallásosság lépett be szignifikánsan a modellbe, közepes hatóerővel magyarázva a független változó varianciáját (adj $R^2=0,336$). A modell alapján a vallásos személyekre jellemzőbb a magasabb poszttraumás növekedés ($\beta=0,601$, $t=3,759$, $p=0,001$).

Visszatekintve mennyire biztos abban, hogy jó döntést hozott?

A Döntéshozatallal való elégedettség kérdés esetében szintén mindjárt esetben (MÚLT, JELEN) felállítható volt szignifikáns magyarázó modell.

Változó	β	t	p
elég információja volt	0,661	6,274	<0,001
tervez a továbbiakban gyermeket vállalni	-0,591	-4,891	<0,001
abortusz ok: egzisztenciális biztonság hiánya	0,435	4,319	0,001
saját döntése volt	0,393	3,852	0,001
RAS	0,312	3,053	0,008

54. táblázat. *Döntéshozatallal való elégedettség x MÚLT magyarázó modell*

A MÚLT változói közül 2 változó hatása bizonyult szignifikánsnak, gyenge magyarázóerővel: Minél kevésbé jellemző a személyre, hogy a családi támogatás hiánya

($\beta=-0,357$, $t=-2,972$, $p=0,004$) befolyásolta a művi abortusz melletti döntéshozatalban, illetve minél inkább befolyásolta az, hogy nem akart gyermeket ($\beta=0,305$, $t=2,538$, $p=0,014$), annál inkább biztos abban, hogy jó döntést hozott.

A JELEN változói közül, azok a személyek, akik úgy ítélik meg, hogy visszatekintve elegendő információ állt rendelkezésükre a döntéshozatalkor ($\beta=0,706$, $t=4,685$, $p<0,001$), illetve nem terveznek a későbbiekben gyermeket vállalni ($\beta=-0,355$, $t=-2,355$, $p=0,027$), inkább biztosak a művi abortusszal kapcsolatos döntésük helyességében.

4.2.5 A hipotézisek ellenőrzése és megbeszélés

Az abortusz mint trauma

A K2 vizsgálati mintára vonatkozó eredmények megbeszélése előtt fontosnak tartom megjegyezni, hogy bár a vizsgálatok során a terhességmegszakítás jelenre gyakorolt hatásainak vizsgálatához a poszttraumás tünetek mérésére alkalmas Események Hatása Kérdőívet (IES-R) alkalmaztam, ez nem jelenti azt, hogy a művi abortuszt feltétlenül traumatizáló életeseménynek tekintem, mint ahogy azt sem, hogy a kérdőív eredményeiből a DSM értelmében vett poszttraumás stressz zavarra következtetnék. A minta célzottan pszichés tüneteket nem mutató nőkből állt, és az abortusz elvégzése óta legalább 8 hónap eltelt – ezek a tényezők nem indokolták a PTSD irányába történő vizsgálódást. Fontosnak tartottam ugyanakkor az abortusznak mint negatív életeseménynek a szubjektív hatását vizsgálni a kérdőív felvételének időpontjában, ez indokolta az eszközválasztást. Ennek megfelelően az IES-R összpontszámot mint a múltbéli terhességmegszakítás okozta distressz mértékét értelmeztem, és nem számoltam külön az emléketörés és elkerülés alkálák eredményeivel.

Az abortusz ugyanakkor lehet súlyosan stresszkeltő életesemény az egyén számára, és így az azzal való megküzdés eredményeképp a fejlődés, poszttraumás növekedés lehetőségét is hordozza.

A K2 kutatási szakaszhoz során elsősorban arra a kérdésre kerestem a választ, hogy melyek azok az abortusz-döntéshez kapcsolódó tényezők, amelyek leginkább befolyásolják egy múltbéli megszakított terhesség hatásait a pszichés alkalmazkodásra. A következőkben az eredményeket e változók mentén mutatom be.

Az abortusz-döntés oka

Feltételezésem szerint az, hogy egy nő milyen indokkal dönt az abortusz mellett, befolyással lehet a későbbi alkalmazkodására is (H 6.2). Az abortuszra vonatkozó döntés mindig egy egyedi élethelyzetben történik, és az azt kísérő érzelmi állapotot az abortusz választásának oka is befolyásolja. Ebből kiindulva gondoltam úgy, hogy a terhesség megszakításának indoka (vagyis az az élethelyzet, amiben egy nő a beavatkozás mellett döntött) hosszú távon is kihat az abortusz megélésére.

A válaszadóknál az abortusz leggyakoribb indoka a párkapcsolat nem stabil/nem biztonságos jellege volt, és ez egyértelműen rosszabb alkalmazkodással, az abortusszal összefüggő magasabb distressz-szinttel jár a jelenben. Hasonló hatással bír az abortusz feldolgozására az is, ha valaki fiatal korúként, illetve erre való hivatkozással szakíttatja meg a várandósságát (ez a minta nagyjából negyedére volt érvényes): a múltbéli abortusz negatív kihatása a jelenre ilyenkor fokozottan érvényesül. A fiatal életkor és a negatív pszichológiai következmények összefüggését számos korábbi vizsgálat is igazolta (Rue és mtsai, 2004).

Az anyagi-egzisztenciális okok miatt megszakított várandósságok, amelyek szintén gyakran fordultak elő a mintában (a megkérdezettek több, mint fele említette) a pszichés mutatókat szignifikánsan nem befolyásolták, de a döntéssel való elégedettséget igen: úgy tűnik, hogy az anyagi helyzet olyan ok, amely utólag is elfogadhatóvá teszi a nők számára az abortusz melletti döntésüket. Ehhez hasonlóan működik az is, ha valaki a munkahelye miatt nem tudja vállalni a terhesség kihordását, ez a körülmény a kérdőívfelvétel időpontjában az abortuszhoz kapcsolódó kisebb distressz-szintet eredményezett. Úgy tűnik tehát, hogy könnyebb elfogadni és feldolgozni a terhesség megszakítás akkor, ha annak hátterében a megélhetést, egzisztenciális biztonságot érintő (ilyen értelemben talán objektívebbnek tekinthető) ok van.

A poszttraumás növekedés kapcsán egy indokkal mutatkozott kapcsolat: azok tudnak leginkább a traumával való megküzdés révén fejlődni és utána magasabb szinten funkcionálni, akik azért választották az abortuszt, mert a családjuktól nem kaptak elég támogatást a várandósság kihordásához. A kis mintaelemszám miatt nem volt mód vizsgálni, hogy a poszttraumás növekedés melyik területén mutatkozik ez a változás, de feltehető, hogy ez az élethelyzet a személyes erő fokozottabb átélése révén vezetett a korábbi működési szint meghaladásához. Ezzel szemben az a helyzet, ha a nő azért dönt a művi vetélés mellett, mert nem akar gyereket, inkább gátlója a döntéssel való megküzdés révén átélhető személyes fejlődésnek.

Döntési autonómia

Az abortusz melletti döntés esetén érdemes megvizsgálni, hogy a nők mennyire autonóm módon hozták meg a döntésüket. Ez jelentheti azt, hogy mennyire érzik a döntést a sajátjuknak, másrészt azzal is összefügg, hogy milyen okok álltak az abortusz választásának hátterében, vagyis hogy inkább saját elhatározásból vagy valamilyen külső kényszer hatására dönt valaki. További szempont lehet, hogy rendelkezik-e a nő megfelelő információkkal a döntési helyzetben. Előzetes várakozásaim szerint azok tudnak jobban azonosulni a saját múltbéli döntésükkel, akik sajátjukként értékelik azt (H 6.3). Ez azért is fontos, mert ha a nő úgy érzi, hogy döntését valamilyen külső nyomás hatására hozta meg, az az abortusz utáni mentális egészségromlás kockázati tényezőjének tekinthető (APA TFMHA, Major és mtsai, 2008).

A mintába került nők általában úgy vélték, az abortusz-döntés inkább a sajátjuk volt (az átlagérték 8 felett volt, ahol a 10 jelentette azt, hogy maxiálisan saját magának tulajdonítja valaki a döntést).

Az eredmények szerint visszatekintve azok érzik úgy, hogy jó döntés hoztak, amikor a terhességüket megszakították, akik a döntést sajátjuknak érzik, vagyis a döntéshelyzetben megélt autonómia a döntés utólagos elfogadását eredményezi. Ez egybecseng Kimport és munkatársainak eredményeivel (2011), amely szerint a terhességszakítás utólagos megbánása gyakoribb akkor, ha a nő úgy érzi, nem saját indíttatásból döntött az abortusz mellett.

A művi vetélés okát tekintve a korábban belsőként megjelölt tényezőket gondoltam olyannak, amik a döntési autonómia magasabb szintjét feltételezik, vagyis e helyzetekben a nő nem valamilyen külső presszió hatására hozza meg a döntését. (Ezek: a tervezett abortusz indoka az, hogy a nő nem szeretne (több) gyereket, vagy mert már van, vagy az életkora miatt, vagy egyáltalán nem szeretne gyereket vállalni). A fenti okok és a döntéssel való elégedettség között nem tudtam statisztikailag érvényes összefüggéseket igazolni. További kutatásokban érdemes volna az abortusz-döntés mögött álló okokat az autonóm döntés/külső nyomás mentén is vizsgálni.

Végül a döntés sajátként megélése erős összefüggést mutatott azzal, hogy mennyire érezte úgy a személy, hogy a döntéséhez elég információ állt rendelkezésére. A mintába kerültek átlagosan úgy ítélték meg, hogy rendelkeztek a szükséges információkkal (az átlagérték itt is 8 fölött volt). A kapott eredmények szerint a megfelelő információ rendelkezésre állása a döntéshez a legerősebb magyarázó tényezője annak, hogy az abortuszt utólag megfelelő döntésként tudják értékelni az érintettek.

A döntés elfogadását vizsgáltomban csak a jelen idő vonatkozásában néztem, vagyis arra nem terjedt ki a kutatás, hogy az abortusz elvégzésekor mennyire érezte magát biztosnak a nő a döntésében, és ez befolyásolja-e a jelenben annak megélését és értékelését. Azt azonban korábbi kutatási eredményekből tudjuk, hogy a döntéssel való elégedetlenség rövid távon is a negatív érzelmi reakciók megjelenésének nagyobb valószínűségével jár együtt (Shusterman, 1979).

A párkapcsolat minősége

Feltételeztem, hogy a párkapcsolat minősége az egyik olyan tényező, amely befolyásolja az abortusz feldolgozását, vagyis az elégedettséget nyújtó párkapcsolat olyan közeget jelent, ahol a negatív életesemények (abortusz) hatékonyabban feldolgozhatók (H 6.1).

A kapott eredmények szerint a párkapcsolati elégedettség fontos magyarázóváltozója a döntéssel való elégedettségnek. Úgy tűnik, hogy akik stabil és biztonságot nyújtó kapcsolatban élnek a jelenben, azok a múltbeli abortusz-döntésüket is jónak tudják értékelni. Emellett azok a nők, akik elégedettek a párkapcsolatukkal, az abortusz kapcsán kevésbé intenzív szubjektív stresszről számolnak be. A magasabb párkapcsolati elégedettség az észlelt énhatékonyság magasabb szintjével is együtt jár, ami szintén segíti a negatív életesemények feldolgozását. Az énhatékonyság önmagában is erős bejósolója az abortusz utáni alkalmazkodásnak (Cozzarelli, 1993), és együttjárása igazolt a párkapcsolati elégedettséggel (Major és mtsai, 1990).

Ezzel szemben az a (mintában a leggyakoribb) helyzet, ha a nő terhességét a kapcsolat instabilitása vagy biztonságot nem adó jellege miatt szakította meg, a jelenben is magasabb szubjektív stressz-értékekkel jár együtt. Feltehető, hogy ezekben a helyzetekben a feldolgozást a partnertől kapott támogatás hiánya is nehezíti, ami fontos rizikófaktor a művi abortusz utáni kedvezőtlenebb pszichés állapotnak (Major és mtsai, 2008). Másrészt a párkapcsolati okokból meghozott abortusz-döntések gyakran fokozott ambivalenciával terheltek, ami szintén magasabb distresszel járhat, akár hosszú távon is (van Ditzhuijzen, Brauer, Boeije és van Nijnatten, 2019).

Gyermekvállalásra vonatkozó tervek

A gyermekvállalással kapcsolatban három különböző tényezőt vizsgáltam: egyrészt a gyermekvállalás mint cél fontosságát, másrészt azt a helyzetet, ha az abortusz

oka az volt, hogy a nő akkor nem akart gyereket vállalni, valamint azt, hogy a megkérdezett a későbbiekben tervez-e még gyermeket szülni (H 6.4.).

A gyermekvállalás mint cél fontossága részben szakirodalmi adatok (Faden és mtsai, 1983; Miller, 1994), részben saját kutatásom eredményei alapján is erősen befolyásolja az abortuszról való gondolkodást. A terhességüket a korábbiak során megszakító nő mintáján a gyermekvállalást nagyon fontos vagy a legfontosabb célnak tartja életében a megkérdezettek közel 80%-a. Ez a változó sem a klinikai skálákkal nem mutatott szignifikáns összefüggést, sem az abortusz jelenre gyakorolt negatív hatásait vagy az abortusszal való megküzdéssel összefüggő növekedést nem magyarázza. A gyermekvállalás mint cél befolyásoló hatását tehát nem tudtam igazolni a mintámon.

Amint azt az okok kapcsán már említettem, az az élethelyzet, ha a terhességét a nő azért szakítja meg, mert nem akar gyereket, a poszttraumás növekedés kisebb mértékével jár együtt. Az ilyen okból meghozott döntést ugyanakkor a nők a jelenben is megfelelőnek tartják. A két eredmény összekapcsolásával feltételezhető, hogy a gyermekvállalás szándékának hiánya miatt az abortusz ezekben az esetekben kisebb stresszt okoz, és emiatt nem vezet az azzal való megküzdés növekedéshez.

Ha a nő a későbbiekben még tervez gyermeket vállalni (vagyis reprodukív életszakaszát nem tekinti lezártnak), az a múltbeli abortusz-döntés kapcsán kisebb biztossággal jár annak helyességét illetően. Azokban a helyzetekben tehát, amikor a nő jövőbeli tervei között szerepel, hogy gyermeke legyen, egy múltbeli terhesség megszakítása kevésbé elfogadható a számára. Ez feltehetőleg összefügg azokkal a félelmekkel, hogy a gyermekvállalási tervek – esetleg épp az korábbi abortusz következményeképp – nem valósulnak meg (van Ditzhuijzen és mtsai, 2019; Sz. Makó, 2014b).

Az abortusz szándékának megosztása és segítségkérés abortusz után

Azt vártam, hogy azok, akik nem osztották meg a terhességük megszakítása előtt szándékukat másokkal, és azok, akik a beavatkozás után nem kértek szakmai segítséget a történetek feldolgozásához, kedvezőtlenebb pszichés állapotot mutatnak a kérdőív felvételének idejében (H 6.5.).

Az abortusz-döntés idején a megkérdezettek túlnyomó többsége (3 fő kivételével a teljes minta) legalább egy ember (döntően az apa) véleményét kikérte a tervezett döntés kapcsán. Az igénybevett külső segítség azonban statisztikailag nem befolyásolta a jelenbeli alkalmazkodást. (Ettől még természetesen a döntés helyzetében ez a fajta társas támasz segíthetett a distressz mérséklésében.) Érdekes eredmény, hogy csak hárman

beszélték meg az abortuszra vonatkozó szándékukat az orvosukkal, holott a kezelőorvos beavatása, a vele történő konzultáció hatékonyan csökkenti a depressziós tünetek valószínűségét a beavatkozás után (Sz. Makó, 2014b).

Az abortusz után tíz válaszadóból egy vett igénybe szakmai segítséget, a többség nem érezte ezt szükségesnek, illetve nem akart szakemberrel beszélni a történeteikről. Az eredmények szerint az, ha a személy nem akart külső segítővel beszélni a történeteikről, a poszttraumás növekedés nagyobb mértékével jár együtt. A növekedés ez esetben talán coping-stratégiaként értelmezhető, amennyiben a stresszes életeseményhez való adaptáció saját erőforrásból történik, és személyes fejlődést eredményez.

Az abortusszal összefüggő stressztüneteket tekintve (IES-R) az eredmények szerint azok, akik akartak külső segítséget igénybe venni, szignifikánsan magasabb distressz-mutatókkal bírnak, vagyis az esemény feldolgozása feltehetőleg kevésbé történt meg, az a jelenre intenzívebben kihat. Hasonlóan intenzívebb az abortusszal kapcsolatban megélt stresszreakció azoknál, akik igénybevettek segítséget. Ezt magyarázhatja az, hogy az esemény után azok fordultak inkább szakmai segítséghez, akik számára az abortusz feldolgozása nehezebb, megterhelőbb vagy maga a döntés fájdalmasabb volt, ám úgy tűnik, hogy ez a segítség nem volt elégséges/hatékony, esetleg a szakmai segítség folyamata még nem zárult le.

Az abortuszhoz való alkalmazkodásra vonatkozóan nem tudtam statisztikailag érvényes összefüggést kimutatni a vizsgált tényezők közül sem az életkor, sem az abortusz óta eltelt idő, sem a gyermekek száma vonatkozásában. Szintén nem találtam befolyásoló tényezőnek az abortusz-szabályozásra vagy az abortusszal járó megbélyegzésre vonatkozó elképzeléseket.

Összegzés

A bemutatott vizsgálat eredményei alátámasztják azokat az elképzeléseket, amelyek szerint az abortusz olyan negatív életeseményt jelent, ami hosszú távon is kedvezőtlen hatást gyakorolhat az érintett nőre. Kutatásomban igyekeztem az abortuszra irányuló döntés egyes aspektusait körüljárni, és azt vizsgálni, hogy a döntés mely jellemzői azok, amelyek a későbbi pszichés alkalmazkodást befolyásolják. Eredményeim szerint a döntés kapcsán megélt autonómia, vagyis a döntés sajátként való megélése segíti, hogy azzal a nő akár évek távlatából is tudjon azonosulni, vagyis döntésében utólag

is biztos legyen. A döntés elfogadásában ugyanakkor lényegi szempont az is, hogy a döntés időszakában minden szükséges információ az érintett rendelkezésére álljon.

Az abortusz mögött álló okokat tekintve azok a legnehezebben feldolgozható abortuszok, ahol a párkapcsolat elégtelensége motiválja a terhesség megszakítását. Úgy tűnik tehát, hogy a párkapcsolat minősége nem csak a beavatkozás előtt, de hosszú távon is fontos eleme a terhességmegszakítással való megküzdésnek, amennyiben segíti a történetek feldolgozását, és az ahhoz társuló szubjektív stressz csökkentését.

Más esetekben, amikor a nők a megélhetésük, egzisztenciális helyzetük szempontjait mérlegelve választják a terhesség megszakítását, a döntés könnyebben feldolgozhatónak tűnik, talán azért, mert érzelmileg kevésbé telített helyzetet jelent, mint ha párkapcsolattal összefüggő ok miatt mond le a nő a várandósság kihordásáról.

Különösen intenzív a múltbéli abortusz hatása a jelenre akkor, ha a nő még tervez gyermeket szülni – a tervekben szereplő gyermekvállalás olyan tényező lehet, amely az abortusz feldolgozását megnehezíti.

A mintába került nők a döntésük előtt kikérték arról mások (partner, hozzátartozók, orvos) véleményét, de az abortusz után jellemzően nem vettek igénybe segítséget. Ennek kapcsán azt látjuk, hogy azok a nők, akik saját erőforrásaikat felhasználva megküzdnek az abortusz okozta stresszel, a korábbi funkcionáláshoz képest fejlődést is mutathatnak (poszttraumás növekedés). Van azonban egy csoportja az abortusz után lévő nőknek, akinek az abortusszal összefüggő distressz-szintje (akár évekkel a beavatkozás után is) emelkedett, számukra feltehetőleg hasznos volna a feldolgozás támogatásához szakember segítségének igénybe vétele.

A kutatás limitáció közé tartozik a kis mintaelemszám, ami megakadályozta egyes statisztikai próbák elvégzését. Ez különösen az abortusz óta eltelt idő hatásának pontosabb elemzése miatt lett volna fontos. A mintában a felsőfokú nők a népességhez képest felülreprezentáltak, amely befolyásolhatta az eredményeket (a partner megjelölése az abortusz okaként például szignifikánsan jellemzőbb erre a csoportra, mint az alacsonyabb iskolázottságú nőkre; Chibber és mtsai, 2014). Kutatási elrendezésünkben retrospektíve vettem fel adatokat a korábbi abortuszra vonatkozóan, ez szintén disztorzív hatású lehet.

5. ABORTUSZ-REPREZENTÁCIÓK ÉS ABORTUSZ-STIGMA A HAZAI ONLINE MÉDIÁBAN

A művi abortusz pszicho-szociális vetületeit tág kontextusban feltárni kívánó kutatásom harmadik elemében az abortusz-reprezentációkat, és kitüntetetten az abortusz-stigma megjelenését vizsgáltam online hírportálok és női magazinok szövegeiben. A nemzetközi szakirodalomban számos, az abortusz médiareprezentációit és a stigmatizáció médiához köthető megjelenési módozatait vizsgáló tanulmány jelent meg az elmúlt tíz év során (l. pl. Purcell és mtsai, 2014), ám tudomásom szerint magyar nyelven még nem készült hasonló elemzés. Mivel kutatásom elvi alapja, hogy az abortusz (és általában a reprodukcióra vonatkozó kérdések) nem érthetők meg a társadalmi szintű összetevők, így az adott populációban jellemző diskurzus, érvényes reprezentációk ismerete nélkül, fontosnak vélem e téren a magyarországi viszonyok feltárását és bemutatását. 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 választottam ki.

A lengyel kormány 2016-ban egy olyan, civil életvédő szervezet által benyújtott, az abortusz szabályzásának szigorítását célzó javaslatot tárgyalt, amely az abortusz minden formáját tiltotta volna, valamint az ahhoz folyamodó nők és a terhességmegszakítást végző orvosok büntethetőségét is kilátásba helyezte. 2016 októberében a kormány végül elvetette a szabályozás szigorítását, és továbbra is az 1993-as abortusztörvényt hagyta érvényben. A törvénytervezetre Lengyelországban és Európa-szerte tüntetésekkel reagáltak, az életpárti és választáspárti oldalon egyaránt. A 2016 áprilisában kezdődő, majd ősszel folytatódó, a lengyel abortuszsabályozást szigorító törvénytervezet elleni és melletti tüntetések világszerte, így Magyarországon is nagy érdeklődést keltettek, ami által egy alapvetően ritkán tárgyalt téma, a művi abortusz is a média figyelmének homlokterébe került.

5.1 Kutatási kérdés, módszer, minta

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.

E kérdés vizsgálatát azért tartom fontosnak, mivel a termékeny életszakaszukban levő nők ennek a diskurzusnak a terében alakítják ki elképzeléseiket, hozzák meg döntésüket terhességük vállalásáról vagy megszakításáról. Ez tehát egy olyan élethelyzet, ahol a társadalmi és szocio-kulturális tényezők, azon belül is a tudáskörnyezet jelentős befolyással bír az egyén választásaira. A kutatás kiemelt kérdése ezért, hogy a szövegek állításai mennyire állnak szinkronban a kurrens szakirodalom eredményeivel⁹, valamint, hogy az abortusz-stigma komponensei jelen vannak-e a vizsgált cikkekben.

Az elemzést kvalitatív módszer alkalmazásával végeztem, mivel ezt véltem leginkább alkalmasnak a szóhasználat és megfogalmazás révén megjelenő mintázatok felismerésére és azonosítására a diskurzusban (Miles és Huberman, 1984). A vizsgálathoz az értelmezéseket befolyásoló ideológiai, politikai, gazdasági és társadalmi tényezők megértését is lehetővé tevő kritikai elméleti keretrendszert használtam (Calhoun és Karaganis, 2001), és a konszenzuális kvalitatív kutatás (Hill, Thompson és Williams, 1997) elemeit felhasználva az összegyűjtött szövegeken tartalomelemzést végeztem.

A kutatás első fázisában a cikkeket tematikus elemzéssel (Braun és Clarke, 2006) vizsgáltam, és az adatokat a szövegekben azonosított témakörök, mintázatok által strukturáltan elemeztem. Az elemzés első lépését a kódolási kategóriák kialakítása jelentette, amely két lépcsőben történt: a kódok egy részét deduktív módon, a művi abortuszt övező stigmatizációval kapcsolatos szakirodalmi adatok áttekintésével hoztam létre, amelyeket azután többszörös olvasási fázis során induktív kategóriákkal egészítettem ki (Braun és Clarke, 2006). A kódok egységei a szavaktól a teljes bekezdésekig terjedtek. A kódolást a kódkönyv alapján két kódoló végezte, eltérő vélemény esetén külön egyeztetéssel jött létre a végleges kód (Ittész, Ehmann és Szabó, 2004). A kódolás lényegileg az adatok redukálását és a főbb tartalmi szálak kiemelését célozta (elsősztintű kódolás). A kódokat azután a köztük lévő kapcsolatok, logikai összefüggések stb. alapján összevontam, és ilyen módon az egyes témákat lefedő

⁹ Jelen kutatásban azt a korábbiakban ismertetett álláspontot követtem, miszerint a művi abortusz nem vezet általánosan vagy szükségszerűen a nők mentális egészségének romlásához, az abortuszt követő negatív pszichés következmények gyakran egyéb predispozíciók következményeként jelennek meg (Steinberg & Rubin, 2014). Mindemellett fontos leszögezni azt is, hogy számtalan módon élhetik meg a nők művi abortuszukat, a traumatikustól kezdve akár a pozitív élményekig (APA TFMHA; Major és mtsai, 2008).

kódcsaládokat kaptam, amelyek az elemzés alapját képezték (másodszintű kódolás; Miles és Huberman, 1984).

Az elemzés során elsődlegesen nem az ok-okozati kapcsolatok feltárására törekedtem, hanem a leírason alapuló megértés volt a cél, vagyis: „a diskurzusban megjelenő alternatív tudatformáknak, az őket alkotó kijelentések rendszerének, az általuk hordozott kimondatlan előfeltevéseknek, valamint az ezeket megjelenítő szereplőknek az azonosítása” (Glózer, 2007, pp. 263).

Az abortusz-stigma kapcsán kvantitatív elemzést is végeztem, amelynek során azt vizsgáltam, hogy az azonosított témák az összes elemzett cikk mekkora hányadában jelentek meg.

A kutatáshoz a vizsgálandó cikkeket a 2016. április és 2017. július közötti időszakból gyűjtöttem, mivel a lengyel abortusztörvény kapcsán ebben az időszakban jelent meg jelentős számú publikáció a magyar online médiában. A szövegek forrásaiként az adott időintervallumban legolvasottabb 50 internetes oldalt használtam. Az olvasottságot a Digitális Közönségmérési Tanács olvasottsági adatbázisa (OLA) használatával, a „real user”¹⁰ mutató alapján felállított sorrend szerint értelmeztem. Az 50 oldal közül azok kerültek be az elemzésbe, amelyeken az alábbiakban bemutatott keresési eljárással legalább egy cikket találtam. Ezen oldalak egy része általános közéleti portál, más részük online női magazin volt. A cikkek kereséséhez a honlapok saját kereső motorját, illetve a www.google.hu keresőmotort vettem igénybe. A keresőszavak az „abortusz”, „terhességmegszakítás”, „lengyel”, „tüntetés”, „törvénytervezet”, „tiltakozás”, „Lengyelország” voltak. Az elemzésbe végül 17 internetes oldalról¹¹ összesen 105 cikk (szószám: 59.940) került be. A szövegek típusai (hír, vezércikk, kommentár stb.) között nem tettem különbséget. A szövegtörzshöz a cikkekhez fűzött kommentek nem kerültek be.

Az elemzéshez az ATLAS.ti 6.2-es kvalitatív adatelemző szoftvert használtam.

¹⁰ real user: azok a felhasználók, akik a megadott időszakban a kiválasztott webhelyet meglátogatták (legalább egy oldalletöltést kezdeményeztek). Ez a mutató a felhasználó személyek számára utal, nem a számítógépekére, a cookie-k számára vagy az IP címek számára.

¹¹ index.hu, origo.hu, nlcafe.hu, blikk.hu, 24.hu, hvg.hu, 444.hu, borsonline.hu, szeretlekmagyarorszag.hu, life.hu, vs.hu, divany.hu, napi.hu, hirado.hu, mno.hu, rtl.hu, faktor.hu

5.2 Eredmények bemutatása

A következőkben a vizsgálat eredményeit két csoportra bontva mutatom be, előbb a média-tartalmakban megjelenő abortusz-reprezentációkat, majd az abortusz-stigma kifejeződési formáit tárgyalva.

5.2.1 Abortusz-reprezentációk a vizsgált cikkekben

Az elemzés során azt vizsgáltam, hogy hogyan írható le az a fogalmi keret, amelybe az online sajtóban megjelent cikkek elhelyezik a művi abortusz kérdéskörét, és jellemzően milyen tartalmakkal asszociálják azt, mivel ez a fogalmi tér fogja alakítani az olvasó képzettársításait, és így véleményalkotását is.

A szövegek tematikus elemzésével azonosított nagyobb témák a következők:

1. A művi abortusz mint társadalmi/demográfiai kérdés
2. Az abortusz-szabályozás
3. Abortusz attitűdök: az abortuszháború
4. Az abortusz mint (testi) önrendelkezés
5. Az abortusz-döntés
6. A művi abortusz okai
7. Az abortuszt választó nők
8. Az abortusz következményei
9. Az abortuszhoz társuló asszociációk

A következőkben e fő témák mentén mutatom be a jellemző abortusz-reprezentációkat, az elemzett cikkekből példákat hozva azok illusztrálására.

1. A művi abortusz mint társadalmi/demográfiai kérdés

A társadalmi diskurzus részét képezi az az érvrendszer, amely az abortuszsabályozást a népességszám befolyásolásának eszközeként tekinti: abortuszok számának növekedését a népességfogyással, csökkenését a népesség növekedésével köti össze. A cikkek erre a demográfiai keretezésre gyakran hivatkoznak ugyan, de jellemzően elutasítják. Ismétlődően megjelenik az a történelmi utalás, miszerint múltban (jellemzően a Ratkó-korszakban) már volt példa régióinkban a népességszám növekedését célzó szigorú

abortuszsabályozás bevezetésére, az intézkedés azonban az illegális, nem biztonságos abortuszok számának radikális növekedését vonta maga után.

„Demográfiai növekedést várhatóan nem eredményezne a javaslat, csak az illegális magzatelhajtások, a születési halálozások száma és az abortuszturizmus növekedne.” (index.hu)

Ez a keretezés a művi abortuszt társadalmi szinten értelmezi, és ennek megfelelően a terhességmegszakítások számának csökkenését is társadalmi szintű beavatkozás formájában képzei el - például a fogamzásgátlás elérhetővé tétele és/vagy a szexuális nevelés gyakorlatának fejlesztése révén.

Több cikkben tematizálódik az is, hogy a terhességmegszakítás szabályozásáról csak az adott társadalmi kontextus figyelembevételével lehet érvényes állásfoglalásra jutni.

„Lengyelországban ez a kérdés történelmileg sokkal mélyebb és politikailag összetettebb, mintsem, hogy azt bárki jó és rossz harcára egyszerűsíthetné, vagy hogy azt általánosítva az egész katolikus egyházra, és minden keresztény emberre kiterjeszthetné” (hvg.hu)

2. Az abortusz-sabályozás

Általában véve elmondható, hogy a vizsgált cikkek között egy sem volt, ami a lengyel törvénytervezettel szimpatizált volna, azt jellemzően embertelen, kegyetlen, túlzó intézkedésként írják le, és a fókuszba inkább a tiltás potenciálisan káros hatásai, negatív következményei kerülnek.

Több helyen említik, hogy maga a lengyel parlament és a lengyel katolikus hívők is megosztottak a törvénytervezettel kapcsolatban. Ezzel összefüggésben az is megfogalmazódik, hogy az abortusztól nem csak polarizált módon, pro vagy kontra érvek mentén lehet gondolkodni: attól még, hogy valaki alapvetően ellenzi az abortuszt, nem feltétlenül ért egyet a teljes tilalommal, illetve aki ellenzi az tiltást, azt nem feltétlenül támogatja az abortuszt vagy annak teljes liberalizációját:

„bár a lengyelek döntő hányada elítéli az abortuszt, a szigorítással csak elenyészően kevesen értenek egyet” (blikk.hu)

„Amikor arról beszélünk, hogy itthon megengedő a szabályozás, azt nem szabad azzal összemosni, hogy a magyar rendszer "bátorítana" az abortuszra: egyszerűen csak arról van szó, hogy nem zár el tőle.” (divany.hu)

Az abortusz erkölcsi és morális kérdésként, dilemmaként is felmerül:

„Mindazonáltal az abortuszhoz való jog nem kezelhető egyszerű szabadságjogként, és senki nem is kezeli annak. Érzelmi kérdés, filozófiai, teológiai, politikai, erkölcsi dilemma, amelyről szinte mindenkinek végletes véleménye van, amelyet a neveltetés, vallási vagy politikai meggyőződések és nem utolsósorban az élet eseményei alakítottak.” (mno.hu)

A morál kérdése leginkább az abortuszt végző orvosokra vonatkoztatva kap említést: erkölcsi dilemmát jellemzően azoknak az orvosoknak tulajdonítanak, akik lelkiismeretükre hivatkozva utasítják el a terhességmegszakítás elvégzését. Egy helyen találtam olyan utalást, hogy az erkölcsi felelősség a nőkön való „segítésként” is értelmezhető, vagyis az abortusz elvégzése is lehet morálisan elfogadható cselekedet.

Bár a szövegekben az abortuszt alapvetően legitim orvosi beavatkozásként kezelik, a medikális keretezés – miszerint az abortusz elérhetősége egy egészségügyi kérdés, amely a nem biztonságos abortuszok számának csökkenését eredményezi – mégis csak elvétele jelenik meg.

3. Abortusz-attitűdök: az abortuszháború

Bár a cikkek reflektálnak arra, hogy az, ahogy az abortuszból vélekedünk, az egyén meggyőződéseinek, gondolkodásmódjának, tapasztalatainak függvénye, a szövegeket leggyakrabban az életvédők és nők, nőjogi aktivisták szembenállása tematizálja. A polarizáltság megjelenítésében a teljes tilalommal kapcsolatos egyházi és kormányzati álláspontok, illetve a tüntetők véleménye a legtöbbször előforduló elemek. Az ellentétek kapcsán gyakori a militáns, háborús szóhasználat:

„az abortusz harcos ellenfele” (hvg.hu)

„a kormányzó párt új frontot nyithat a társadalom átformálásában” (hvg.hu)

„amikor az abortusz ellen emelünk szót, valóban a születendő gyermek életéért harcolunk” (hvg.hu)

„az abortusz elleni harcban a puhább, erőtlenebb taktikák már nem működnek” (rtl.hu)

A szembenállás olyan módon is megjelenítődik, hogy mindkét fél elszántan és eltántoríthatatlanul „mindent megtesz” a saját elvei vagy érdekei képviselésére: a terhességet kihordani nem szándékozó nők annak megszüntetéséért (beleértve az illegális

abortuszt is), a lengyel kormány és az életvédők pedig „*az emberi élet védelmének érdekében*” képesek bármire. A konnotáció egyértelműen negatív: olyan aktusokról van itt szó, amelyeknél a cél szentesíti az eszközt.

Egy véleménycikk szerzője egy helyütt reflektál erre a megosztottságra – maga is a militáns szóhasználatot követve:

„Ki kellene végre szállni «a magzat élethez való joga» kontra «a nő választási joga» kifejezésekkel felcímkézett lövészárkokból, amelyekben a nő és születendő gyereke egymás ellenségének van beállítva.” (mno.hu)

Néhány, jellemzően női portálon fellelt, az abortusztilalomról szóló véleménycikk hangneme kifejezetten indulatos, nyelvezete érzelmileg túlfűtött, helyenként akár szitkozódó. Ezekben az írásokban visszatérő téma a döntéshozó férfi politikusok ostromozása, egyben a női és férfi szembenállás hangsúlyozása a téma kapcsán:

„Na ehhez tényleg csak lassan tapsolva lehet gratulálni, mielőtt csendben elsírnánk magunkat a tehetetlen düh érzésétől. Ti szerencsétlen, többségben férfi okostojások, igen, hozzátok beszélek, kedves döntéshozók, akik megálmódítotok ezt az érfalrepszto baromságot! Nagyon tetszik, amit a narancssárga örvölt csinál az Atlanti-óceán túloldalán, ugye? Ahogy döntött a nők testéről, az is klassz, ugye? Hát, mekkora férfi, hogy megmondta, hogy ki mit csinálhat és mit nem csinálhat a saját testével.” (nlcafe.hu)

4. Az abortusz mint (testi) önrendelkezés

A női portálokon és a híroldalakon egyaránt megjelenik az abortusz emberi jogi keretezése, amelyben az abortusz tiltása a nők jogainak semmibe vételeként, és főként a nők saját testükkel kapcsolatos önrendelkezési jogának megsértéseként értelmeződik.

„Akit pedig a teste és sorsa fölötti rendelkezésben korlátoznak, azt abban korlátozzák, hogy saját személye fölött döntsön. Ha egy állam megtiltja a legális abortuszt, azzal a nőket alapvető emberi jogaiknak gyakorlásától fosztja meg.” (divany.hu)

„megfosztaná a nőket a testük, végső soron pedig a saját sorsuk fölötti rendelkezéstől, egyszerű «szülőgéppé» degradálva őket” (blikk.hu)

Ezekben a cikkekben úgy érvelnek, hogy a terhesség a nő testében zajló folyamat, így az abortusszal kapcsolatban a döntés, a választás joga őt illeti: „*az én testem az én választásom*”.

A cikkek másik csoportjában, ahol az abortusz kérdése szintén ab ovo női témaként jelenik meg, a hangsúly inkább mások (leginkább a férfiak) érintettségének elvitatására és szempontjainak kizárására kerül:

„az abortusznak két áldozata van: a nő és a gyereke” (mno.hu)

„senkinek semmi köze hozzá, mert ez a nő saját döntése” (nlcafe.hu)

“Ez a döntés ugyanis kizárólag egyetlen emberé: azé, akinek a testéről és az életéről szó van.” (nlcafe.hu)

„egyáltalán hogyan lehetséges, hogy ilyen kérdésekbe bármelyik férfinak egyáltalán beleszólása van?” (nlcafe.hu)

A férfiak csoportja több helyen is döntéshozó politikusokként nevesítődik, akik, minthogy szülésre nem képesek, nem jogosultak beleszólni az abortusszal kapcsolatos kérdésekbe:

„egyszerűen nem szabad engedni, hogy meglelt korú férfi politikusok mondják meg, mit tehetnek a nők a saját testükkel” (life.hu)

5. Az abortusz-döntés

Az önrendelkezés kapcsán felmerül az a kérdés is, vajon döntenek, dönthetnek-e a nők autonóm módon terhességük megszakításáról. A vizsgált cikkekben azokban esetekben, amikor a nők döntését hangsúlyozó megfogalmazást találunk, ezzel együtt gyakorta az is megjelenítődik, hogy a döntés valamilyen szükségszerűség, kényszer következménye, vagyis ilyen értelemben csak látszólagos az autonómia:

„Tisztában vagyok azzal, milyen nyomás készítette őket erre a döntésre” (nlcafe.hu)

„egyetlen nő sem jószántából dönt az abortusz mellett” (life.hu)

„Szabad választásról úgyis bajosan beszélhetünk – a minket megkeresők többsége vagy súlyos nyomás vagy információ-hiány következtében döntött az abortusz mellett.” (mno.hu)

A cikkek más részében inkább a nő passzív szerepe kap hangsúlyt, akár a helyzet kialakulása, akár annak megoldása kapcsán:

„azok a nők mennek börtönbe, akiknek becsúszott egy terhesség” (nlcafe.hu)

“bajba került lányok és asszonyok” (napi.hu)

„az illegális magzatelhajtásokkal együtt nagyjából 150 ezer terhességmegszakítást hajtanak végre lengyel nőkön” (mno.hu)

“kinek könnyű kórházi hálóingben magasra feltett, leszíjazott lábbal várnia, hogy kiürítsék”? (mno.hu)

A nők valódi, aktív szerepvállalása inkább az illegális abortuszok választásának kapcsán, illetve a gyermek „megölésének” vonatkozásában jelenik meg:

„a magzatuktól megszabadulni akaró nők kénytelenek voltak tömegesen illegális módszerekhez és sokszor nagyon is veszélyes házi praktikákhoz fordulni” (nlcafe.hu)

„a gazdagabb réteg más országokban intézi el, ha szüksége van rá, a szegényebb réteg pedig élete kockáztatásával házi módszerekkel igyekszik véget vetni a terhességnek” ” (nlcafe.hu)

6. A művi abortusz okai

A terhesség megszakítására irányuló döntés kapcsán felmerül kérdés, hogy melyek azok az okok, amelyek miatt a nők az abortuszt választják. Amikor a várandósságról való lemondás lehetséges indokairól általában véve van szó a cikkekben, megjelenik a téma több szempontú, az egyéni élethelyzetet mint a döntés kontextusát is figyelembe vevő megvitatása. Van, ahol hangsúlyozzák az élethelyzet összetettségét, bár azt már nem fejtik ki, miből áll ez az komplexitás. Egyes cikkekben rámutatnak arra, hogy a nők különböző okokból és körülmények között választják az abortuszt.

„A nők számára viszont, akik akaratuk ellenére teherbe esnek, ez nem elvi, hanem gyakorlati, és nem általános, hanem egyéni kérdés. Olyan kérdés, amire nem elvont eszmék, hanem a saját élethelyzetük alapján kénytelenek választ adni” (divany.hu)

„A nők azért választják ezt a megoldást, mert átgondolták, és arra jutottak, hogy a jövőbeli gyereket nem képesek felelősségteljesen felnevelni. Vagy már van gyerekük, vagy egyedül vannak, vagy a férjük beteg, de nem megy, egyszerűen MOST nem tudják vállalni” (life.hu)

A döntés okaként a fentiek mellett a tudatlanság, illetve a magzat elvetetése irányába ható presszió nevesítődik.

7. Az abortuszt választó nők

Az abortusz kapcsán következetesen előtérbe kerülő női szerep az anyaság. Gyakori, hogy a terhességük megszakítását kérvényező nőkre a cikkekben anyaként hivatkoznak (és nem csak azokban az esetekben, ahol az orvosi indikációjú abortuszra az „anya életveszélye esetén” fordulattal utalnak).

„Ezért ők is azt vallják: bár minden lehetséges eszközzel el kell kerülni a terhességmegszakítást, ha azonban erre még sincs mód, akkor az anya számára legbiztonságosabb, testileg-lelkileg legkevésbé megterhelő utat támogatják.”
(divany.hu)

„Ahogy a technológia és a tudomány fejlődött, az abortusz egyre kisebb veszélyt jelentett az anya életére.” (index.hu)

Az abortusz gyakran úgy tematizálódik, mint az anyaság elutasítása vagy el nem fogadása:

„Oda kellene állni a többnyire komolyan vívódó nő mellé, és ítélkezés vagy moralizálás helyett abban segíteni, hogy elfogadja az anyaságát” (mno.hu)

Máshol a gyermekvállalás mint ideális helyzet, a várandósság mint „csodás időszak” (life.hu) jelenik meg, amit a nők szeretnének, de nehéz körülményeik miatt nem tudnak vállalni.

Az anyaság a fentiekén túl a kényszerterhességek (nem kívánt, de a szabályozás miatt nem elvetethető magzatok kihordása) kapcsán jelenik még meg, ezekben az esetekben az anyai szerep nem idealizált, a „kényszerű anyává válás” (mno.hu) inkább nehéz teherként tételeződik:

„Tényleg azt hiszik, hogy az anyja majd felhőtlen szeretettel tud felé fordulni, mikor minden percben arra emlékezteti a saját gyereke, hogy megerősakolták? Boldogan öleli majd magához? Mementóként kísérje végig az egész életét? Kinek jó ez?” (nlcafe.hu)

8. Az abortusz következményei

Bár az abortusszal járó veszélyek kapcsán a legtöbb esetben az illegális terhességmegszakítások vannak a fókuszban, több cikkben is eltúlozzák a művi abortusz fizikai egészséget érintő kockázatainak valószínűségét. A (biztonságos) művi abortusz

súlyos következményeiként dominánsan inkább a pszichés velejárók említődnek a szövegekben, mint például a „*nem csillapodó, életet elszívó fájdalom*” (mno.hu).

A terhességüket megszakító nők élményeit taglaló beszámolók az érintettek körülményeit jellemzően súlyos válsághelyzetként ábrázolják, a nők abortusz előtti vívódását, abortusz utáni lelki fájdalmait, a művi vetélés nehéz feldolgozhatóságát hangsúlyozzák. Az abortusz gyakran tematizálódik „*drámaként*”, „*tragédiaként*”, illetve „*traumaként*”, ami „*igen kockázatos*”, és „*a nőt megkínózza mind testileg, mind lelkileg*” (24.hu).

E témakör kapcsán a legkirívóbb cikknek már a címe is kifejezetten általánosító és túlzó: „*Abortusz, amikor a lelked egy részét is elveszted*”. Az írás – bár a terhesség megszakításához vezető okokat egyéniként, személyesként említi – alapvetően homogénnek állítja be a nők abortuszélményét (olyan kifejezéseket használva, mint pl. „a nők többsége úgy tesz”), általánosítva ezzel a lelki megpróbáltatást, pszichés distresszt, traumát, mely utóbbi feldolgozásáig az írás szerint a legtöbb nő el sem jut. A cikket ezzel a bevezető kérdéssel indítják:

„*Le lehet-e tenni ezt a keresztet, vagy egész életében, láthatatlanul a vállán cipeli majd?*”

majd ezzel a – tipográfiaiilag is kiemelt – sorral zárják:

„*Az abortusz nem csupán egy lehetőség, nem a könnyebb út, nem egy alternatív megoldás. Az abortusz egy döntés, mellyel együtt kell élni. Az abortusz egy trauma, melyet fel kell dolgozni.*” (life.hu)

Az abortusz ilyen drámai keretezése nemcsak egyéni beszámolók kapcsán jelenik meg, hanem a szigorú szabályozással szembeni kritikaként, ellenérvként is szerepel, amennyiben az egy amúgy is krízises helyzetet tovább nehezít:

„*Csak a legszegényebeken tapos, akiknek életük legnagyobb krízisében sincs pénzük elutazni a határig, és ott befizetni egy klinikára.*” (hvg.hu)

Azt találtam, hogy a cikkekben a művi abortusz nem annak semleges vagy pozitív keretezésével, hanem egy másik negatív kimenetellel, például a kényszerterhesség, szülésre kényszerítés következményeivel összevetve válik legitimizálhatóvá. Ezekben a szövegekben kiemelik, hogy a terhesség a nő sorsát és identitását radikálisan, akár negatív irányba alakítani képes helyzet, valamint hogy a kényszerből megszületett gyermekek helyzete ab ovo hátrányos.

„Ezek szerint azok a gyerekek között, akiket édesanyjuk a terhesség alatt szorongással, kényszerérzettel hordott ki, magas számban fordulnak elő mentális betegségek, és magasabb az öngyilkossági hajlamok aránya is.” (divany.hu)

A terhesség megszakításával kapcsolatos semlegesebb, vagy akár pozitív élmények és attitűdök szinte teljesen hiányoznak a szövegekből. Egy kivétel az mno.hu-n olvasható, amiben Radnóti Miklós felesége, Gyarmati Fanni naplóbeszámolóját idézik. Itt az abortusz választása nem hosszas lelki vívódásként, hanem egy gyors, hideg fejjel hozott döntésként jelenik meg. A cikkben megemlítik, hogy a Gyarmati Fanninak öt abortusza volt a két háború között, mely időben jövőjük, egzisztenciájuk teljesen kilátástalan volt – vagyis a gyors, racionális mérlegelés után meghozott döntés a terhesség megszakításáról csak extrém körülmények (háború, kilátástalanság) között képzelhető el.

9. Az abortuszhoz társuló asszociációk

A művi abortusz a vizsgált szövegekben több szempontból, visszatérően asszociálódik a halálhoz. Ez egyrészt az abortusznak a magzat megöléseként, gyilkossággént való említését jelenti, ez azonban csak elvétve, jellemzően a lengyel egyházi vagy életvédő szervezetek nyilatkozatainak idézésekor jelenik meg.

„egyes lengyel püspökök máris «halál civilizációjaként» bélyegzik meg a női jogok mellett kiállókat” (nol.hu)

Ennél jóval gyakoribb a teljes abortusztilalom következményeként említett mortalitás, amely részben a nem kívánt terhességét elvetetni nem tudó nő öngyilkossága vagy csecsemőgyilkossága, részben pedig az illegális terhességmegszakítás halálos áldozatai kapcsán kap említést:

„A legrosszabb eset pedig az illegális abortusz, amibe évente 47 ezer nő hal bele a WHO adatai alapján” (nlcafe.hu)

„Olyan törvényt akarnak bevezetni, ami sok esetben felérne egy halálos ítélettel az anyára”(origo.hu)

„A törvényes abortusz hiánya gyilkol.” (az abortusz szigorítása ellen tüntető nők transzparensének gyakorta idézett szövege)

Szinte minden, a törvénytervezetről beszámoló cikkben megemlítik azt, hogy a bevezetni kívánt szabályozás sem a magzat életképtelensége, sem az anya életveszélye miatt nem engedélyezné a terhesség megszakítását, implikálva ezzel a gyermek és/vagy az anya

halálát a szülés/születés alatt vagy után. Több helyütt is szerepel továbbá (akár címekben is), hogy a abortusz egy életről és halálról szóló döntés.

Végül a halál szimbolikus formában is megjelenítődik akkor, amikor a szövegek a gyászruhás tüntetésekről számolnak be (általában fotókkal is illusztrálva az eseményeket), amely viselet kultúránkban a halállal kapcsolatos szimbólumrendszerhez tartozik. Igaz, a fekete ruhába öltözve tiltakozó lengyel nők jogaik és jövőjük gyászolására utalva használják e szimbolikát, ez a magyarázat a cikkeknek csak kis százalékában szerepel.

„Feketébe öltöztek Lengyelországban a tüntető nők, reflektálva az illegális abortuszok számos halálos áldozatára.” (divany.hu)

A halál mellett a terhesség megszakítása az illegitim, illegális cselekvésekkel, és így a törvényen kívüliség képével is asszociálódik. Egyik ilyen, devianciaként kezelt helyzet az illegális terhességmegszakítás, amely gyakran erős részletezettséggel, erős vizuális hatásokkal, a vér, a fájdalom és a szenvedés leírásával együtt jelenik meg.

„«Azt mondta az orvos, hogy nem ad érzéstelenítőt, ha pedig sikítok, azt meghallják. [...] Nem kiálthattam – folytatja Connie –, de arra emlékszem, hogy annyira fájt, hogy testen kívüli élményem volt.» [...] Azt is elmesélte, hogy miközben vérezve feküdt az illegális abortusz után egy ágyon, az ember, aki végezte rajta a beavatkozást, szexuálisan zaklatta.” (nlcafe.hu)

A devianciák közül az abortuszhoz kötődően megjelent a cikkekben a bírósági vagy büntetőeljárás és a börtönbüntetés lehetősége (a magzatát elvetetni akaró nő és/vagy az abban segédkezők, elsősorban az orvos bebörtönzése kapcsán), amely a törvényesség hiányát kapcsolja a művi veteléshez, valamint a prostitúció is, amennyiben a megmozdulásokon egyben a szexmunkások jogaiért is tüntettek. Magát a törvénytervezetet, annak működési elvét több helyütt hasonlítják a szigorú drogpolitikához vagy a tűcsere-programok betiltáshoz. Ugyan nem illegális, de egyértelműen negatív jelenséggént, a tilalom káros következményeként, illetve a törvényi szabályozás megkerüléseként jelenítik meg a cikkek az abortuszturizmust, vagyis azt a jelenséget, amikor a szigorú szabályozású országokból célzottan terhességmegszakításért másik országba utaznak el a nők.

„A tervezet szerint nem büntetnék az orvost a magzat haláláért, ha ezzel az anya életét menti meg, de a beavatkozást mindenképpen a bíróság fogja vizsgálni, és a

biróság fogja megállapítani, hogy bűnös volt-e az orvos, illetve, hogy az anya szándékosan okozta-e a magzat halálát.” (24.hu)

„becsukhatnák azt a nőt is, aki egy terhességmegszakító tablettát átad a barátnőjének” (nlcafe.hu)

„a túl szigorú drogtörvények szoktak így működni” (nlcafe.hu)

A szexualitás az abortusz kapcsán szinte kizárólag deviáns, kriminalizált formában (nemi erőszak, vérfertőzés) jelenik meg.

„Még a nemi erőszakból vagy vérfertőzésből fogant magzatokkal sem mehetnek abortuszra az anyák. Elképesztő.” (nlcafe.hu)

„azért kellett vállalnia a megpróbáltatást, mert az ostromlott fővárosban védtelenül maradvá szovjet katona erőszakának esett áldozatul” (mno.hu)

5.2.2 Az abortusz-stigma megjelenése az elemzett cikkekben

Az abortusz-reprezentációk bemutatása után az abortusz-stigma megjelenési formáit elemzem a vizsgált cikkekben.

Az abortusz stigmatizációja kapcsán a szövegekben négy fő témát azonosítottam:

1. A magzat perszonalizálása
2. A művi abortusz pszichésen, érzelmileg károsként keretezése
3. Az abortusz titkolása
4. Az abortuszhoz folyamodó nők diszkriminációja

A korábbiaknak megfelelően a stigmatizálás fellelt nyelvi eszközeit is a szövegekből vett példákkal mutatom be.

1. A magzat perszonalizálása

A közéleti portálok szövegeiben számos helyen jelent meg az a beszédmód, amikor a magzatra, a magzat életére az őt kihordó nő életének és testének kontextusa nélkül, önálló entitásként utalnak. Ide tartozik az „életképes magzatok elpusztítása” vagy „életképtelen magzat” kifejezések, amelyek azt sugallják, hogy a magzat élete a nőtől függetlenül értelmezhető, illetve az a retorika is, amikor az életről, életvédelemről csak a magzat függvényében beszélnek, ezzel diszkurzívan háttérbe szorítva a nőket. Ehhez hasonló az

retorika is, amikor az „emberi élet” kifejezést kifejezetten és kizárólagosan a magzatra vonatkoztatva használják.

„nem szabad tönkretenni az emberi életet, mely a fogantatással kezdődik, és csak a természetesen bekövetkezett halállal ér véget” (index.hu),

„Az abortusztábléta egy ártatlan emberi élet kioltására alkalmas szer. Ilyen módon a halált jelképezi.” (index.hu)

„az állam mindent megtesz az emberi élet védelmének érdekében” (origo.hu).

Gyakori az, hogy a magzatra gyermekként vagy piciként, babaként utalnak. Jellemző kifejezések voltak a „meg nem született gyermek” és „ártatlan gyermek”.

„Nem feltétlenül azért dönt így a nő, mert erőszak áldozata lett, vagy mert a baba vagy az ő élete veszélyben lenne” (24.hu)

„Egyre többször jut eszükbe a pici, kiszámolják, hogy mikor született volna meg” (life.hu)

A teljes emberséggel felruházott magzat, gyermek „életének elvétele” egyenlővé teszi az abortuszt a gyilkossággal, amely expliciten is megjelenik:

„az abortusz révén »a világban ártatlan gyermekek millióit ölik meg legálisan«” (blikk.hu)

„Kevesebb gyerektől vették el az életet” (mno.hu)

Az abortuszt választó nőket „gyermekük életét elvevő”-ként, „gyermekét megölő nő”-ként, vagyis gyilkosként vagy bűnösként beállítása kizárólag az abortuszellenes csoportok véleményének, illetve az egyházi álláspontnak a bemutatásakor jelenik meg.

2. A művi abortusz pszichésen, érzelmileg károsként keretezése

A cikkek jelentős részében az abortusz pszichés következményei, elsősorban a szégyen és büntudat érzése, úgy jelennek meg, mint az abortusz törvényszerű, inherens velejárói:

„Nem kell ahhoz mélyen vallásos embernek lennünk, hogy azt gondoljuk, az abortusz borzalmas dolog. A nőt megkínozza mind testileg, mind lelkileg (úgy főképp, ismerek olyan nőt, aki harminc év távlatából is mindig sírva fakad, ha eszébe jut, elvette születendő gyermeke életét).” (24.hu)

„Sosem bánta meg, nem csinálná vissza, nem döntene másként, de csendben, legbelül a fájdalom és a szégyen megmaradt.” (life.hu)

„A terhességmegszakítás a nők személyes döntése, de annak, aki ezt az utat választja, nemcsak a saját büntudatával kell megküzdenie, hanem a társadalom gyakran elítélő, álságos hozzáállásával.” (life.hu)

Az abortusz megjelenik olyan élethelyzetként is, ami minden esetben, szükségszerűen trauma a nő számára, de több helyütt hangsúlyozódnak a beavatkozás fizikai szövődményei és/vagy veszélyessége is:

„Minden abortusz tragikus” (24.hu)

„azzal a nem csillapodó, életet elszívó fájdalommal való találkozás, amellyel a terhességmegszakítást átélt nőkre jellemző” (mno.hu)

„A beavatkozásnak súlyos következményei lehetnek, meddőséget, egyéb tartós és súlyos szövődményeket okozhat.” (hvg.hu)

„Fontos hangsúlyozni, hogy a nők nem heccből döntenek az eljárás mellett, hiszen igen kockázatos.” (blikk.hu)

3. Az abortusz titkolása

A cikkekben több helyütt is megjelenik az abortusz titkolása, a téma körüli hallgatás általánossága, amely a társadalom és/vagy a társas közeg ítélkezésétől való félelemből fakad. Az abortusz olyan esemény, amit természetes, hogy titkolni kell a nőknek, azt az érintettek a legközelebbi hozzátartozókkal sem gondolják megoszthatónak:

„Titkolják, szégyellik, félnek a barátok, ismerősök reakciójától.” (life.hu)

„A hallgatás pedig, ami leginkább a társadalom ítélkező attitűdjétől való félelemből fakad, megnehezíti a lelki gyógyulást.” (nlcafe.hu)

A szövegek a terhesség megszakításának általános tabu jellegére is reflektálnak, akár expliciten nevesítve azt, de úgy is, hogy az abortusz élményekről szóló őszinte beszámolókat kifejezetten szókimondónak titulálják.

„Tabu jellege miatt pedig a legtöbb abortuszon átesett nő nem mer beszélni erről.” (hvg.hu)

Hasonlóképpen, a cikkek azt is tematizálják, hogy a társadalom általában ítélkező az abortusz témájával kapcsolatban:

„csak addig állja meg a helyét, amíg konkrét emberi sorsokat közelebbről meg nem nézünk, egyéni élettörténeteket meg nem hallgatunk. Ha ezt meg tesszük, utána már jóval nehezebb ítélkezni.” (mno.hu)

„Oda kellene állni a többnyire komolyan vívódó nő mellé, és ítélkezés vagy moralizálás helyett abban segíteni, hogy elfogadja az anyaságát” (mno.hu)

4. Az abortuszhoz folyamodó nők diszkriminációja

A cikkekben több helyütt precedens értékű történetekről számolnak be, amikor a nőktől még legális esetben is megtagadták az abortusz elvégzését Lengyelországban. A magyarországi történeteknél a kötelező tanácsadások alapvetően stigmatizáló eljárását említik, ahol a cikkek szerint megalázó helyzetek és érzelmi nyomásgyakorlás tapasztalható:

„Egyik megszólalónkat, Andit már önmagában az abortusz is megviselte, de nagyon traumatikusan élte meg a kötelező tanácsadásokat is. »Nem segít egy ilyen helyzetben, hogy el kell menni kétszer is tanácsadásra, ahol olyanokat mondanak, amivel csak a lelkiismeret-furdalásodat és azt erősítik benned, hogy milyen szemet döntést hozol. Azóta sem bírok anélkül abba az utcába bemenni, ahol a tanácsadás volt, hogy ne kapnék gyomorgörcsöt, és ne érezném magam egy utolsó szemet, rohadéknak« – idézi fel az élményt.” (divany.hu)

Az abortuszt választó nők csoportját több helyütt is olyan, a társadalmon belüli szubpopulációként ábrázolják, akik valamilyen szempontból hátrányos helyzetűek:

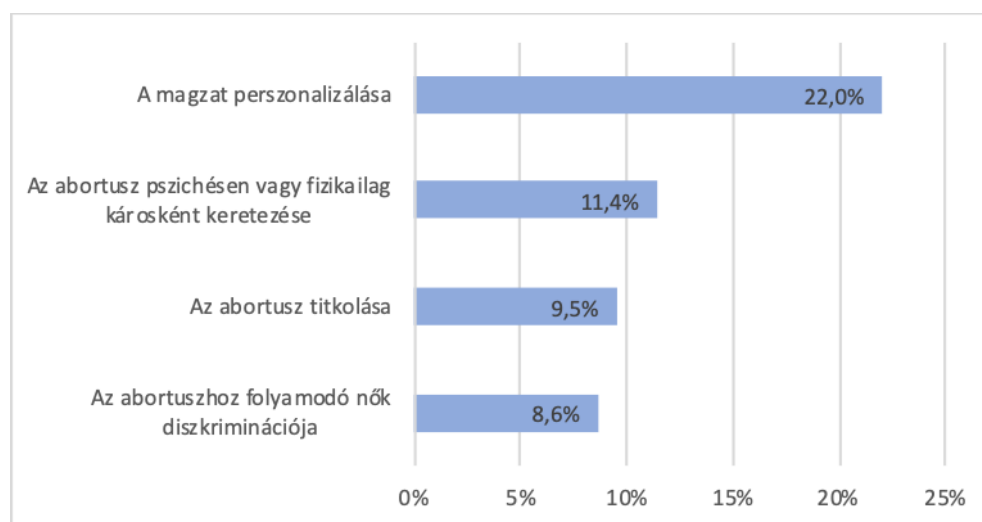
„Ha szerdán megszavazzák a javaslatot, azzal megerőszik a nőket, gyerekeket fognak a terhességük kihordására kényszeríteni, rengeteg, egyébként is hátrányos helyzetű nőt fognak életveszélyes és akár öt éves börtönbüntetéssel fenyegető abortuszkísérletekbe hajszolni.” (444.hu)

„Természetesen éppen az alacsonyan iskolázott és szegénységben élő rétegeknél maradt a művi abortusz a fogamzásgátlás eszköze, de nem pusztán a megfelelő ismeretek hiánya áll a jelenség mögött. Hiszen ha nincs pénz kenyérre, tejre, parizerre, a havonta kiváltandó, több ezer forintba kerülő fogamzásgátló tablettára aligha lesz. A felvilágosult középosztály nyilvánvalóan ismeri, használja és megengedheti magának a fogamzásgátlás különféle és ma már szinte százszázalékos hatékonyságú eszközeit, [...]” (mno.hu)

A cikkekben az abortusz-stigma kizárólag a terhességüket megszakíttató vagy azt megtenni szándékozó nőkre terjed ki, sem az ő férfi partnereiket, sem pedig az abortusz-ellátásban dolgozókat nem érinti.

A stigmával kapcsolatos témák és az abortuszra vonatkozó információk kvantitatív elemzése

A fentebb említett négy témába tartozó közlési módok az összes elemzett cikk 39%-ban (a vizsgálatba bevont 105 cikkből 41-ben) jelentek meg, az összes közéleti portálon közölt cikk (n=90) közül 31-ben (34,4%), és a női oldalakon megjelent írások (n=15) közül 10-ben (66,7%). A témák közül a leggyakoribb a magzat perszonalizálása volt, ez a vizsgált cikkek közül 23-ban (22%) fordult elő, az abortusz negatív következményeinek hangsúlyozása 12 (11,4%), az abortusz titokként kezelése 10 (9,5%), míg a terhességüket megszakíttató nők hátrányos megkülönböztetése 9 cikkben (8,6%) szerepelt (az adatokat l. a 16. ábrán).



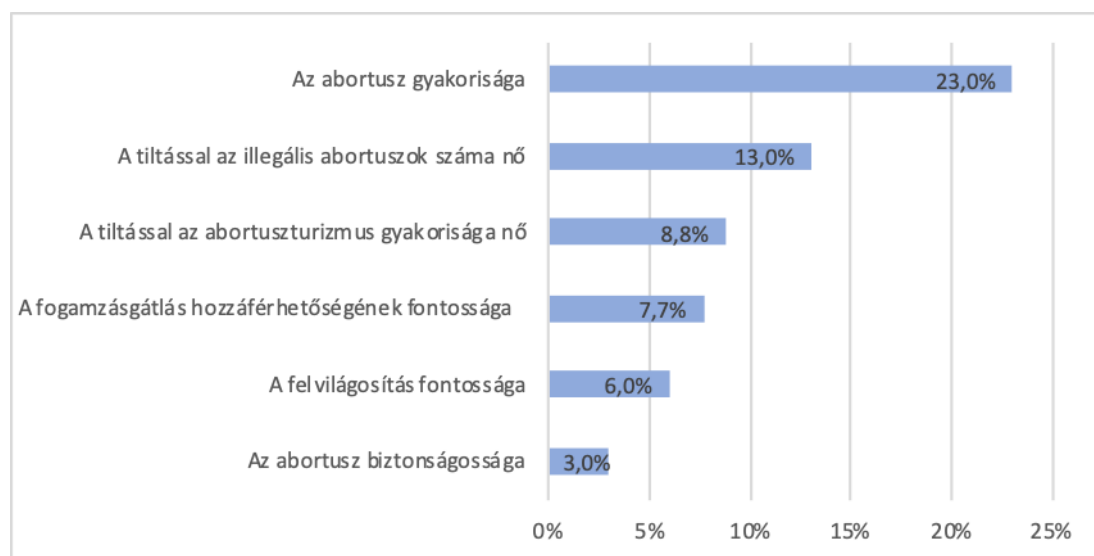
16. ábra. Az abortusz stigmával kapcsolatos témák megjelenése a vizsgált cikkekben

Információk a művi abortusszal kapcsolatban

A megbélyegzés tematizálása mellett a cikkekben azt is vizsgáltam, hogy azok milyen (valid) információkat közvetítenek a művi abortusz kapcsán, illetve, hogy az érintettek személyes történetei milyen módon és mértékben jelennek meg a tartalmak között. A számosított adatok a 17. ábrán láthatók.

A művi abortuszra vonatkozó tényszerű információ az összes elemzett cikk közül 35-ben (33,3%), a közéleti portálok írásainak 26,7%-ában (24 cikkben) és a női oldalakon megjelent tartalmak 73,3%-ában (11 cikkben) szerepelt.

A terhességmegszakítással kapcsolatban a leggyakrabban közölt információ annak gyakoriságára vonatkozott, ez az elemzésbe bekerült 105 cikkből 24-ben (23%) megjelent. Szintén viszonylag gyakran helyet kapott a szövegekben az, hogy az abortusz tiltása az illegális terhességmegszakítások számának növekedésével ($n=14,13\%$), és az abortuszturizmus fellendülésével ($n=8,8\%$) jár együtt. A cikkekben megjelent továbbá a szexuális életre vonatkozó felvilágosítás fontossága ($n=6,6\%$), illetve a fogamzásgátló eszközök elérhetősége és az abortuszok csökkenő száma közti összefüggés ($n=7,7\%$) is. Három cikkben szerepelt az a tény, hogy az abortusz biztonságos, egyre kisebb veszélyt jelent az anya életére (3%).



17. ábra. Az abortuszra vonatkozó információk megjelenése a vizsgált cikkekben

Személyes történet a vizsgált 105 cikkből kilencben (9%) jelenik meg, összesen 18 érintett történetét említik meg, hosszabban vagy rövidebben. Ezek közül ötben szerepel legális abortusz, az érintett nők életkora 13, 14, 16, 18 és 21 év. Az abortusz mögött álló okok ezekben az élettörténetekben a fiatal életkor, nemi erőszak során fogant magzat és/vagy az iskolai tanulmányok folytatása. Az illegális abortusz-történetek említése ($n=6$) közül kettő, a nem engedélyezett abortusztól szóló beszámolók ($n=5$) közül négy végződött halállal vagy súlyos egészségkárosodással. Az abortuszt kérvényező nők közül kettő erőszak során fogant meg. A 18 nőből háromról derül ki a cikkekben, hogy már van gyereke, közülük ketten egészségügyi problémáik miatt akarták a terhességüket megszakíttatni. Tíz esetben ismert a nő életkora, ebből hat 18 éves vagy annál fiatalabb, három 21-25 és egy 31 éves. A 18-ból csak 5 nő magyar, a többi említett példa más országból származik (Lengyelország, Írország, Egyesült Államok, Chile).

5.3 Következtetések

A fentiekben bemutatott kutatásban a tervezett lengyel abortusztörvény kapcsán a magyar online médiában megjelent szöveget vizsgáltam. Elsődleges célom az volt, hogy a cikkek elemzése révén információt nyerjek arról, hogy a művi abortuszra vonatkozóan milyen reprezentációk azonosíthatóak a szövegekben, a téma milyen keretezésben és milyen tartalmakkal asszociálódva jelenik meg a vizsgált tömegkommunikációs felületen, illetve, hogy helyet kap-e a vizsgált cikkekben az abortusz stigmatizálása.

Eredményeim egyeznek a szakirodalom által leírtakkal: az online média a művi abortusz témáját meglehetősen polarizáltan, a kérdés kapcsán hagyományosnak tekinthető pro-choice/pro-life kategorizációt erősítve, támogat/elutasít vagy elfogad/elvet dichotómiában tárgyalja. Ezzel párhuzamosan azonban több helyen megjelentek azok az érvek, hogy nem lehet homogenizáltan tekinteni az abortuszhoz folyamodó nők csoportjára, minden döntés egy adott élethelyzetben jön létre. Minél változatosabb okokat, körülményeket jelöltek meg ezekben a szövegekben, annál inkább hangsúlyt kapott a nőkkel való szolidaritás. A szakirodalom alapján ezek a kontextuális információk valóban segítik az abortuszt választó nőkkel való empatizálást és döntésük elfogadását (de Crespigny és mtsai, 2010).

Szintén a korábbi kutatásokkal összhangban megjelenik a terhességmegszakításnak a halállal való asszociálása, illetve a nem kívánt következmények (főként pszichés ártalmak) túlhangsúlyozása is. Ez azért problémás, mert a halállal kapcsolatos szimbólumok és a halállal végződő események (akár az anya halála, akár a magzat meggyilkolása) említése – még akkor is, ha azok az abortusztilalom és/vagy az illegális abortuszok következményeként jelennek meg – tendenciózusan asszociálják a művi abortuszhoz a halál képzetét. Ez a fogalmi társítás aztán torzíthatja az abortusz legitimációjával és biztonságosságával kapcsolatos elképzeléseket, vagyis hozzájárul annak a feltételezésnek a fennmaradásához, hogy az abortusz fizikailag veszélyes eljárás (Sisson és Kimport, 2014). Baird (2001) szerint a nem biztonságos abortuszok képszerű megjelenítése, a „szörnyűségeinek”, kockázatainak hangsúlyozása ahhoz vezethet, hogy az emberek a legális, orvosi körülmények között végzett abortuszt is patológusnak, veszélyesnek tartják. A törvénytervezet szigorú drogpolitikához, tücsere-program betiltásához való hasonlítása egy illegális tevékenység és az abortusz között von párhuzamot, és így az abortuszt választó nők csoportját egy deviáns, illegális tevékenysége miatt már eleve stigmatizált csoporttal hozza kapcsolatba. A terhességmegszakítás összekapcsolása a halál, gyilkosság, illegalitás képzeivel a művi

abortuszt egy sötét, zárt ajtók mögötti, veszélyes tevékenységként jeleníti meg, amely nem hagy diszkurzív teret annak, hogy az átlagos kockázatokkal járó orvosi beavatkozásként reprezentálódjon.

Az említett polarizáltságot erősíti, hogy a szövegekben az abortusz egy harcokkal, küzdelmekkel teli témaként jelenik meg. A militáns, érzelemtől túlfűtött kifejezések használata, a felek szembenállásának nyomatékosítása az abortusszal kapcsolatos diskurzust végletesen konfliktusos területként keretezi. Ez a retorika azt sugallja, hogy az ellentétek kibékíthetetlenek, az álláspontok nem közelíthetők egymáshoz, vagyis a terhességmegszakítás kérdése mindenkitől egy egyértelmű állásfoglalást (elutasít/támogat) igényel. Az, hogy a művi abortusz ismételen az általa keltett konfliktusok fényében jelenik meg, a társadalmi diskurzus szintjén ennek a megosztottságnak fennmaradásához járulhat hozzá (Purcell és mtsai, 2014), az egyén vonatkozásában pedig magát a döntést egy polarizált térbe helyezi. Ráadásul ez a beszédmód, például a „gyermek életéért harcolunk” kifejezés az anya említése nélkül, mesterségesen szembeállítja a terhes nők és a magzat életét és érdekeit.

A cikkek kitérnek a terhességmegszakítás olyan, a társadalmi diskurzusban jelen lévő értelmezésére, mint a művi abortuszok számának demográfiai kontextusban megjelenő tárgyalása, vagyis az abortuszszabályozásnak a népességszám-emelés eszközeként való bemutatása. E tekintetben következetesnek mondható az a – tudományos szempontból is helytálló – üzenet, amely szerint a terhességmegszakítás szigorú szabályozása nem vezet az abortuszok alacsonyabb számához (Sedgh és mtsai, 2012; WHO, 2012; Marecek és mtsai, 2017). A cikkek azt a kérdést nem tematizálják, hogy a népességszaporulat önmagában legitimálhatná-e az művi abortuszok elvégzésének tilalmát.

Az abortusszal kapcsolatos diskurzusnak az elemzés alapján domináns része az emberi jogi és az alapvető testi önrendelkezés jogával összefüggő keretezés. Ez a reprezentációs mód a női egyenjogúság szempontjainak érvényesülését támogatja, és – szemben a terhesség mesterséges megszakításának kizárólag medikális szemszögből történő tárgyalásával – egy adott társadalmi kontextusban érvényes tudást alakít ki, amely a közös tudásnak része az, hogy minden nőnek joga van döntést hozni a saját teste fölött. Ez a diskurzus részben reflektál a fennálló társadalmi normákra, de egyben formálja is azokat, például az emberek elképzelését arról, hogy kinek és milyen feltételek között lehet indokolt a terhességmegszakítás (Dudová, 2010).

A magyar online média diskurzusában egymás mellett van jelen a női testi önrendelkezés maximája és az abortusz általánosan negatív keretezése. Habár a művi abortusz a testi

önrendelkezés alapvető jogának kifejeződéseként hangsúlyosan megjelenik a szövegekben, a megfogalmazások mégis vitatják, hogy a nők valóban autonóm módon, szabad akaratukból választják a terhesség megszakítását. Ennek része a terhességüket megszakító nők hátrányos helyzetének, áldozatiságának és a környezeti nyomásból fakadó kényszerítettségének hangsúlyozása, amely – amellet, hogy nem hagy teret az abortusz semlegesebb vagy akár pozitív keretezésének – megkérdőjelezi, hogy tényleg autonóm, felelősségteljes döntés tud-e egy ilyen, kényszer alatt hozott választás lenni. A terhességmegszakítás okozta nehézségek általánosként feltüntetése, a művi abortusznak életen át tartó teherként, krízisként vagy kifejezetten traumaként való keretezése, az örökké tartó vezeklés kényszerűségének nyomatékosítása az együttérzés kiváltása mellett a nőket saját döntésük áldozataként és következményeinek elszenvedőjeként mutatja be. Közben az abortuszt követő mentális utóhatások jelentős része feltételezhetően az egyéb predispozícióknak tulajdonítható: a nehéz életkörülményeknek, családon belüli erőszaknak, már fennálló mentális betegségeknek, amelyek a nem várt terhesség megtörténtéhez is hozzájárulhatnak (Steinberg és Rubin, 2014). A szükségszerűként láttatott negatív következmények hangsúlyozása akár az áldozathibáztatásnak is teret adhat, hiszen, ha egy nő már élt a teste feletti való döntés jogával (ráadásul egy morális szempontból megkérdőjelezhető módon, a terhessége szándékos megszakításával), akkor az abortusz után felmerülő bármilyen negatív következményért is csak ő lehet felelős. A testi önrendelkezés, autonómia hangsúlyozása – elvi szinten legalábbis – nagy mértékű ágenciával ruházza fel az abortusz választása előtt álló nőket, a „*senkinek semmi köze hozzá*” érvelés viszont negálja azt, hogy más szereplők is érintettek lehetnek, így felelőségük is lehet a terhesség megszakításában. Ráadásul ez a retorika, az abortusz-döntés kényszerhelyzetben hozott, rossz, de szükségszerű választásként való keretezése épp az alternatívák közti szabad választás (és ilyen értelemben az önrendelkezés) jogát vitatja el a nőktől.

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; Steinberg, Jordan és Wells, 2009).

Hasonlóan befolyásolhatja az abortuszt választó nőkről való elképzeléseket az, hogy a média milyen szereplőkkel jeleníti meg az adott kérdést. Az elemzett cikkekben a megszólaltatott, és egyedi történeteiket elmesélő nők fiatal (18 év alatti vagy annál alig idősebb) lányok, akik vagy életkoruk vagy aktuális élethelyzetük (pl. egyetemi

tanulmányok) miatt nem vállalják a magzat kihordását. Bár igaz, hogy hazánkban az abortuszgyakoriságok maximuma egyre fiatalabb korra tolódik (a korábbi évekhez hasonlóan 2017-ben is a huszonéves nőknél volt a leggyakoribb a művi vetélés; KSH, 2018), a fiatal életkor ilyen mértékű felülreprezentálása, és mellette az idősebb, már családdal rendelkező, gyermekes nők említésének szinte teljes hiánya disztorzív képet alakít ki az abortuszt választó nőkről, és egyben a döntés okairól is. Az éretlenség és a jövőbeli lehetőségek szem előtt tartása mellett a párkapcsolati problémák, anyagi nehézségek vagy a már befejezettnek tekintett családtervezés egyáltalán nem ábrázolódnak, holott ezek a valóságban gyakoribb, vagy nagyságrendileg hasonló gyakoriságú okok, mint az, hogy az érintett nő hajadon vagy tanul (Turay, Horváth, Kovács és Kneffel, 1997). Hasonlóan felülreprezentált a bemutatott történetekben a nemi erőszak során megfogant terhességek művi megszakítása (miközben erőszak következtében létrejött terhességek elvetetésének aránya hazánkban 0,1%; KSH, 2007), tovább hangsúlyozva azt, hogy az abortusz választása csak ilyen, az átlagostól eltérő helyzetekben igazolható. A terhességmegszakítás melletti döntés sem demográfiai, sem az okok vonatkozásában nem reprezentatív, homogenizáló ábrázolása nem teszi lehetővé az abortuszhoz társuló különféle érzelmi tapasztalatok bemutatását (Beynon-Jones, 2017), és fokozhatja azoknak a nőknek az elszigeteltség-érzését, akik más életkori csoportba tartoznak, más okból döntöttek a terhességük megszakítása mellett és/vagy azzal kapcsolatban más tapasztalatokkal bírnak.

A szövegekben a terhességmegszakítás gyakran azzal normalizálható, ha olyan élethelyzetekkel állítják azt párhuzamba, amelyek szintén negatív (vagy még negatívabb) konzekvenciákkal járnak. Ilyen lehet az illegális abortuszok körülményeinek és következményeinek érzékletes taglalása, valamint a kényszerből vállalt anyaság boldogtalan állapotként, és a gyerekekre is terheket rakó, későbbi sorsát determináló kimenetként történő bemutatása is. Utóbbi az a helyzet, amelyben az anyaság nem pozitív keretben jelenik meg, szemben azzal az – elemzett cikkek által is közvetített – elképzeléssel, hogy a gyermekvállalás az egyedül érvényes döntés, amit minden nő választana ideális körülmények között. Ennek megfelelően a művi abortusz az anyaság elutasításaként értelmeződik, amely alól a fiatal életkor ad csak felmentést (amikor az anyaság vágya még érthetően nem jelenik meg, így a magzat elvetetése nem válik összeegyeztethetlenné az anyai szerepvállalással).

A kutatás további kérdése volt, hogy melyek azok a tartalmi elemek, amelyek nem képezik az abortusztól szóló diskurzus részét. Ilyen volt a terhességmegszakítással

összefüggő semlegesebb, vagy akár pozitív élmények és attitűdök már említett hiánya. (A neutrális, nem drámaiként, vívódásként megélt abortuszélmény csak a háborús idők extrém körülményei között lehet érvényes.) A másik hiányzó elem a férfiak és/vagy párkapcsolat. Az abortusszal kapcsolatos férfi érintettség jellemzően közvetetten jelenik meg, úgy, hogy az abortuszhoz való jogot nem a nők szabadságjogaként, hanem alapvető emberi jogként említik. A férfiak kapcsán inkább a témában való illetékességük elvitatása kap hangsúlyt: jellemző az az érvelés, hogy mivel a férfiak nem tudnak szülni, ne szóljanak bele az abortusszal kapcsolatos kérdésekbe sem, és csak elvétve említik meg a férfiak felelősségét a nem kívánt terhesség létrejöttében. A terhességre vonatkozó döntésnek kizárólag női kérdésként való tematizálása, a férfiak diszkurzív kizárása azonban gátja lehet annak, hogy vizsgáljuk a férfiak szerepvállalását, felelősségét nem csak a művi abortusszal, de a nem kívánt terhességgel és a fogamzásszabályozással kapcsolatban is. A férfiak vagy egyházi személyként, politikusként, orvosként vagy nőket megerősztoló férfiként szerepelnek a szövegekben, de legritkább esetben vannak jelen apaként vagy a megfogant magzatért felelős férfiként.

Az abortusz-stigma kapcsán a vizsgálat során azt találtam, hogy az elemzett cikkek részben reflektálnak a társadalmi szinten jelen lévő megbélyegző attitűdökre, de a szövegekben használt keretezések, megfogalmazások és következtetések sok esetben hozzá is járulnak az abortusz stigmatizációjához. Az elemzett cikkek összességében több, mint harmada, a női portálokon közölt írásoknak pedig a kétharmada tartalmazott stigmatizáló tartalmat vagy nyelvi formát.

E különbségek kapcsán érdemes megjegyezni, hogy online újságok elemzett két típusa (közéleti és női portál) eleve más funkcióval és célokkal bír. A közéleti portálokról az elemzésbe került szövegek nagy része hír, vagyis funkcióját tekintve tényközlő, és nem arra reflektáló tartalom, míg a női oldalak vizsgált szövegei elsősorban véleményközlő jellegűek (cikk, kommentár). Ez azzal is jár, hogy az egyes médiatartalmakban megjelenő abortusz-reprezentációk csak részben tekinthetők sajátoknak, főleg a hírek kapcsán inkább indirekt reprezentációkról van szó. E különbség esetleges hatását a befogadói attitűdökre egy közönségvizsgálat tisztázhatná – elemzésemben csak a reprezentációk jelenlétére, a megjelenés jellegére és mennyiségére tértem ki, hangsúlyozva, hogy nem tehető egyenlőségjel a reprezentációk megjelenési gyakorisága és azok hatása közé (Barker, 1997).

Az abortusszal kapcsolatos szégyenérzet és bűntudat, a másokkal való megoszthatóság lehetetlensége, a társas közeg ítélkezésétől való félelem, vagyis terhesség megszakításához kapcsolódó észlelt, tapasztalt és internalizált stigma mint a művi abortusz szükségszerű, magától értetődő velejárója, a helyzet immanens eleme jelenik meg a szövegekben. Az abortusz „titkolni való dologként” keretezése egyrészt az egyén szintjén hat negatívan. Amellett, hogy megerősítheti az abortuszt előtt álló vagy már abortuszon átesett nők megbélyegzettség-érzését, illetve az attól való félelmeket, befolyásolja annak következményeit is: a helyzethez való alkalmazkodást, a beavatkozás utáni jóllét szintjét, de akár azt is, hogy az abortusz után felmerülő komplikációk esetén orvosi segítséghez fordulnak-e a nők (Major és Gramzow, 1999; Shellenberg és mtsai, 2011). Társadalmi szinten ugyanakkor a kibeszélhetetlenség, megoszthatatlanság normalizálása, a témával kapcsolatos hiteles reprezentációk hiánya (vagy a pontatlan, torzított reprezentációk jelenléte) hozzájárul ahhoz az ördögi körhöz, amely fenntartja az abortusz stigmát (Kumar és mtsai, 2009; BMSG, 2017). Ráadásul az újabb kutatási eredmények nem is támogatják az „abortusz-titok” elképzelést: egy Nagy-Britanniában készült kvalitatív kutatásban például a nők az abortusz megsztását alapvetően társadalmilag problémásnak ítélték, és nem gondolták, hogy az abortusz mindennapos beszélgetésekben megemlíthető lenne, azonban közeli barátságok esetén, „nagy beszélgetések” kontextusában teljes mértékben lehetségesnek vélték, hogy beszéljenek abortuszukról (Beynon-Jones, 2017).

Azzal, hogy a megjelent cikkek a terhesség megszakításának tényét titkolnivalóként keretezik, egyszersmind azt is implicálják, hogy a művi vetelés választása szégyenletes tett, erkölcsi kudarc. Hasonlóképpen állítja be erkölcsileg megkérdőjelezhető döntésként az abortuszt az a retorika, amely a terhesség megszakítását egy élet elvételeként, vagy az „anya” és a „gyermek” élete közti választási helyzetként tematizálja. Épp ezért javasolják az abortusz-stigma csökkentését célzó nemzetközi ajánlások az anya, apa, szülő kifejezések helyett a művi abortusz kontextusában a várandós nő és partnere, a bébi, gyerek megjelölések helyett pedig a magzat, embrió vagy várandósság terminusok alkalmazását (BSMG, 2017; International Planned Parenthood Federation, 2017). A nő és a magzat szempontjainak, érdekeinek szembeállítása ráadásul az anyaságot és az abortuszt egymást kizáró kategóriákként tételezik, miközben az abortuszt választó nők jelentős részének (hazai adatok szerint 72%-uknak, KSH, 2017) van már legalább egy élő gyermeke, sőt, a terhesség megszakításának gyakori oka a már megszületett gyermekek

érdekeinek szem előtt tartása, a róluk való gondoskodás elsődleges fontossága (Biggs és mtsai, 2013).

A kutatási eredmények szerint a megosztott személyes abortusz-történetek azok, amelyek legtöbbet segítenek az terhességmegszakítást övező megbélyegzés csökkentésében (BSMG, 2017; Cockrill és Biggs, 2018) – feltéve, ha reális képet festenek a beavatkozás gyakoriságáról, okairól, folyamatáról és következményeiről.

A vizsgált cikkekben az érintettek személyes tapasztalatai rendkívül ritkán jelentek meg, ami megnehezíti a gyakoriság reális becslését, és főként a hazai prevalencia valós megítélését. A más nemzetiségű nők idézett történeteinek nagyobb aránya a magyar megszólaltatottakhoz képest segít a probléma eltolásában (ez másutt gond, nem nálunk), amit az előfordulásra vonatkozó adatok közlése is erősít: igaz, a cikkek harmada említ az abortusz gyakoriságára vonatkozó mutatókat, magyarországi statisztikákat ebből csak három közöl.

A személyes történetek háttérbe szorulása, az „autentikus hang” hiánya azt implicálja, hogy az abortuszról lehet általánosságban, annak közvetlen kontextusa nélkül beszélni, miközben a terhességüket megszakító nők és egyedi történeteik elsikkadnak, „láthatatlan absztrakcióvá” válnak (Woodruff, 2019). A személyes történetek alanyai jellemzően fiatalok vagy 18 év körüli, a tanulmányaikat folytató lányok, illetve más esetekben kifejezetten áldozati pozícióban szereplő nők (nemi erőszak elszenvedői, kiskorúak, rossz anyagi helyzetben élők, magzati rendellenesség miatt terhességmegszakításra kényszerülők), azt sugallva, hogy az abortusz választása csak ilyen (az átlagostól eltérő) helyzetekben igazolható. A teljes abortusztilalom kapcsán (ami szerint sem a nemi erőszak, sem a magzati rendellenesség, sem pedig az anyai életveszély esetén nem szakítható meg a terhesség) ezen indokokra irányult a figyelem, ami egyúttal marginalizálja az „egyéb” indikációjú (ám sokkal nagyobb gyakorisággal előforduló) abortuszokat. Bár a szövegekben megemlítik, hogy az abortuszt választó nők sok szempontból különböző élethelyzetben lehetnek, a terhességmegszakítást választó nők fenti ábrázolása - a fiatal életkor és hátrányos helyzet felülreprezentálása - mégis az abortuszhoz folyamodó nők sztereotip képéhez járulhat hozzá. Mindeközben, mint említettem, a szövegekben alig jelennek meg az idősebb, vagy már családdal rendelkező nők vagy azok, akik nem szeretnék gyereket, illetve a meglévő gyerekeik testi-lelki jólléte iránti felelősségérzet miatt választják az abortuszt. Mindez megkérdőjelezheti a választott abortusz létjogosultságát, és hozzájárulhat a „helyes” és „helytelen” abortuszok közötti morális megkülönböztetéshez is. (Furedi, 2001, idézi Norris és mtsai, 2011)

A cikkek a mindennapi történetek és az abortusz választása mögött álló leggyakoribb indokok helyett nagy hírértékű, szélsőséges élethelyzeteket, tragikus történeteket mutatnak be, emiatt a terhességüket megszakíttató nők tapasztalatai eleve torzítottan ábrázolódnak. Utóbbit erősíti az is, hogy a terhességmegszakítás krízisként, traumaként tételeződik, ami veszélyekkel és pszichésen és fizikailag is káros következményekkel jár együtt. Mindez – amellet, hogy indokolatlanul csökkenti az eljárás biztonságosságába vetett hitet – ahhoz vezet, hogy az érintett, abortuszt választó nők a saját megélésüket szokatlanként és elfogadhatatlanként értékelik (BMSG, 2017), hozzájárulva annak titokként kezeléséhez. A semleges vagy akár pozitív érzelmek (pl. a helyzet elfogadása vagy megkönnyebbülés) megjelenítésének hiánya azt közvetíti, hogy a terhesség megszakítására adható egyetlen érvényes válasz a szomorúság és büntudat, miközben a vizsgálati adatok szerint a megkönnyebbülés az egyik leggyakrabban megélt reakció az első trimeszterben végrehajtott terhességmegszakítások után (Rocca, Kimport, Gould és Foster 2013).

A kutatás limitációi közé tartozik, hogy a vizsgálathoz a cikkek válogatása célzottan egy központi témára (lengyel abortusztörvény) szűkítetten történt, ami befolyásolhatta a művi abortusz megjelenítését a szövegekben. Mivel maga a helyzet, a taglalt események társadalmi kontextusa eleve konfliktuózus volt, ez hathatott a nyelvi ábrázolás módjára is. Ezt figyelembe véve további kutatás tárgyát képezheti a terhességmegszakítással kapcsolatos, ám az adott történelmi-társadalmi környezettől függetlenebb médiatartalmak elemzése. A vizsgálatba bevont szövegek más, elsősorban nyelvi elemzése is fontos információkkal szolgálhatna a téma kapcsán, itt erre nem, vagy csak részlegesen tértem ki.

A jelen vizsgálat fókuszában az állt, hogy az abortusz-stigma médiareprezentációi milyen tematika mentén, milyen kontextusban jelennek meg a online média felületén. A további kutatásokban érdemes volna a médiatartalmak forrását is beemlíteni az elemzésbe, és a stigmatizációt az internetes újságok egyes típusaiban, az eltérő célcsoportokra tekintettel is vizsgálni, valamint az abortusz-reprezentációk és -stigma megjelenése kapcsán a felhasználók által létrehozott, megosztott és véleményezett médiatartalmakat is tanulmányozni. Hasonlóan fontos volna stigmatizáció megjelenése mellett a befogadás (az olvasói attitűdökre gyakorolt hatás) elemzése is.

6. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS

A disszertációban bemutatott, három kutatási elemből álló vizsgálat legfőbb eredményeit az elméleti részben vázolt keretrendszernek megfelelően összegezem.

A vizsgálatok során használt elméleti keret (Coast és mtsai, 2018) három, egymással összefüggő és interakcióban lévő szinten értelmez az abortusszal kapcsolatos minden változót. Ez egyrészt a konkrét várandósságra vonatkozó élethelyzetet és annak felismerésétől a megszakításig terjedő idői terminust foglalja magába. Az egyéni kontextus az érintett személy egyes predispozícióit, attitűdjeit, korábbi tapasztalatait és lehetőségeit jelenti. A társadalmi szintű kontextusba pedig beleértjük többek között a jogi, egészségügyi, szociális rendszereket, és minden szocio-kulturális tényezőt, kitüntetetten az abortusz társadalmi megítélését.

Az abortusszal összefüggő tényezők

A Coast és munkatársai (2018) által az abortusszal összefüggő tényezők közé sorolt, vagyis az adott terhesség megszakításához közvetlenül kapcsolódó jellemzők közül vizsgálataimban elsősorban magára a döntéshelyzetre fókuszáltam. Arra az élethelyzetre vonatkozóan, amikor a nők (illetve a pár) meghozzák a terhesség megszakítására irányuló döntésüket, a következő megállapításokat tettem:

1. Az az időszak, amely a deklarált és végleges döntést megelőzi, az állapotszorongás megemelkedett szintjével jellemezhető. A magasabb szorongásszint a tanácsadásra bejelentkezésnek (és így az abortusz elvégzésének) a halogatásával, késedelmével jár együtt, ami – a szakirodalmi adatok szerint – megnöveli a beavatkozás kockázatának mértékét.
2. Az abortusz választásának leggyakoribb okai az anyagi, egzisztenciális nehézségek és a párkapcsolat elégtelen, nem elég stabil, vagy nem megfelelő biztonságot adó volta.
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. Ezek gyakrabban külső, mint belső (közvetlenül a gyermekvállalásra, annak a szándékára vonatkozó) okok.
4. Az abortusz-döntés időszakában a pszichés alkalmazkodás szempontjából a jól működő párkapcsolat protektív tényezőnek tekinthető.

5. Azok, akik annak ellenére döntenek az abortusz mellett, hogy egyébként azt nem vagy kevésbé tartják elfogadhatónak, a terhességük megszakítását fokozottabb stresszel élik meg.

Egyéni kontextus

Az egyéni szint tényezői közül részben az abortusz-attitűdöket és az azokat befolyásoló változókat, részben az abortusz hosszú távú következményeit elemeztem.

Az abortusz-attitűdök kapcsán a legfontosabb következtetéseim 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 várandóssága megszakítása mellett dönt, két csoportba sorolhatók: a várandósság veszélyességével összefüggő és az anya/szülők aktuális életkörülményeivel indokolt abortuszok közül az első csoportba (veszélyeztető) tartozók inkább elfogadható indokai a terhesség megszakításának, mint az élethelyzeti/társas faktorba sorolódó körülmények.
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 abortusztól, 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 abortusztól, mint az élethelyzeti/társas faktorba sorolható körülmények mellett.
5. Egyéni szinten az abortuszra vonatkozó vélekedés mikéntjét befolyásolják a demográfiai alapmutatók (úgy mint nem, életkor, családi állapot, iskolázottság, vallásosság).

6. Az attitűdöt legerősebben a gyermekvállalás értéke, illetve az arra vonatkozó szándék (gyermekek és tervezett gyermekek száma) határozza meg: 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.
7. Az abortusz-attitűd kapcsolatot mutat az értékrend egyes elemeivel (a morális érvelés 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.

Az abortusz-attitűdöket olyan egyetemi hallgatók mintáján vizsgálva, akik majdani munkavégzésük során várhatóan találkoznak majd az abortusz kérdéseivel, a következő eredményekre jutottam:

1. A megkérdezett hallgatók inkább a személyes, mint a morális érvelést használják az abortuszról való vélekedéseikben. Leginkább a pszichológia szakos hallgatókat jellemzi a helyzetek egyediségének és az egyéni szempontoknak a mérlegelése (személyes érvelés használata).
2. A morális érvelés és az (akár a művi abortusz tevőleges elvégzése, akár az azzal kapcsolatos felvilágosítás, tanácsadás) való részvétel megtagadása között szignifikáns együttjárás mutatkozik.
3. Az abortusz-ellátással összefüggő feladatok (a beavatkozás elvégzése, utógondozás, felvilágosítás, tanácsadás) terén a bevonódás mértékének növekedésével csökken a részvételi hajlandóság.

Azokat a nőket vizsgálva, akiknek az életében valaha (8 hónapnál régebben) volt művi abortusz, elsősorban a döntés oka, illetve annak autonóm volta mutatkozott a legfőbb befolyásoló tényezőnek a hosszú távú alkalmazkodás szempontjából.

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, vagy a párkapcsolatuk nem megfelelő volta miatt nem vállalják a várandósság kihordását: a distressz szintje a jelenben náluk a legmagasabb.
2. Ahhoz, hogy egy nő hosszú távon is elfogadhatónak/helyesnek ítélje meg az abortuszra irányuló döntését, elsősorban az kell, hogy azt sajátjának tudja megélni. A döntési autonómia részét képezi az is, hogy a döntéshez megfelelő mennyiségű és minőségű információ álljon rendelkezésre.
3. A jól működő párkapcsolat hosszú távon is protektív tényezője az abortuszhoz való alkalmazkodásnak.
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.

Társadalmi-gazdasági és szocio-kulturális környezet

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 tényezők kerültek be.

Az ennek kapcsán megfogalmazható következtetések az alábbiak:

1. Az online médiatartalmak szinte kizárólag negatív keretben jelenítik meg az abortusz témáját, gyakorta asszociálva azt a halál és az illegalitás képzeivel. 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.
2. 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.
3. 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.

4. 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.
5. 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 attitűd-alakulás szempontjából lényegi kontextuális információk alig jelennek meg.
6. Az abortusszal kapcsolatos diskurzból teljes mértékben kirekesztődnek a férfiak férfiak (és velük együtt a párkapcsolat is), az kizárólagosan a (szülni képes) nők ügyeként tematizálódik.

Az abortusz pszichológiai-pszichiátriai vonatkozásai nemzetközi szintén 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 gyűjtsék 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 művi abortusz kérdésének tárgyalását a különböző elvi nézőpontok és értelmezési keretek, értékrendek és ideológiai elkötelezettségek egymásmellettsége, keveredése, vagy épp szembenállása tematizálja. Mivel az abortusz kapcsán végső soron az élet és halál kérdéseiről van szó, érthető, hogy a téma önmagában megosztottsághoz vezethet és elvi szinten vitákat generál. A kérdés összetettségét ugyanakkor túlzottan leegyszerűsíti az a – társadalmi diskurzus szintjén jelen lévő – megközelítés, amely az abortusz-attitűdöket dichotóm módon, a támogatás és elutasítás kettőiségében igyekszik megragadni. Ezt a polarizáltságot azt általam elemzett médiatartalmakban is felleltem. Az abortusz-attitűdök azonban távolról sem egyszerűsíthetők le ilyen diszkrét

változókra. A pszichológiai kutatások többsége, hogy az abortusz-attitűdöket valamilyen módon leírni és vizsgálni tudja, azokat egy kontinuum egy pontjaként képzei el. A két végpontot az élet tisztelete és az abortusz morális megközelítése (lényegében elutasítása), illetve az egyéni nézőpontok mérlegelése és az abortusz melletti egyedi döntések elfogadása jelenti. Ez a megközelítés az abortusz-attitűdöt mérhetővé teszi, ahol a mérés lényegében az egyén gondolkodásmódját érinti, vagyis azt a kérdést, hogy amikor az abortusz kapcsán állást foglal, azt vajon erkölcsi alapon teszi vagy inkább az egyéniesített véleményalkotásra hajlik. A kutatásom során használt, magyar nyelvre adaptált Abortusz Érvelés Kérdőív, melyet 1990-ben hozott létre Parsons és munkacsoportja, ugyanezt az elvet követi. Tapasztalataim szerint ez a mérőeszköz jól alkalmazható az abortusz-attitűdök vizsgálatára, valid és érvényes mérőeszköz, amelynek használata viszonylag gyors és egyszerű. Korábbi kutatások eredményei szerint jól alkalmazható az egyéni vélemények elmozdulásainak mérésére, de akár társadalmi szinten az abortusztól való vélekedések leírására is.

Vizsgálatom során, és eredményeim közlésekor is tudatosan törekedtem arra, hogy ne azonosítsam a morális érvelést a pro-life, a személyes érvelést pedig a pro-choice állásponttal. Ennek részint az az oka, hogy próbáltam elkerülni bármilyen kategóriális változó használatát az abortusz-attitűdök leírása során – bár ez néha nyelvi is megnehezítette az eredmények pontos interpretálását. A másik ok, hogy az életpárti és választáspárti kategóriák használatával nem kezelhető az abortusz-attitűdöknek az a sajátossága, hogy azok sem az egyes szituációk, sem az abortusz „alanya” vonatkozásában nem tekinthetők homogénnek. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a különböző élethelyzetekben másként ítéljük meg azt, hogy az abortusz mennyire elfogadható. Sem a saját kutatásomban, sem az áttekintett szakirodalmi forrásokban nem találtam annak igazolását, hogy a jellemző abortusz-attitűd a „minden esetben elfogad” vagy a „minden esetben elutasít” volna – a válaszadók többsége az egyes szituációkat, pontosabban azok egyes családait egyedileg mérlegeli. Az életkörülményeket döntően abból a szempontból ítéljük meg, hogy abban a nő felelőssége felmerülhet-e, az események az ő kontrollja alatt állnak-e. Amikor nem (ha várandósság veszélyezteti a nő egészségét, ha valószínűsíthető a magzat súlyos fejlődési rendellenessége, vagy ha a terhesség erőszak, kriminális cselekmény következménye), az emberek általában elfogadóbbak az abortusz választásával szemben. A szituációk másik csoportjában, amelyben a terhesség megszakítása inkább a nő aktuális élethelyzete (már megszületett gyermekei, párkapcsolata minősége, munkája stb.) által motivált, az elfogadás jóval kisebb, ám az

egyéni különbségek jellemzően nagyobbak. Vagyis a kontextuális információ, mindaz, amit az egyedi, konkrét helyzetről tudunk, erősen befolyásolja a véleményalkotásunkat. Másfelől nem feltétlenül esik egybe az, amennyire az abortuszt egy bizonyos helyzetben elfogadhatónak tartjuk, ha valaki másról van szó, vagy az abortuszról általánosságban gondolkodunk, és az, amennyire ugyanabban a helyzetben saját magunk (férfiaknál: a partner) vonatkozásában választhatónak véljük. Az abortusz-attitűd tehát ebből a szempontból sem jelent egységes entitást.

A fentiek miatt – egyetértve Jozkowski véleményével (2018) – azt gondolom, hogy a pro-life és pro-choice álláspontok inkább csak címkék, amivel az emberek leginkább ideológiai pozíciójukat adják meg az abortusz kérdése kapcsán, de nem alkalmas kategóriák ez ennél jóval összetettebb abortusz-attitűdök leírására.

Az, hogy a kontextuális információnak ilyen fontos szerep jut az abortuszról való gondolkodásban, egyben azt az igényt is felveti, hogy a társadalmi diskurzus szintjén, és főleg, az azt befolyásolni és tematizálni képes tömegkommunikációs felületeken is változzon az abortusz megjelenítése. Ez jelenti az abortuszok valós körülményeinek bemutatását: nem csak fiatalkorú lányok, nem csak hátrányos helyzetű nők, és nem csak kisebbséghez tartozók dönthetnek úgy, hogy megszakítatják a terhességüket. Minden abortusz egyedi történet, és ez akkor is igaz, ha egy nő több terhességét is megszakíttatja. Épp ezért javasolják egyes kutatók (pl. Weitz és Kimport, 2012), hogy ne ismételt (repeat), hanem többszörös (multiple) abortuszról beszéljünk, mert ez kevésbé homogenizálja nők tapasztalatait az egyes terhességek megszakítása kapcsán, ezzel is segít, hogy ne dichotóm kategóriákban (jó/rossz, helyes/helytelen, támogatott/elutasított) gondolkodjunk az abortuszról.

További igény volna a tömegkommunikációs platformok felé, hogy tematizálják az abortusz kérdésének szocio-kulturális kontextushoz kötöttségét. Az abortusz kapcsán számos tényező, beleértve annak törvényi szabályozását, elfogadottságát és megítélését, testi és lelki, erkölcsi, anyagi, szociális és egyéb következményeit, csak az adott társadalmi körülményeken belül értelmezhető. E háttér ismeretének a hiányában a közölt információk csak az abortusz, és az abortusz mellett döntő nők sztereotipizálását segítik elő.

A szocio-kulturális tényezők által befolyásolt kérdés továbbá az abortusz nyilvánosságra hozása vagy ellenkezőleg, titkolása és tabusítása. A terhesség megszakítása, bármilyen ok is áll a háttérben, általában rendkívül intenzív érzelmi állapotot vált ki a nőkből (és az érintett férfiakból is), amelyben sokszor egymásnak ellentmondó érzések is

keverednek (és nem feltétlenül csak negatívak, ahogy az a média-reprezentációkban megjelenik). A kutatási eredmények szerint az egyik legnehezebben megélhető és feldolgozható érzelmi állapot a szégyen – ami azonban nem tartozik inherensen a terhesség megszakításához, hanem annak társadalmi megítélésével, a „normaszegés” megélésével függ össze. Az abortusz kapcsán rendkívül fontos volna e kettő (lényegében az egyéni és közösségi/társadalmi szint) elválasztása, mert épp a szégyen (megszégyenülés) elkerülésének vágya vezet az abortusz eltitkolásához. Ez megakadályozza azután a megfelelő ellátás igénybevételét – ez lehet egy biztonságos abortusz-ellátás, vagy a mi kultúránkban akár a pszichológiai tanácsadás is. Másrészt az abortusz elrejtése megfosztja a nőt attól a társas támogatástól, ami pedig kiemelten fontos volna ahhoz, hogy elkerülje a helyzetből fakadó negatív pszichológiai következményeket. A társadalmi diskurzusnak a média-reprezentációkban megjelenő további feltárt jellemzője, hogy az abortusz-témát mintegy „háborús övezetként” jeleníti meg, ahol két oldal (leginkább az életpártiak és választáspártiak) áll egymással szemben, és ellentétük kibékíthetetlennek tűnik. Ez részben az abortusz-attitűdök kapcsán elmondottak miatt, a sematikus és kategorizáló ábrázolás miatt problémás. De ugyanilyen módon állítódik be a reprezentációk szintjén egymással ellentétes érdekű félként a nő és a magzat, vagy egymást kizáró kategóriaként az anyaság és az abortusz. Ez az ábrázolásmód azt implicálja, hogy valamelyik oldalra állni kell a kérdés kapcsán, miközben egy olyan élethelyzetben, amikor az abortusz választása felmerül, inkább az egyedi szempontok mérlegelésére van szükség. Ráadásul a médiában megjelent abortusz-reprezentációk a férfiakat vagy egyszerűen negálják, vagy explicite kimondva kizárják az abortusz kérdésében bárminemű illetékességből, egyértelműen és kizárólagosan női témaként tematizálva azt. Ez utóbbi viszont megnehezíti, hogy olyan kérdések, mint a fogantatásért vagy épp a fogamzásgátlásért vállalt felelősség a partnerek közös ügyeként értelmeződjön.

Az abortusz egyéni szinten egy olyan negatív életeseményt jelent, amely akár a beavatkozás előtt, akár közvetlenül utána, akár hosszú távon fokozott distresszel és a mentális egészségmutatók romlásával járhat. (Saját vizsgálataim a beavatkozás utáni időszakra nem terjedtek ki.) Eredményeim szerint már a végleges, hivatalosan kinyilvánított döntés előtti időszakban (az első családvédelmi tanácsadás idején, illetve után) is figyelmet érdemel az abortuszt választani készülő nők azon csoportja, akik fokozottan veszélyeztetettek a depressziós és/vagy szorongásos tünetek kialakulása

szempontjából. Ennek háttérében lehetnek az egyéni vulnerabilitással kapcsolatos különböző tényezők (személyiségvonások, genetikai predispozíciók, korábbi életesemények stb. – ezekre a vizsgálatomban nem értem ki), vagy az az aktuális élethelyzet is, amiben a terhességmegszakítás szándéka megjelenik. Saját adataim (és a korábbi kutatások eredményei) szerint abortuszra legtöbbször a nem elég stabil és/vagy nem elég biztonságot adó párkapcsolat miatt, vagy egzisztenciális megfontolásokból kerül sor. Mindkét élethelyzet, az emocionális és az anyagi biztonság hiánya egyaránt képes szorongást kiváltani az érintett nőkből. A szorongás egyrészt az abortusz kérvényezésének halogatásával jár, ami viszont a szomatikus és pszichés szövődményeinek nagyobb valószínűségét vonja maga után. Másrészt – szakirodalmi adatok szerint (pl. Faure és Loxton, 2003) – a beavatkozás előtt mért megemelkedett depresszió- és szorongásszint kockázati tényezője a kedvezőtlenebb pszichésállapot-mutatóknak a posztabortusz időszakban is. A szorongásszint emelkedettsége származhat a fentiek mellett abból is, ha az érintett nő a terhességmegszakítást általában véve is kevésbé tartja elfogadhatónak. (Ezen a ponton jól látható az egyéni és társadalmi szint interakciója, amennyiben a diskurzusok révén polarizált térbe helyezett véleményalkotás az egyéni szinten rosszabb alkalmazkodással jár együtt.)

Az abortusz hosszú távú hatásai kapcsán elsősorban a döntéshelyzet egyes jellemzőit vizsgáltam. Bár a relatíve kis minta csak korlátozott érvényességű következtetésekre ad módot, úgy tűnik, hogy az abortusz választásának oka és a döntés autonómként való megélése olyan tényezők, amelyek a hosszú távú alkalmazkodást is befolyásolni képesek. Ez alapján viszont felmerülhet az is, hogy nem önmagában az abortusz, hanem annak egyes jellemzői azok, amelyek fokozott figyelmet érdemelnek a hosszú távú hatások szempontjából.

A későbbi pszichés alkalmazkodás szempontjából lényeges, hogy az abortusz mellett döntő nő a döntésében utólag is biztos legyen. Ez részben a döntési autonómia (sajátként megélt döntés), részben pedig a döntéshez szükséges információk elérhetőségének, rendelkezésre állásának függvénye. Ebből a szempontból sajnálatos, hogy (a mintákba bekerült nők közül legalábbis) csak nagyon kevesen beszélnek meg döntésüket orvosukkal, aki a hiteles információk forrása lehetne. Biztató viszont, hogy a vizsgált, segítő szakmát tanuló egyetemista populáció (orvostanhallgatók, pszichológus-, védőnő- és szülésznőhallgatók) többsége nem zárkózik el az abortusszal kapcsolatos felvilágosítástól, tanácsadástól, ami tovább tágítja az elérhető információforrások körét. Jelenleg a gyermekvállalásra/abortuszra vonatkozó információk átadása a családvédelmi

tanácsadóban dolgozó védőnők feladata. Emellett feltehető, hogy mint minden más egészségügyi kérdésben, az abortuszra vonatkozóan is az internet a (könnyen hozzáférhető) információk elsődleges forrása (Jacobs, Amuta és Jeon, 2017). Ez szintén aláhúzza a hiteles és kiegyensúlyozott tájékoztatás fontosságát.

A kapott eredmények szerint az abortusszal való megküzdés terén is a jól működő párkapcsolat a legfontosabb preventív tényező, ami az abortusz előtt és közvetlenül utána is hatékonyan csökkenti a stresszt, és hosszú távon is támogatja, hogy a nő a döntésével azonosulni tudjon.

A megkérdezett nők jelentős része úgy nyilatkozott, hogy azért nem vett igénybe professzionális segítséget az abortusza után, mert nem tudott ilyen lehetőségről, nem talált segítséget, vagy valamilyen ok miatt nem volt az elérhető a számára. E téren tehát az ellátások és az azokra vonatkozó információ hozzáférhetősége rendkívül fontos volna, már csak azért is, mert (saját vizsgálatom által is igazoltan) a terhességüket megszakító nők egy csoportja hosszú távon is magasabb distressz-szinttel jellemezhető, ami minden bizonnyal rontja az életminőségüket és megnöveli a rizikóját más, szomatikus vagy mentális betegségek kialakulásának.

A fentiek 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

1. Abortion Worldwide Report (2017). Letöltve: 2018. 01.27-én:
<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/wrjp336pd.html>
2. Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41-44.
3. Allport, G. W. (1977). *Az előítélet*. Budapest: Gondolat
4. Altshuler, A. L., Nguyen, B. T., Riley, H. E., Tinsley, M. L., & Tuncalp, Ö. (2016). Male Partners' Involvement in Abortion Care: A Mixed-Methods Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 209-219.
5. 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.
6. Arisi, E. (2003). Changing attitudes towards abortion in Europe. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(2), 109-121.
7. Baird, B. (2001). Abortion, questions, ethics, embodiment. *History Workshop Journal*, 52, 197-216.
8. Ball, M. J. (2010). *The Abortion Attitudes of Counselor, Social Worker, and Nursing Trainees*. Dissertations. 499. <http://scholarworks.wmich.edu/dissertations/499>
9. Bane, A., Brown, L., Carter, J., Cote, C., Crider, K., de la Forest, S., et al (2003). Life and death decisions: America's changing attitudes towards genetic engineering, genetic testing and abortion, 1972-98. *International social work*, 46(2), 209- 219.
10. Barkan, S. E. (2014). Gender and abortion attitudes: Religiosity as a suppressor variable. *Public Opinion Quarterly*, 78(4), 940-950.
11. Barker, M. (1997): The Lost World of Stereotypes. In T. O'Sullivan, Y. Jewkes (eds.): *The Media Studies Reader*. Arnold, London. 86-90.
12. Beauvais, E., Mann, E., & Lore, G. (2016). Continental Gender Divide: Abortion Attitudes in the United States and Canada. Paper presented for the 2016 Canadian Political Science Association, Calgary. Letöltve 2018. 02. 06-án: <https://cpsa-acsp.ca/documents/conference/2016/Beauvais-Mann-Lore.pdf>
13. Bélanger, E., Melzack, R., & Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339-350.
14. Ben Natan, M. & Melitz, O. (2011). Nurses' and nursing students' attitudes towards late abortions. *International Nursing Review*, 58(1), 68–73.

15. Bennett, C. L., McDonald, D. A., Finch, A., Rennie, S., & Morse, J. E. (2018). North Carolina Medical Student Views on Abortion. *North Carolina Medical Journal*, 79(1), 14-19.
16. Berkeley Media Studies Group (2017). *Shaping stigma: An analysis of mainstream print and online news coverage of abortion, 2014-2015*. Letöltve 2018. 02. 06-án: <http://www.bmsg.org/resources/publications/abortion-stigma-analysis-mainstream-print-and-online-news-coverage>
17. Beynon-Jones, S. M. (2017). Untroubling abortion: A discourse analysis of women's accounts. *Feminism & Psychology*, 27(2), 225-242.
18. Bianchi-Demicheli, F., & Ortigue, S. (2007). Insight of Women's Sexual Function and Intimate Relationships After Termination of Pregnancy: A Review on Recent Findings and Future Perspectives. *Current Women's Health Reviews*, 3(1), 31-41.
19. Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13(1), 29.
20. Biggs, M. A., Upadhyay, U., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being five years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychology*, 74(2), 169-178.
21. Blaskó Zs. (2006). *Nők és férfiak — keresőmunka, házimunka. A „család” tematikájú ISSP 2002-es adatfelvétel elemzése*. Budapest: KSH — NKI.
22. Bogen, I. (1977). Attitudes of women who have had abortions. *Family Planning Resume*, 1(1), 189.
23. Bowman, K. & Marsico, J. (2014). Attitudes about abortion. *AEI Public Opinion Studies*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: <https://www.scribd.com/document/200228748/Attitudes-about-abortion>
24. Bowman, K., & Rugg, A. (2012). Attitudes about abortion. *AEI Public Opinion Studies*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: <https://www.scribd.com/document/103730214/Attitudes-About-Abortion-39-Years-of-Polling>
25. Bracken, M. B., Hachamovitch, M., & Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 158(2), 154-162.
26. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
27. Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464.
28. Buchanan, M., & Robbins, C. (1990). Early adult psychological consequences for males of adolescent pregnancy and its resolution. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(4), 413-424.

29. Calhoun, C., & Karaganis, J. (2001). Critical theory. In Ritzer, G., & Smart, B. (Eds.), *Handbook of social theory* (pp. 179–200). London: Sage Publications
30. Carlton, C. L., Nelson, E. S., & Coleman, P. K. (2000). College students' attitudes toward abortion and commitment to the issue. *The Social Science Journal*, 37(4), 619–625.
31. Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436–450.
32. Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Women's health Issues*, 24(1), e131-e138.
33. 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.
34. Cockrill, K., & Biggs, A. (2018): Can stories reduce abortion stigma? Findings from a longitudinal cohort study. *Culture, health & sexuality*, 20(3). 335–350.
35. Coleman, P. K. (2007). The decline of partner relationships in the aftermath of abortion. *Research Bulletin*, 20(1).
36. Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180-186.
37. Coleman, P. K., Rue, V. M., & Coyle, C. T. (2009). Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health*, 123(4), 331-338.
38. Costescu, D. J., & Lamont, J. A. (2013). Understanding the pregnancy decision-making process among couples seeking induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(10), 899-904.
39. Coyle, C. T., & Rue, V. M. (2015). A Thematic Analysis of Men's Experience With a Partner's Elective Abortion. *Counseling and Values*, 60(2), 138-150.
40. Coyle, C. T., Coleman, P. K., & Rue, V. M. (2010). Inadequate preabortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women. *Traumatology*, 16(1), 16.
41. Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of personality and social psychology*, 65(6), 1224.
42. Csanádi A., Harsányi Sz. G., és Németh D. (2009a). Társas megismerés és munkamemória. *Pszichológia*, 29(2), 145-163.
43. Csanádi A., Harsányi Sz. G. és Szabó É. (2009b). Lezárási Igény kérdőív - A Need for Closure Scale magyar nyelvű változatának tesztelése egyetemista mintán. *Alkalmazott Pszichológia* 11(1–2), 55–81.

44. de Crespigny, L. J., Wilkinson, D. J., Douglas, T., Textor, M., & Savulescu, J. (2010). Australian attitudes to early and late abortion. *The Medical Journal of Australia*, 193(1), 9–12.
45. De Vito, E. N. (2012). Does social stigma and personal view influence post-abortion distress? (Doctoral dissertation, Alliant International University, Fresno). Letöltve: 2018. 02. 06-án: <https://search.proquest.com/openview/148d48920b7a397e80548f57c7482da5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
46. Deribe, K., Anberbir, A., Regassa, G., Belachew, T., & Biadgilign, S. (2007). Infertility: Perceived Causes and Experiences in Rural Southwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 17(2), 91–97.
47. Dodd, S.M., Sims, A. B. & Buggie, S. E. (1994). Persuasive impact of one-sided videos on reasoning about abortion. *Modern Psychological Studies*, 2(2), 24-28.
48. Dudová, R. (2010). The Framing of Abortion in the Czech Republic: How the Continuity of Discourse Prevents Institutional Change. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*, 46(6), 945–975.
49. Faden, R., Chwalow, A. J., Chase, G. A., Quaid, K., Leonard, C., & Holtzman, N. A. (1983). Pregnant women's attitudes toward the abortion of defective fetuses. *Population and Environment*, 6(4), 197–209.
50. Faure, S., Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33(1), 28- 38.
51. Fehring, R. J. (2015). The influence of contraception, abortion, and natural family planning on divorce rates as found in the 2006–2010 National Survey of Family Growth. *The Linacre Quarterly*, 82(3), 273-282.
52. Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons US women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 37(3), 110-118.
53. Fitzgerald, J. M., Krause, K. E., Yermak, D., Dunne, S., Hannigan, A., Cullen, et al (2014). The first survey of attitudes of medical students in Ireland towards termination of pregnancy. *Journal of Medical Ethics*, 40(10), 710-
54. Foster, D. G., Roberts, S., Steinberg, J., Neuhaus, J., & Biggs, M. A. (2015). A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychological Medicine*, 45(10):2073-2082.
55. Foster, D. G., Jackson, R. A., Cosby, K., Weitz, T. A., Darney, P. D., & Drey, E. A. (2008). Predictors of delay in each step leading to an abortion. *Contraception*, 77(4), 289-293.
56. Frankl, V. E. (1996). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Kötet Kiadó.

57. 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.
58. Gentile, A. (2014). The Impact of Partner Support in Abortion. *Social Work Theses*. 95. Letöltve: 2018. 02. 06-án: https://digitalcommons.providence.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1092&context=socialwork_students
59. Gerber, A. S., Huber, G. A., Doherty, D., Dowling, C. M., & Ha, S. E. (2010). Personality and political attitudes: Relationships across issue domains and political contexts. *American Political Science Review*, 104(1), 111-133.
60. Gleeson, R., Forde, E., Bates, E., Powell, S., Eadon-Jones, E. & Draper, H. (2008). Medical students' attitudes towards abortion: a UK study. *Journal of Medical Ethics*, 34(11), 783–787.
61. Glózer R. (2007). Diszkurzív módszerek. In É. Kovács (szerk.), *Közösségtanulmány: módszertani jegyzet* (pp. 260-267). Budapest: Néprajzi Múzeum, PTE BTK Kommunikáció- és Médiatudomány Tanszék.
62. Goffman, E. (1998): Stigma és szociális identitás. In Erős F. (szerk.), *Megismerés, előítélet, identitás* (pp. 263–295). Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, Wesley János Lelkészképző Főiskola.
63. Goffmann, E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall.
64. Gordon, R. H., & Kilpatrick, C. A. (1977). A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions. *Community Mental Health Journal*, 13(4), 291-295.
65. Gradvohl, E., Feith, H. J., Kiss, Z., Farkas B. és Váczi A. (2013). Hallgatói attitűdök az abortusz kérdéskörében a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán. *Bábák, szülésznek 11*(1), 5-10.
66. Habroe, M., Schmidt, L., & Evald Holstein, B. (2007). Does childbirth after fertility treatment influence sense of coherence? A longitudinal study of 1,934 men and women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(10), 1215-1221.
67. Hans, J. D., & Kimberly, C. (2014). Abortion attitudes in context: A multidimensional vignette approach. *Social Science Research*, 48, 145–156.
68. Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016): Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 169–177.
69. Harries, J., Stinson, K., & Orner, P. (2009). Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa. *BMC public health*, 9(1), 296.

70. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal Of Public Health, 103*(5), 813-821.
71. Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517–572.
72. Holmberg, L. I., & Wahlberg, V. (2000). The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *Journal of Adolescent Health, 26*(3), 230-234.
73. Horn, M., Piedmont, R., Fialkowski, G., Wicks, R., & Hunt, M. (2005). Sexuality and spirituality: The embodied spirituality scale. *Theology & Sexuality, 12*(1), 81-101.
74. Horvath, S., & Schreiber, C. A. (2017). Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. *Current Psychiatry Reports, 19*(11), 77.
75. Husfeldt, C., Hansen, S. K., Lyngberg, A., Nøddebo, M., & Petersson, B. (1995). Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 74*(10), 813-817.
76. International Planned Parenthood Federation (2017): *How to report on abortion - A guide for journalists, editors and media outlets*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: <https://www.ippf.org/resource/how-report-abortion-guide-journalists-editors-and-media-outlets>
77. Ittész A., Ehmann B. és Szabó T. (2004): A tartalomelemzés alkalmazási lehetőségei a mentálhigiéniai szemlélet összetevőinek feltárásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 5*(3), 227-243.
78. Jacobs, W., Amuta, A. O., & Jeon, K. C. (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences, 3*(1), 1302785.
79. Jelen, T. G., Damore, D. F., & Lamatsch, T. (2002). Gender, employment status, and abortion: A longitudinal analysis. *Sex Roles, 47*(7-8), 321-330.
80. Jelen, T. G., & Wilcox, C. (2003). Causes and consequences of public attitudes toward abortion: A review and research agenda. *Political Research Quarterly, 56*(4), 489-500.
81. John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). The big five inventory—versions 4a and 54.
82. Jones, E. F., & Westoff, C. F. (1978). How attitudes toward abortion are changing. *Journal of Population Behavioral, Social, and Environmental Issues, 1*(1), 5–21.
83. Jones, R. K., Moore, A. M., & Frohwirth, L. F. (2011). Perceptions of male knowledge and support among US women obtaining abortions. *Women's Health Issues, 21*(2), 117-123.

84. Jozkowski, K. N., Crawford, B. L., & Hunt, M. E. (2018). Complexity in Attitudes Toward Abortion Access: Results from Two Studies. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(4), 464–482.
85. Kågesten, A., Bajos, N., Bohet, A., & Moreau, C. (2014). Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Human Reproduction*, 30(1), 186-196.
86. Kapadia, F., Finer, L. B., & Klukas, E. (2011). Associations between perceived partner support and relationship dynamics with timing of pregnancy termination. *Women's Health Issues*, 21(3), S8-S13.
87. Kaysen, D., & Stake, J. E. (2001). From Thought to Deed: Understanding Abortion Activism 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(11), 2378-2400.
88. Kendall, T., Bird, V., Cantwell, R., & Taylor, C. (2012). To meta-analyse or not to meta-analyse: abortion, birth and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 12-14.
89. Kero, A., & Lalos, A. (2000). Ambivalence-a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 81-91.
90. Kero, A., & Lalos, A. (2004). Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 135-143.
91. Kesen, N. F., Polat, G., & Dasbas, S. (2015). Opinions on abortion among a group of university students in Turkey. *International Journal of Humanities and Social Science*, 7(1), 89-95.
92. Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 43(2), 103-109.
93. Konkolý Thege B., Martos T., Skrabski Á. és Kopp M. (2008). A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmességét Mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(3), 243-261.
94. Konkolý Thege, B., Pilling, J., Székely, A., & Kopp, M. S. (2013). Relationship between religiosity and health: Evidence from a post-communist country. *International journal of behavioral medicine*, 20(4), 477-486.
95. Kopp M. és Skrabski Á. (2006). Gyermekvállalás és életminőség. In Kopp M. és Kovács M. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 253-262). Budapest: Semmelweis Kiadó.
96. Kovács É., Balog P. és Preisz, L. (2012). A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(1), 57-84.

97. Központi Statisztikai Hivatal (2007). *Terhességmegszakítások 1995-2006*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: <http://www.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/terhesmegsz06.pdf>
98. Központi Statisztikai Hivatal (2017). *Terhességmegszakítások*. Letöltve: 2018. 11. 20-án: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/terhesmegsz16.pdf>
99. Központi Statisztikai Hivatal (2018). *Magyarország, 2017*. Letöltve: 2018. 11. 20-án: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2017.pdf>
100. Kroelinger, C. D., & Oths, K. S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112-119.
101. Kruglanski, A. W. (2005). *A zárt gondolkodás pszichológiája*. Budapest: Osiris Kiadó.
102. Kruglanski, A. W., Webster, D. M., & Klem, A. (1993). Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 65(5), 861-861.
103. Kulczycki, A. (1995). Abortion policy in postcommunist Europe: The conflict in Poland. *Population and Development Review*, 471-505.
104. Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639.
105. Labandera, A., Gorgoroso, M., & Briozzo, L. (2016). Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(S1), S7-S11.
106. Ladd, E. C., & Bowman, K. H. (1999). *Public opinion about abortion*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: http://www.aei.org/wp-content/uploads/2014/07/-public-opinion-about-abortion_154617113232.pdf
107. Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46(10), 2033-2040.
108. Leask, M. (2014). Constructing women as mentally troubled: The political and performative effects of psychological studies on abortion and mental health. *Women's Studies Journal*, 28(1), 74-82.
109. Lester, D., Hadley, R. A., & Lucas, W. A. (1990). Personality and a pro-death attitude. *Personality and individual differences*, 11(11), 1183-1185.
110. Lindberg, L. D., & Kost, K. (2014). Exploring US men's birth intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 18(3), 625-633.
111. Littman, L. L., Zarcadoolas, C., & Jacobs, A. R. (2009): Introducing abortion patients to a culture of support: A pilot study. *Archives of women's mental health*, 12(6). 419-431.

112. Loll, D., & Hall, K. S. (2018): Differences in abortion attitudes by policy context and between men and women in the World Values Survey. *Women & health*, 59(5), 1–16.
113. Major, B. (2003). Psychological implications of abortion — highly charged and rife with misleading research. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1257–1258.
114. 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>
115. Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 452–463.
116. Major, B., & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735–745.
117. Major, B., Zubek, J. M., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1349–1363.
118. Makay Zs. (2014). Fogamzásgátlási módszerek alkalmazása párkapcsolatban élő nők körében. In Spéder Zs. (szerk.), *A család vonzásában. Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére* (pp. 127-156.) Budapest: KSH Népeségstudományi Kutatóintézet.
119. Makenzius, M. (2012). *Unintended Pregnancy, Abortion and Prevention: Women and Men's Experiences and Needs* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis). Letöltve: 2018. 02. 06-án: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:543885/FULLTEXT01.pdf>
120. Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(4), 260-269.
121. Marecek, J., Macleod, C., & Hoggart, L. (2017). Abortion in legal, social, and healthcare contexts. *Feminism & Psychology*, 27(1), 4–14.
122. Martos T. és Konkoly Thege B. (2012). Aki keres, és aki talál–az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 125-149.
123. McCullough, L. B., & Chervenak, F. A. (2008). A critical analysis of the concept and discourse of „unborn child”. *The American Journal of Bioethics*, 8(7), 34–39.
124. Mikołajczak, M., & Bilewicz, M. (2015). Foetus or child? Abortion discourse and attributions of humanness. *British Journal of Social Psychology*, 54(3), 500–518.

125. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. London: Sage Publications.
126. Millar, E. (2015). 'Too Many' Anxious White Nationalism and the Biopolitics of Abortion. *Australian Feminist Studies*, 30(83), 82-98.
127. Miller, W. B. (1994). The relationship between childbearing motivations and attitude toward abortion among married men and women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 26(4), 165-168.
128. Milosavljevic, J., Krajnovic, D., Bogavac-Stanojevic, N., & Mitrovic-Jovanovic, A. (2015). Serbian gynaecologists' views on contraception and abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 141-148.
129. Molloy, G. J., Sweeney, L. A., Byrne, M., Hughes, C. M., Ingham, R., Morgan, K., et al (2015). Prescription contraception use: a cross-sectional population study of psychosocial determinants. *BMJ open*, 5(8), e007794.
130. Moseley, D. T., Follingstad, D. R., Harley, H., & Heckel, R. V. (1981). Psychological factors that predict reaction to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 276-279.
131. Munson, Z. W. (2005). God, abortion, and democracy in the pro-life movement. In Bane, M. H., Coffin, B., & Higgins, R. (eds.), *Taking faith seriously* (pp. 277–300). Letöltve 2018. 02. 06-án: <https://www.lehigh.edu/~zim2/chap09.pdf>
132. Myran, D. T., Carew, C. L., Tang, J., Whyte, H., & Fisher, W. A. (2015). Medical students' intentions to seek abortion training and to provide abortion services in future practice. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(3), 236-244.
133. Nagy J. (2015). OTKA/79148, Nagy J., 2009-2014
134. Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: A clinical study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12(2), 168-174.
135. Newport, F., & Bird, R. (2017). On abortion, Americans discern between immoral and illegal (Americans' views on abortion). Gallup. Letöltve: 2018. 02. 06-án: <http://news.gallup.com/opinion/polling-matters/214331/abortion-americans-discern-immoral-illegal.aspx>.
136. Ney, P., Ball, K., & Sheils, C. (2010). Results of group psychotherapy for abuse, neglect and pregnancy loss. *Current Women's Health Reviews*, 6(4), 332-340.
137. Nieminen, P., Lappalainen, S., Ristimäki, P., Myllykangas, M., & Mustonen, A. M. (2015). Opinions on conscientious objection to induced abortion among Finnish medical and nursing students and professionals. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 17.
138. Nixon, L., Mejia, P., Arbatman, L., Seklir, L., Woodruff, K., Cockrill, K., et al (2016). "Regret," "risk," and "murder": an analysis of abortion stigma in the news. *Contraception*, 94(4), 399.

139. Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21(3 Suppl), 49-54.
140. Pace, L., Sandahl, Y., Backus, L., Silveira, M. & Steinauer, J. (2008). Medical Students for Choice's Reproductive Health Externships: impact on medical students' knowledge, attitudes and intention to provide abortions. *Contraception*, 78(1), 31– 35.
141. Pacheco, J., & Kreitzer, R. (2015). Adolescent Determinants of Abortion Attitudes: Evidence from the Children of the National Longitudinal Survey of Youth. *Public opinion quarterly*, 80(1), 66-89.
142. Pápay N., Rigó A., Nagybányai Nagy O., és Soltész A. (2014). A gyermekvállalási attitűdök alakulásának pszichoszociális meghatározói. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(1), 1-30.
143. Papworth, V. (2011). Abortion services: the need to include men in care provision. *Nursing Standard*, 25(40), 35-37.
144. 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.
145. Patev, A. J., Hood, K. B., & Hall, C. J. (2019). The interacting roles of abortion stigma and gender on attitudes toward abortion legality. *Personality and Individual Differences*, 146, 87-92.
146. Perczel Forintos D., Ajtay Gy., Barna Cs., Kiss Zs. és Komlósi, S. (2012). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (3. kiadás) Budapest: Semmelweis Kiadó.
147. Peterson, A. T., Kelly, J., & Ferzandi, T. R. (2016). US Medical Student Attitudes Regarding Abortion Before and After Their OB/GYN Clerkship [25B]. *Obstetrics & Gynecology*, 127, 25S.
148. Pongrácz Tné (2012). Családtervezési döntések. *Kapocs*, 11(4), 8-16.
149. Pongrácz Tné (2002). Az első gyermek vállalásának társadalmi-demográfiai aspektusai. *Demográfia*, 45(4), 438-448.
150. Pongrácz Tné és S. Molnár E. (1992). Terhességmegszakítások a statisztikai adatok és a közvélemény tükrében. In Andorka R., Kolosi T., Vukovich Gy. (szerk.), *Társadalmi riport 1992* (pp. 289–317). Budapest: TÁRKI.
151. Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). The changing body work of abortion: a qualitative study of the experiences of health professionals. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 78-94.

152. 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.
153. Rahe, R. H. & Tolles, R. L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61-70.
154. Rasch, V. (2011). Unsafe abortion and postabortion care—an overview. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90(7), 692-700.
155. Reardon, D. C. (1994). Psychological reactions reported after abortion. *The Post-Abortion Review*, 2(3), 4-8.
156. Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE open medicine*, 6, 1-38.
157. Reich, J. A., & Brindis, C. D. (2006). Conceiving risk and responsibility: A qualitative examination of men's experiences of unintended pregnancy and abortion. *International Journal of Men's Health*, 5(2), 133–152.
158. Ring-Cassidy, E., & Gentles, I. J. (2003). Women's health after abortion: the medical and psychological evidence. DeVeber Institute for Bioethics and Social Research, 15.
159. Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., & Foster, D. G. (2013): Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3). 122–131.
160. Rokeach, M. (1960): The Open and Closed Mind. New York, Basic Books, Inc.
161. Rodríguez-Calvo, M. S., Martínez-Silva, I. M., Soto, J. L., Concheiro, L. & Muñoz- Barús, J. I. (2012). University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine*, 14(4), 209-213.
162. Roman, R. E., & Lester, D. (1999). Abortion attitudes and personality. *Psychological reports*, 85(2), 528-528.
163. Roth, L. M., & Kroll, J. C. (2007). Risky business: Assessing risk preference explanations for gender differences in religiosity. *American Sociological Review*, 72(2), 205-220.
164. Rózsa S. (2010). A Big Five Inventory magyar adaptációja. Kézirat.
165. Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10), SR5-SR16.

166. Saad, L. (2010). Education Trumps Gender in Predicting Support for Abortion. Letöltve: 2018. 02. 06-án: [http:// www.gallup.com/poll/127559/education-trumps-gender-predicting-support-abortion.aspx#2](http://www.gallup.com/poll/127559/education-trumps-gender-predicting-support-abortion.aspx#2).
167. Ságvári B. (2009): *Kultúra és gazdaság. Az értékek szerepe a gazdasági fejlődésben. Elmélet és empiria* (Doktori disszertáció, ELTE, Budapest). Letöltve 2017. 09. 10-én: http://doktori.tatk.elte.hu/2011_Sagvari.pdf
168. Savage, W. D., & Francome, C. (2017). Gynaecologists' attitude to abortion provision in 2015. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(3), 406-408.
169. Schwartz, S. H. (2003). A proposal for measuring value orientations across nations. *Questionnaire Package of the European Social Survey*, 259(290), 261.
170. Secret, P. E. (1987). The impact of region on racial differences in attitudes toward legal abortion. *Journal of Black Studies*, 17(3), 347-369.
171. Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Åhman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625–632.
172. Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omidéyi, A. K., Palomino, N., et al (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(Suppl 1), S111-125.
173. Shotorbani, S., Zimmerman, F. J., Bell, J. F., Ward, D. & Assefi, N. (2004). Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(2), 58-63.
174. Shusterman, L. R. (1979). Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 683-689.
175. Siegel, R. B. (2008): The right's reasons: constitutional conflict and the spread of woman-protective antiabortion argument. *Duke LJ*, 57(6).1641–1692.
176. Sisson, G., & Kimport, K. (2014). Telling stories about abortion: abortion-related plots in American film and television, 1916-2013. *Contraception*, 89(5), 413–418.
177. Sisson, G., & Rowland, B. (2017). „I was close to death!”: abortion and medical risk on American television, 2005-2016. *Contraception*, 96(1), 25–29.
178. Sjöström, S., Essén, B., Sydén, F., Gemzell-Danielsson, K. & Klingberg-Allvin, M. (2014). Medical students' attitudes and perceptions on abortion: a cross-sectional survey among medical interns in Maharashtra, India. *Contraception*, 90(1), 42–46.
179. Smetana, J. G., & Adler, N. E. (1979). Decision-making regarding abortion: A value x expectancy analysis. *Population & Environment*, 2(4), 338-357.

180. Smetana, J. G., & Adler, N. E. (1980). Fishbein's value x expectancy model: An examination of some assumptions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6(1), 89-96.
181. Smith, T. W., & Son, J. (2013). Trends in public attitudes towards abortion. *General Social Survey 2012 Final Report*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: http://www.norc.ox.ac.uk/PDFs/GSS%20Reports/Trends%20in%20Attitudes%20About%20Abortion_Final.pdf
182. Smith, W., Turan, J. M., White, K., Stringer, K. L., Helova, A., Simpson, T., et al (2016). Social norms and stigma regarding unintended pregnancy and pregnancy decisions. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(2). 73–81.
183. Sowmini, C.V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters* 21(41), 243–250.
184. Steele, R. (2009). Medical students' attitudes to abortion: a comparison between Queen's University Belfast and the University of Oslo. *Journal of Medical Ethics*, 35(6), 390–394.
185. Steinberg, J. R., Jordan, B., & Wells, E. S. (2009). Science prevails: abortion and mental health. *Contraception*, 79(2), 81–83.
186. Steinberg, J. R., & Rubin, L. R. (2014). Psychological Aspects of Contraception, Unintended Pregnancy, and Abortion. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1(1), 239–247.
187. Steinberg, J. R., & Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: what's the relationship?. *Social Science & Medicine*, 67(2), 238-252.
188. Stern, E. M. (1999). Men and Post-Abortion Grief: Amendment, Resolution and Hope. *Journal of Couples Therapy*, 8(2), 61-71.
189. Stets, J. E., & Leik, R. K. (1993). Attitudes about abortion and varying attitude structures. *Social Science Research*, 22(3), 265-282.
190. Stevens, S. R., Caron, S. L., & Pratt, P. (2002). Decade In Review: The Importance of Religion in Shaping the Sexual Attitude of College Students in the 1990s. *Journal of College and Character*, 3(9)
191. Strickler, J., & Danigelis, N. L. (2002). Changing Frameworks in Attitudes Toward Abortion. *Sociological Forum*, 17(2), 187-201.
192. Sz. Makó H. (2014a). Az "abortusz-ellátás" pszichológiai perspektívái - mikor, miben és hogyan segíthet a pszichoterápiás szemléletű szakellátás a terhesség-megszakítás során. *Psychiatria Hungarica*, 29(4), 418-425.

193. Sz. Makó H. (2014b). „Döntés életről-halálról”. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola.
194. Sz. Makó H. és Kiss E. Cs. (2015). A művi abortusz nők mentális egészségére gyakorolt rövid és hosszú távú hatása a reziliencia, coping és neuroticizmus jellemzőkkel összefüggésben. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 93-109.
195. Szigeti F. J. és Konkoly Thege B. (2012). A meddőség pszichés velejárói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 713-731.
196. Tavares, L. P. (2010). *Who delays childbearing? The relationships between fertility, education and personality traits*. Letöltve: 2018. 02. 18-án: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/65974/1/632258969.pdf>
197. Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455—472.
198. Thorp, J. M., Hartmann, K. E., & Shadigian, E. (2003). Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 58(1), 67-79.
199. Tollefsen, C. (2015). Pope Francis and Abortion. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality*, 21(1), 56–68.
200. Trninić, Z., Bender, M., Šutalo, N., Kozomara, D., Lasić, V., Bevanda, D. et al (2017). Attitudes of Students of Medicine, University of Mostar According to Induced Abortion. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 866–871.
201. Turay A., Horváth B., Kovács L., és Kneffel P. (1997). Terhességmegszakítás és párkapcsolat. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 60, 227-230.
202. Uldall, S. W. (2015). How Danes evaluate moral claims related to abortion: a questionnaire survey. *Journal of Medical Ethics*, 41(7), 570–572.
203. van Ditzhuijzen, J., Brauer, M., Boeije, H., & van Nijnatten, C. H. (2019). Dimensions of decision difficulty in women’s decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PloS one*, 14(2), e0212611.
204. Vandamme, J., Buysse, A., Loeys, T., Vrancken, C., & T’Sjoen, G. (2017). The decision to have an abortion from both partners’ perspectives: a dyadic analysis. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 30-37.
205. Wallin Lundell, I., Öhman, S. G., Sundström Poromaa, I., Högberg, U., Sydsjö, G., & Skoog Svanberg, A. (2015). How women perceive abortion care: a study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(3), 211-222.

206. Wang, G., & Buffalo, M. D. (2004). Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss' hypotheses. *The Social Science Journal*, 41(1), 93–105.
207. Webster, D. M. & Kruglanski, A. W. (1994): Individual Differences in Need for Cognitive Closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1049–1062.
208. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford, 399-411.
209. Weitz, T. A., & Kimport, K. (2012). A need to expand our thinking about “repeat” abortions. *Contraception*, 85(4), 408-412.
210. Wiebe, E. R., Littman, L. L., & Kaczorowski, J. (2015). Knowledge and attitudes about contraception and abortion in Canada, US, UK, France and Australia. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)*, 5(9), 322.
211. Wiebe, E. R., Trouton, K. J., Fielding, S. L., Grant, H., & Henderson, A. (2004). Anxieties and attitudes towards abortion in women presenting for medical and surgical abortions. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(10), 881-885.
212. Woodruff, K. (2013). *Abortion in U.S. Newspapers, 2013*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: <https://apha.confex.com/apha/142am/webprogram/Paper307732.html>.
213. Woodruff, K. (2019). Coverage of Abortion in Select US Newspapers. *Women's Health Issues*, 29(1), 80–86.
214. Woodruff, K., Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2018). Attitudes Toward Abortion After Receiving vs. Being Denied an Abortion in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(4), 452-463.
215. World Health Organization (2007). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Letöltve: 2018. 02. 06-án: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241596121/en/
216. World Health Organization (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation. Letöltve: 2018. 02. 06-án: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
217. Zabin, L. S., Huggins, G. R., Emerson, M. R., & Cullins, V. E. (2000). Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. *Family Planning Perspectives*, 32(1), 39-45.
218. Zigerell, L. J., & Barker, D. C. (2011). Safe, Legal, Rare... and Early: Gender and the Politics of Abortion. *Journal of Elections, Public Opinion and Parties*, 21(1), 83-96.
219. Zoller R., Harmathy É. és Molnár L. (2004). Nők az abortusz előtt. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(3), 245-264.

Hivatkozott jogszabályok:

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről

32/1992. (XII. 23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról

MELLÉKLETEK

Az Abortusz Érvelés Kérdőív magyarázómodellje: kizárt változók és az AÉK P és M skálájára vonatkozó lineáris regresszióanalízis eredményei

AÉK

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
Hány alkalommal volt terhes?	,093 ^l	1,664	,097	,062	,232
Hány testvére van?	-,040 ^l	-1,425	,154	-,054	,938
Mennyire gondolja magát tájékozottnak a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban?	,015 ^l	,534	,593	,020	,968
A közvetlen környezetében (család, közeli barátok) előfordult-e művi abortusz?	,039 ^l	1,400	,162	,053	,951
Nem	-,031 ^l	-1,133	,258	-,043	,988
Big Five Rövidített-Extraverzió	-,018 ^l	-,554	,580	-,021	,696
Big Five Rövidített-Barátságosság	,032 ^l	1,029	,304	,039	,752
Big Five Rövidített-Lelkiismeretesség	,029 ^l	,954	,341	,036	,762
Big Five Rövidített-Neuroticitás	,042 ^l	1,351	,177	,051	,763
Big Five Rövidített-Nyitottság	-,013 ^l	-,398	,691	-,015	,649
Schwartz-féle értékmodell_Én-átalakulás	-,013 ^l	-,438	,662	-,016	,807
LIK_SZOC	-,005 ^l	-,159	,874	-,006	,898
LIK	,013 ^l	,265	,791	,010	,300
LIK_D	,045 ^l	1,489	,137	,056	,787
LIK_BSZE	-,014 ^l	-,396	,693	-,015	,574
LIK_ÚJ	-,018 ^l	-,559	,576	-,021	,692

55. táblázat. AÉK – kizárt változók

AÉK_P

8 változó szignifikáns magyarázóerővel (stepwise módszer)

(F(8)=65,036, p<0,001; adj R²=0,416) (56. táblázat)

	β	t	p
(Constant)		13,458	0,000
gyermek száma	-0,382	-6,338	0,000
tervezett gyermek száma	-0,305	-7,941	0,000
vallásosság (dummy)	-0,190	-6,097	0,000
terhességek száma	0,137	2,413	0,016

Értékteszt_ Önmegvalósítás	0,130	4,100	0,000
Értékteszt_ Nyitottság	0,104	3,152	0,002
Élet értelmessége	-0,099	-3,059	0,002
gyermekvállalás fontossága	-0,095	-2,188	0,029

56. táblázat. Az Abortusz Megítélés Kérdőív Személyes Érvelés skálájának magyarázó modelljében részt vevő változók erőssorrendben

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
Hány testvére van?	-,041	-1,404	,161	-,053	,935
Mennyire gondolja magát tájékozottnak a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban?	,020	,686	,493	,026	,975
A közvetlen környezetében (család, közeli barátok) előfordult-e művi abortusz?	,040	1,344	,179	,050	,939
kor	,052	1,360	,174	,051	,565
Nem	-,031	-1,082	,279	-,041	,990
Big Five Rövidített-Extraverzió	-,031	-,958	,338	-,036	,769
Big Five Rövidített-Barátságosság	,019	,584	,559	,022	,788
Big Five Rövidített-Lelkiismeretesség	,049	1,592	,112	,060	,858
Big Five Rövidített-Neuroticitás	,017	,532	,595	,020	,796
Big Five Rövidített-Nyitottság	,020	,579	,563	,022	,698
Schwartz-féle értékmodell_Én-átalakulás	,002	,052	,958	,002	,909
Schwartz-féle értékmodell_ Megőrzés	-,052	-1,611	,108	-,060	,781
LIK_SZOC	,002	,068	,946	,003	,946
LIK	,034	1,117	,265	,042	,874
LIK_RSZ	,058	1,917	,056	,072	,878
LIK_D	,043	1,352	,177	,051	,816
LIK_TK	-,045	-1,531	,126	-,057	,921
LIK_BSZE	,024	,787	,432	,030	,853
LIK_ÚJ	-,017	-,532	,595	-,020	,835

57. táblázat. AÉK_P– kizárt változók

13 változó szignifikáns magyarázóerővel (stepwise módszer)
($F(13)=54,931$, $p<0,001$; adj $R^2=0,494$) (58. táblázat)

	β	t	p
(Constant)		5,876	0,000
gyermek száma	0,288	7,242	0,000
vallásosság (dummy)	0,244	8,211	0,000
tervezett gyermek száma	0,186	4,862	0,000
Értékteszt_Megőrzés	0,139	4,287	0,000
gyermekvállalás fontossága	0,134	3,273	0,001
kor	-0,122	-3,568	0,000
élet értelmessége	0,122	3,563	0,000
Értékteszt_Önmegvalósítás	-0,102	-3,270	0,001
LIK_Rend és Szervezettség Igénye	-0,080	-2,577	0,010
LIK_Döntéskészség	-0,078	-2,533	0,012
Értékteszt_Nyitottság	-0,077	-2,314	0,021
Big Five – Neuroticitás	-0,071	-2,284	0,023
LIK_Többszemp. kerülése	0,068	2,457	0,014

58. táblázat. Az Abortusz Megítélés Kérdőív Morális Érvelés skálájának magyarázó modelljében részt vevő változók erőssorrendben

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics Tolerance
Hány alkalommal volt terhes?	-,080	-1,454	,146	-,055	,232
Hány testvére van?	,032	1,158	,247	,044	,923
Mennyire gondolja magát tájékozottnak a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban?	-,004	-,159	,874	-,006	,952
A közvetlen környezetében (család, közeli barátok) előfordult-e művi abortusz?	-,027	-1,001	,317	-,038	,944
Nem	,033	1,238	,216	,047	,986
Big Five Rövidített-Extraverzió	,010	,321	,749	,012	,664
Big Five Rövidített-Barátságosság	-,048	-1,541	,124	-,058	,712
Big Five Rövidített-Lelkiismeretesség	-,022	-,657	,512	-,025	,647
Big Five Rövidített-Nyitottság	,044	1,324	,186	,050	,641
Schwartz-féle értékmodell_Én-átalakulás	,016	,531	,596	,020	,806

LIK_SZOC	,006	,209	,835	,008	,890
LIK	,062	1,132	,258	,043	,238
LIK_BSZE	,043	1,203	,229	,045	,545
LIK_ÚJ	,010	,310	,757	,012	,686

59. táblázat. *AÉK_M – kizárt változók*

K2 vizsgálat

	N	MD	SD	Min	Max	α	itemek
STAI_S	72	41,29	12,50	20	77	0,95	20
RAS	72	23,58	6,71	9	35	0,88	7
PSS4	72	8,12	2,85	2	18	0,78	4
Énhatékony	72	8,78	2,46	2	12	0,85	4
PTGI	72	31,65	23,43	0	85	0,93	21
PTGI_T	72	9,36	7,82	0	26	0,83	7
PTGI_L	72	6,81	6,65	0	24	0,83	5
PTGI_E	72	7,85	5,92	0	20	0,84	4
PTGI_S	72	1,96	2,55	0	9	0,51	2
PTGI_ET	72	5,68	4,92	0	15	0,80	3
IESR	72	21,50	20,03	0	60	0,92	15
Elf_veszélyeztető	65	4,32	1,05	1	5	0,93	7
Elf_élethelyzeti	65	2,97	1,10	1	5	0,94	11

STAI-S: Spielberger-féle Szorongás Kérdőív – Állapot-szorongás; **RAS:** Kapcsolati elégedettség skála; **PSS4:** Észlelt Stressz Kérdőív; **PTGI:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív; **PTGI_T:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív – Társas Kapcsolatok Elmélyülése; **PTGI_L:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív – Új Lehetőségek Felismerése; **PTGI_E:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív – Személyes Erő Átétele; **PTGI_S:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív – Spirituális Változás; **PTGI_ET:** Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív – Élet Tisztelete; **IESR:** Események Hatása Kérdőív (Rövidített); **Elf_veszélyeztető:** Művi abortusz elfogadása: veszélyeztető körülmények; **Elf_élethelyzeti:** Művi abortusz elfogadása: élethelyzeti/társas körülmények

48. táblázat. *Az egyes skálák átlag-, minimum és maximum értékei és megbízhatósági mutatója*

		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 STAI_S	r		0,714	-0,428									
	p	0,094	0,000	0,000	0,178	0,071	0,261	0,528	0,927	0,189	0,130	0,064	0,330
	N	64	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
2 RAS	r			0,291							-0,296	-0,250	-0,282
	p		0,102	0,020	0,161	0,542	0,108	0,070	0,185	0,468	0,018	0,046	0,024
	N		64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
3 PSS4	r			-0,440							0,239	0,293	
	p			0,000	0,988	0,765	0,765	0,965	0,434	0,545	0,043	0,013	0,199
	N			72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
4 Énhát.	r												
	p				0,917	0,571	0,961	0,996	0,469	0,922	0,672	0,253	0,819
	N				72	72	72	72	72	72	72	72	72
5 PTGI	r										0,452	0,417	0,401
	p										0,000	0,000	0,000
	N										72	72	72
6 PTGI_T	r						0,667	0,594	0,526	0,595	0,399	0,338	0,379
	p						0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,004	0,001
	N						72	72	72	72	72	72	72
7 PTGI_L	r							0,779	0,571	0,708	0,408	0,389	0,351
	p							0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,003
	N							72	72	72	72	72	72
8 PTGI_E	r								0,466	0,615	0,309	0,270	0,286
	p								0,000	0,000	0,008	0,022	0,015
	N								72	72	72	72	72
9 PTGI_S	r									0,378	0,373	0,399	0,287
	p									0,001	0,001	0,001	0,015
	N									72	72	72	72
10 PTGI_ET	r										0,402	0,388	0,342
	p										0,000	0,001	0,003
	N										72	72	72
11 IESR													
12 IESR_eb	r												0,627
	p												0,000
	N												72
13 IESR_elk													

49. táblázat. Az egyes skálák közti együttjárások

Magyarázó modellek

Modell	F	df	adj R ²	p
1x2 (IES-R x MÚLT)	6,032	5	0,279	<0,001
2x2 (PTGI x MÚLT)	7,895	3	0,241	<0,001
2x3 (PTGI x JELEN)	14,130	1	0,336	0,001
2x2 (DÖNTÉS x MÚLT)	5,999	2	0,133	0,004
2x3 (DÖNTÉS x JELEN)	11,653	2	0,450	<0,001

51. táblázat. Az IES-R, PTGI és Döntéshozatallal való elégedettség magyarázó modelljei

KÉRDŐÍV

1. Nem
 - ☐ férfi
 - ☐ nő
2. Melyik évben született?
.....
3. Az állandó lakhelye típusa szerint
 - ☐ főváros
 - ☐ megyeszékhely
 - ☐ megyei jogú város
 - ☐ város
 - ☐ község
4. Mi a legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?
 - ☐ 8 általános vagy kevesebb
 - ☐ szakmunkásképző, szakiskola
 - ☐ érettségi
 - ☐ nem egyetemi szintű felsőfokú iskolai oklevél
 - ☐ főiskolai vagy egyetemi oklevél, diploma
 - ☐ posztgraduális vagy doktori végzettség
5. Jelenleg mi a fő tevékenysége?
 - ☐ tanul, részt vesz valamilyen iskolában vagy tanfolyamon
 - ☐ dolgozik, akár bejelentve, akár nem, akár alkalmazottként, akár vállalkozóként
 - ☐ álláskereső járadékot kap
 - ☐ munkanélküli, ellátás nélkül
 - ☐ csecsemőgondozási díjat kap
 - ☐ GYED-en vagy GYES-en van
 - ☐ főállású anya, gyermeknevelési támogatást (GYET-et) kap
 - ☐ háztartásbeli, otthon van
 - ☐ rokkantnyugdíjas, rokkantjáradékos
 - ☐ szociális segélyt kap
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
6. Mi a jelenlegi családi állapota?
 - ☐ nőtlen/hajadon
 - ☐ együtt él a partnerével, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül
 - ☐ házasságban él
 - ☐ bejegyzett élettársi kapcsolatban él
 - ☐ elvált

☐ özvegy

7. Hány alkalommal volt terhes? (nőknél)

- ☐ egyszer sem
- ☐ egyszer
- ☐ kétszer
- ☐ háromszor
- ☐ négyszer vagy többször

8. Hány gyermeke van?

- ☐ nincs gyermekem
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 vagy több

9. Hány testvére van?

- ☐ nincs testvérem
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 vagy több

10. A jövőben hány gyermeket szeretne vállalni?

- ☐ nem szeretnék gyermeket vállalni
- ☐ egyet
- ☐ kettőt
- ☐ hármat
- ☐ négyet vagy többet
- ☐ nem tudja, nem válaszol

11. Ha minden adott egy nő, illetve férfi életében, mit gondol, mikor ideális az első gyermeket vállalnia? Tegyen x-et a megfelelő rubrikába!

	nők	férfiak
20 éves kor alatt		
20-25 éves kor között		
26-30 éves kor között		
31-35 éves kor között		
36-40 éves kor között		
40 éves kor felett		

12. Ha már van gyermeke, hány éves volt, amikor az első gyermeke megszületett?

13. Ha még nincs gyermeke, Ön hány éves korában szeretné, hogy megszülessen az első gyermeke?

- ☐ 20 éves korom előtt

- ☐ 20-25 éves korom között
- ☐ 26-30 éves korom között
- ☐ 31-35 éves korom között
- ☐ 36-40 éves korom között
- ☐ 40 éves korom felett

14. Mennyire gondolja fontos célnak a gyermekvállalást a saját életében?

- ☐ a legfontosabb cél
- ☐ nagyon fontos cél
- ☐ kevéssé fontos cél
- ☐ egyáltalán nem fontos cél
- ☐ nem tudja, nem válaszol

15. Mennyire gondolja magát tájékozottnak a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban?

nagyon tájékozott vagyok válaszol					egyáltalán nem vagyok tájékozott	nem tudja, nem
1	2	3	4	5		X

16. Magyarországon a terhesség csak veszélyeztetettség, illetőleg az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén, a terhesség 12. hetéig szakítható meg. A beavatkozás előtt a nőknek két alkalommal kötelező védőnői családvédelmi tanácsadáson kell megjeleníteniük. Véleménye szerint a jelenlegi szabályozást....

- ☐ enyhíteni kellene
- ☐ nem szükséges megváltoztatni
- ☐ szigorítani kellene
- ☐ nem tudja, nem válaszol

17. Mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortusz engedélyezését a következő esetekben?

1: egyáltalán nem tartom elfogadhatónak..... 5: teljesen elfogadhatónak tartom
X: nem tudja, nem válaszol

	az anya fiatalkorú	1	2	3	4	5	X
	az apa fiatalkorú	1	2	3	4	5	X
	a várandósság veszélyes az anyára nézve	1	2	3	4	5	X
	a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	1	2	3	4	5	X
	a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	1	2	3	4	5	X
	az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1	2	3	4	5	X
	az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1	2	3	4	5	X
	az anyának már van egy élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
	az anyának már van két élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
	az anyának már van három élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
	az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
	az anya egyedülálló	1	2	3	4	5	X

	az anya párkapcsolata instabil	1	2	3	4	5	X
	az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	1	2	3	4	5	X
	az anya nem bíz abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	1	2	3	4	5	X
	a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	1	2	3	4	5	X
	az anya hajléktalan	1	2	3	4	5	X
	a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	1	2	3	4	5	X
	az anyának volt már művi abortusza	1	2	3	4	5	X
	egyéb, éspedig:						

18. A felsoroltak közül melyek esetén tartja elképzelhetőnek, hogy Ön (férfiak esetén: a partnere) a művi abortuszt választaná? Tegyen x-et a megfelelő rubrikába (első oszlop)! Többet is megjelölhet!

19. A közvetlen környezetében (család, közeli barátok) előfordult-e művi abortusz?

- ☐ igen, számú esetben
☐ nem
☐ nem tudja, nem válaszol

20. Mit gondol, tapasztalható-e negatív megítélés vagy megbélyegzés a magyar társadalomban azokkal a nőkkel szemben, akik művi abortuszon esnek át?

soha nem

gyakran

tapasztaltam illet
ilyet

tapasztalok

1 2 3 4 5 6 7

21. Mit gondol, tapasztalható-e negatív megítélés vagy megbélyegzés a magyar társadalomban azokkal szemben, akik részt vesznek a művi terhességmegszakítást választó nők ellátásában (tanácsadást, orvosi ellátást végzők stb.)?

soha nem

gyakran

tapasztaltam illet
ilyet

tapasztalok

1 2 3 4 5 6 7

22. Tudja-e, hogyan alakult a művi abortuszok száma hazánkban az elmúlt években?

- ☐ jelentősen növekedett
☐ kicsit növekedett
☐ nem változott
☐ kicsit csökkent
☐ jelentősen csökkent
☐ nem tudja

23. Vallásosnak tartja-e magát?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ nem válaszol

24. Tagja-e olyan közösségnek, amely tiltja a művi abortuszt?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ nem válaszol

Abortusz megítélés kérdőív

A következőkben abortusszal kapcsolatos állításokat olvashat. Kérem, figyelmesen olvasson el minden egyes állítást és tegyen egy x-et a megfelelő rubrikába, annak megfelelően, hogy az állítással teljesen egyetért, egyetért, azzal kapcsolatban vegyes érzelmei vannak, nem ért egyet, vagy egyáltalán nem ért egyet.

Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérem, ne hagyjon ki egy kérdést sem!

	teljesen egyetérték	egyetérték	vegyes érzelmei m vannak	nem érték egyet	egyáltalán nem érték egyet
1. Az abortusz személyes döntésen alapul.					
2. Az abortusz veszélyt jelent a társadalmunkra.					
3. A nő kezében kell lennie az irányításnak arról, hogy mi történik a saját testével. Legyen meg a lehetősége, hogy az abortuszt választhassa.					
4. Egyedül Isten - és nem az ember - döntheti el, hogy egy magzat életben maradjon-e.					
5. Még ha úgy véljük is, hogy talán van néhány kivétel, az abortusz alapvetően nem helyes.					
6. Az abortusz sérti a meg nem született személy alapvető jogát az élethez.					
7. A nőnek lehetősége kell legyen gyakorolnia az önrendelkezési jogát azáltal, hogy az abortuszt választja.					
8. Az abortusz betiltása elvenné a nők önrendelkezési					

és saját személyüket érintő jogait.					
9. Az abortusz betiltása sérti a nők állampolgári jogait.					
10. Az abortusz erkölcsileg elfogadhatatlan és indokolatlan.					
11. Az abortuszt illetően nem meghatározó az az érv, hogy a meg nem született magzat önálló emberi lény.					
12. Az abortusz úgy is jellemezhető, mint az emberélet igazságtalan elvétele.					
13. A nőnek jogában kell állnia, hogy saját életkörülményei alapján dönthessen az abortuszról.					
14. Ha egy nő úgy érzi, hogy egy gyermek esetleg tönkretenné az életét, meg kellene fontolnia az abortusz lehetőségét.					
15. Az abortusz tönkreteheti az anyaság szentségét.					
16. Egy meg nem született magzatnak ugyanolyan jogai vannak, mint bármelyik embernek.					
17. Ha egy nő úgy érzi, hogy nem tud gondoskodni egy csecsemőről, legyen lehetősége abortuszra.					
18. Az abortusz egy élet elpusztítása egy másik kényelme érdekében.					
19. Az abortusz azonos a gyilkossággal.					
20. Még ha úgy véljük is, hogy bizonyos esetekben az abortusz erkölcstelen, alapvetően mindig a nő saját döntése kell hogy legyen.					

Schwartz-féle értékmodell (Schwartz, 2004)

Embereket jellemzünk röviden a következőkben. Kérjük olvassa el ezeket a jellemzéseket, és mondja meg, hogy mennyire hasonlítanak, vagy nem hasonlítanak ezek az emberek Önre. Karikázza be azt a számot, amelyik azt mutatja, hogy mennyire hasonlít ez a személy Önre!

	egyáltalán nem hasonlít rám	nem hasonlít rám	inkább nem hasonlít rám	inkább hasonlít rám	hasonlít rám	teljesen hasonlít rám
1. Fontos számára, hogy új dolgokat találjon ki, hogy kreatív legyen. Szereti a dolgokat a saját egyéni módján intézni.	1	2	3	4	5	6
2. Fontos számára, hogy gazdag legyen. Azt akarja, hogy sok pénze és drága dolgai legyenek.	1	2	3	4	5	6
3. Fontosnak tartja, hogy minden ember egyforma bánásmódban részesüljön. Azt gondolja, hogy mindenkinek egyenlő lehetőséggel kellene rendelkeznie az életben.	1	2	3	4	5	6
4. Fontos számára, hogy megmutassa képességeit. Azt akarja, hogy az emberek negyra becsüljék azért, amit tesz.	1	2	3	4	5	6
5. Fontos számára, hogy biztonságos körülmények között éljen. Elkerül mindent, ami veszélyezteti a biztonságát.	1	2	3	4	5	6
6. Szereti a meglepetéseket, és szeret mindig új dolgokat csinálni. Fontosnak tartja, hogy az ember különféle dolgokat csináljon életében.	1	2	3	4	5	6
7. Azt gondolja, hogy az embereknek azt kell csinálniuk, amit mások mondanak nekik. Azt gondolja, hogy az embereknek mindig be kell tartaniuk a szabályokat, akkor	1	2	3	4	5	6

is, amikor senki nem figyeli őket.						
8. Fontos számára, hogy meghallgassa azokat, akik másnyelven, mint ő. Még akkor is, ha nem ért egyet velük, meg akarja érteni őket.	1	2	3	4	5	6
9. Fontos számára, hogy szerény és visszafogott legyen. Megpróbál úgy élni, hogy ne vonja magára mások figyelmét.	1	2	3	4	5	6
10. Fontos számára, hogy jól érezze magát. Szereti kényeztetni magát.	1	2	3	4	5	6
11. Fontos számára, hogy saját maga döntsön arról, hogy mit csinál. Szeret szabad lenni és nem függni másoktól.	1	2	3	4	5	6
12. Nagyon fontos számára, hogy segítsen a körülötte élő embereknek. Törődik mások jólétével.	1	2	3	4	5	6
13. Fontos számára, hogy nagyon sikeres legyen. Reméli, hogy az emberek elismerik a teljesítményeit.	1	2	3	4	5	6
14. Fontos számára, hogy a kormány biztosítsa biztonságát mindenféle fenyegetéssel szemben. Azt akarja, hogy az állam erős legyen, hogy meg tudja védeni polgárait.	1	2	3	4	5	6
15. Keresi a kalandokat és szeret kockázatot vállalni. Izgalmas életet akar élni.	1	2	3	4	5	6
16. Fontos számára, hogy mindig megfelelően viselkedjen. El akarja kerülni, hogy olyat tegyen, ami más ember szemében helytelen.	1	2	3	4	5	6
17. Fontos számára, hogy tiszteljék mások. Azt akarja, hogy az emberek azt csinálják, amit mond.	1	2	3	4	5	6
18. Fontos számára, hogy becsületes legyen a barátaihoz. A hozzá közel álló	1	2	3	4	5	6

embereknek akarja szentelni az életét.						
19. Komoly meggyőződése, hogy az embereknek óvniuk kell a környezetüket. Fontos számára, hogy vigyázzon a környezetére.	1	2	3	4	5	6
20. A hagyományok fontosak számára. Megpróbálja követni azokat a szokásokat, amelyeket vallási vagy családi hagyományok hagytak rá.	1	2	3	4	5	6
21. Minden lehetőséget megragad, hogy jól érezze magát. Fontos neki, hogy olyan dolgokat csináljon, amelyek örömet szereznek neki.	1	2	3	4	5	6

BFI-H-röv.

Kérjük, hogy írja az itt szereplő kijelentések elé a vonalkára azt a számot, amelyik a legjobban tükrözi, hogy az adott állítás mennyire jól, illetve rosszul illik Önre.

1	2	3	4	5
egyáltalán nem igaz rám	inkább nem igaz rám	se nem igaz, se nem hamis rám nézve	inkább igaz rám	teljesen igaz rám

Én olyan ember vagyok, aki...

1. _____ beszédes
2. _____ alapos munkát végez
3. _____ eredeti, tele van ötletekkel
4. _____ visszafogott, tartózkodó
5. _____ másokkal szemben segítőkész, önzetlen
6. _____ hajlamos a hanyagságra
7. _____ nyugodt, strapabíró
8. _____ tele van energiával
9. _____ másokkal vitába száll
10. _____ megbízhatóan dolgozik
11. _____ eredeti, mély gondolatai vannak
12. _____ sokat aggodalmaskodik
13. _____ élénk a képzelőereje
14. _____ hajlamos a hallgatagságra
15. _____ általában megbízik másokban
16. _____ hajlamos a lustaságra

17. _____ érzelmileg stabil, nem könnyű felbosszantani
18. _____ találékony
19. _____ tud hideg és távolságtartó lenni
20. _____ befejezi, amit elkezdett
21. _____ olykor szeszélyes, hangulatfüggő
22. _____ sokat ad a művészi és esztétikai élményekre
23. _____ néha félénk, visszahúzódó
24. _____ kedves és figyelmes szinte mindenkivel
25. _____ feszült helyzetben is képes nyugodt maradni
26. _____ szereti a társaságot, az összejöveteleket
27. _____ néha udvariatlan, goromba másokkal
28. _____ könnyen felizgatja magát
29. _____ szeret eljátszani az ötletekkel, gondolatokkal
30. _____ hamar elterelődik a figyelme

Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmessége alskála

A következőkben az alábbiak szerint karikázza be minden állítás után annak a válasznak a kódszámát, amelyik a legjobban leírja az Ön érzéseit az elmúlt időszakban:

	ritkán	néha	gyakran
1. Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része.	0	1	2
2. Életemnek nincs célja és értelme.	0	1	2
3. Az életben sok minden okoz nekem nagy örömet.	0	1	2
4. Képes vagyok megbocsátani magamnak és másoknak.	0	1	2
5. Kétlem, hogy életemnek bármilyen jelentősége volna.	0	1	2
6. Az értékeim és hitem vezérelnék mindennapjaimban.	0	1	2
7. Összhangban vagyok a körülöttem lévő emberekkel.	0	1	2
8. Meg vagyok békélve a helyemmel az életben.	0	1	2

Lezárási Igény Kérdőív

Kérem, olvassa el az alábbi állításokat, és próbálja véleménye, illetve eddigi tapasztalatai alapján eldönteni, mennyire ért egyet velük.

	egyáltalán nem értek egyet	nem értek egyet	inkább nem értek egyet	inkább egyetértek	egyetértek	teljesen egyetértek
1. A munkában a világos szabályok és instrukciók elengedhetetlenek a sikerhez.	1	2	3	4	5	6
2. Még ha már el is határoztam magam valami mellett, kész vagyok mindig más véleményt is figyelembe venni.	1	2	3	4	5	6
3. Nem szeretem a bizonytalan helyzeteket.	1	2	3	4	5	6

4. Nem szeretem azokat a kérdéseket, amiket többféleképpen is meg lehet válaszolni.	1	2	3	4	5	6
5. Szeretem, ha vannak kiszámíthatatlan barátaim.	1	2	3	4	5	6
6. Úgy vélem, egy jól szervezett élet pontos időbeosztással illik az alkatomhoz.	1	2	3	4	5	6
7. Élvezem a bizonytalanságot, ha belemegyek egy új helyzetbe anélkül, hogy tudnám, mi fog történni.	1	2	3	4	5	6
8. Amikor étterembe megyek, szeretek olyan helyet választani, ahol már voltam korábban, így tudom, mire számíthatok. ^[1] _{SEP}	1	2	3	4	5	6
9. Kényelmetlenül érzem magam, ha nem értem, hogy valami miért történt meg velem.	1	2	3	4	5	6
10. Bosszant, ha valaki nem ért egyet azzal, amiben egy csoporton belül mindenki más hisz.	1	2	3	4	5	6
11. Gyűlölöm az utolsó pillanatban megváltoztatni a terveim.	1	2	3	4	5	6
12. Határozatlannak írnám le magam.	1	2	3	4	5	6
13. Mikor bevásárolni megyek, nehéz pontosan eldöntennem, mit is akarok.	1	2	3	4	5	6
14. Amikor egy problémával szembesülök, általában nagyon gyorsan tudom az egyetlen, legjobb megoldást.	1	2	3	4	5	6
15. Nagyon felzaklat, ha összezavarodom egy fontos dologgal kapcsolatban.	1	2	3	4	5	6
16. Hajlamos vagyok a fontos döntéseket az utolsó pillanatra hagyni.	1	2	3	4	5	6
17. A fontos döntéseket általában gyorsan és magabiztosan hozom meg.	1	2	3	4	5	6
18. Sosem késtem el munkából vagy megbeszélt találkozóról.	1	2	3	4	5	6
19. Szerintem mókás a terveimet az utolsó pillanatban megváltoztatni.	1	2	3	4	5	6
20. A személyes terem általában rendetlen és szervezetlen.	1	2	3	4	5	6
21. A legtöbb társas konfliktusban könnyen meglátom, kinek van igaza, és ki az, aki téved.	1	2	3	4	5	6
22. Sosem ismertem olyan embert, akit ne kedveltem volna.	1	2	3	4	5	6

23. Általában nagyon nehezemre esik dönteni.	1	2	3	4	5	6
24. Véleményem szerint egy jó tanuló legfontosabb tulajdonságai közé tartozik a rendszeresség és a szervezethez.	1	2	3	4	5	6
25. A legtöbb konfliktushelyzetben általában látom, hogyan lehetne igazán mindkét félnek.	1	2	3	4	5	6
26. Nem szeretek együtt lenni olyan emberekkel, akik váratlan megnyilvánulásra képesek.	1	2	3	4	5	6
27. Szívesebben járok össze azokkal a barátaimmal, akiket ismerem, mert tudom, hogy mit várhatok tőlük.	1	2	3	4	5	6
28. Egy olyan osztályban tanulnék szerintem a legjobban, ahol nincsenek világosan megfogalmazott célok és szükségletek.	1	2	3	4	5	6
29. Amikor egy problémáról gondolkodom, annyi lehetőséget veszek figyelembe, amennyi csak lehetséges.	1	2	3	4	5	6
30. Nem szeretek úgy belemenni egy helyzetbe, hogy ne tudnám, mit várhatok attól.	1	2	3	4	5	6
31. Mindig szeretem tudni, mit gondolnak az emberek.	1	2	3	4	5	6
32. Nem szeretem, ha valaki többértelmű kijelentést tesz.	1	2	3	4	5	6
33. Bosszantó olyasvalakire odafigyelni, aki láthatóan nem tudja elhatározni magát.	1	2	3	4	5	6
34. Úgy vélem, egy állandó rutin kialakítása élvezhetőbbé teszi az életet.	1	2	3	4	5	6
35. Szeretem, ha átlátható, rendezett az életvitem.	1	2	3	4	5	6
36. Inkább azokkal az emberekkel szeretek beszélni, akiknek a véleménye sokban különbözik az enyémtől.	1	2	3	4	5	6
37. Szeretek mindent megtervezni, és ha mindennek megvan a maga helye.	1	2	3	4	5	6
38. Kényelmetlenül érzem magam, ha valaki szándékai és a véleménye nem világosak számomra.	1	2	3	4	5	6
39. Hiszem, hogy az embernek soha nem kellene szabadidős tevékenységekben részt vennie.	1	2	3	4	5	6
40. Amikor megpróbálok megoldani egy feladatot, gyakran	1	2	3	4	5	6

annyi lehetséges megoldást látok, hogy az már zavaró.						
41. Amikor egy problémával szembesülök, mindig több lehetséges megoldást látok rá.	1	2	3	4	5	6
42. Inkább halljak rossz hírt, mint hogy bizonytalan legyek valamiben.	1	2	3	4	5	6
43. Úgy érzem, nincs olyan, hogy becsületes vétés.	1	2	3	4	5	6
44. Általában nem gondolok át különböző lehetőségeket, mielőtt kialakítanám a saját nézetem.	1	2	3	4	5	6
45. Nem szeretem a váratlan helyzeteket.	1	2	3	4	5	6
46. Sosem sértettem meg mások érzéseit.	1	2	3	4	5	6
47. Nem szeretem a munkám rutin részét.	1	2	3	4	5	6

Kiegészítő kérdések az egyetemista populáció vizsgálatához:

1. Jelenleg milyen szakon tanul?
2. Hányadik félévét végzi?
 - ☐ 1.
 - ☐ 2.
 - ☐ 3.
 - ☐ 4.
 - ☐ 5.
 - ☐ 6.
 - ☐

3. A jövőbeli munkavégzése során várhatóan részt vesz-e...

	művi abortusz elvégzésében	művi abortusszal kapcsolatos felvilágosításban, tanácsadásban	művi abortuszon átesettek testi vagy pszichés ellátásában
igen			
nem, mert nem ilyen irányú (lesz) a végzettségem			
nem, mert nem ilyen területen tervezek dolgozni			
nem, mert megtagadom az abban való részvételt			
nem, egyéb okból (kérjük, részletezze)			

Toborzó ismertető

Kedves Érdeklődő!

Szeretnénk Önt felkérni egy kérdőíves kutatásban való részvételre, amelynek vezetője dr. Rigó Adrien docens (ELTE PPK), szervezője Nagy Beáta Magda pszichológus, az ELTE Pszichológiai Doktori Iskola doktorandusza. A kutatásban szeretnénk megismerni azt, miként vélekedik Ön a gyermekvállalásról, illetve művi terhességmegszakításról.

A kérdőív megválaszolása körülbelül 30 percet igényel, és érdekes állításokat tartalmaz, melyek átgondolásával az önmagával kapcsolatos tapasztalati ismeretei is gazdagodhatnak. A kitöltéssel a gyermekvállalásról és művi abortusztól szóló tudásunk mélyítéséhez járulhat hozzá, melyet ez úton köszönünk.

A vizsgálatban való részvétel, vagyis a kérdőív kitöltése természetesen önkéntes és bármikor megszakítható, a személyes adatait pedig bizalmasan kezeljük.

A vizsgálat vezetői

Tájékoztató és beleegyezési nyilatkozat

Tisztelt Résztvevő!

Ön egy tudományos kutatásban vesz részt, amelynek vezetője dr. Rigó Adrien docens (ELTE PPK), szervezője Nagy Beáta Magda pszichológus, az ELTE Pszichológiai Doktori Iskola doktorandusza. A vizsgálat alkalmával egy kérdőívsomag kitöltésére kérjük fel, amely körülbelül 30 percet vesz igénybe. A kutatás során azt vizsgáljuk, hogy miként vélekedik gyermekvállalásról, illetve művi terhességmegszakításról.

Fontos tudnia, hogy a vizsgálatban való részvétel önkéntes és teljesen anonim, a résztvevőket semmilyen módon nem áll módunkban és szándékunkban azonosítani. A kitöltés bármikor indoklás nélkül megszakítható.

Kérjük, hogy a kérdőívek megválaszolása során lehetőleg nyugodt helyen tartózkodjon, ahol nem zavarhatják meg, és lehetőség szerint az elejétől a végéig egyszerre válaszolja meg a kérdéseket. A kérdések megválaszolásakor igyekezzék első megérzésére hagyatkozni, hiszen nincsenek jó vagy rossz válaszok, a saját érzéseire, választásaira vagyunk csak kíváncsiak.

Tájékoztatjuk, hogy szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat biztonságos számítógépen őrizzük. A kutatás során nyert adatokat táblázatban név nélkül összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

Kérjük, amennyiben elmúlt 18 éves, egyetért a fenti feltételekkel, és hozzájárul a kutatásban való részvételhez, alább pipálja ki az igen gombot! A kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértetek, a részvételt vállalom:

O igen O nem

K1 vizsgálat kérdőíve, toborzó és tájékoztató anyagai

KÉRDŐÍV

1. Melyik évben született?
.....
2. Az állandó lakhelye típusa szerint
 - ☐ főváros
 - ☐ megyeszékhely
 - ☐ megyei jogú város
 - ☐ város
 - ☐ község
3. Mi a legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?
 - ☐ 8 általános vagy kevesebb
 - ☐ szakmunkásképző, szakiskola
 - ☐ érettségi
 - ☐ OKJ végzettség, felsőfokú szakképzés
 - ☐ főiskolai vagy egyetemi oklevél, diploma
 - ☐ posztgraduális vagy doktori végzettség
4. Jelenleg mi a fő tevékenysége?
 - ☐ tanul, részt vesz valamilyen iskolában vagy tanfolyamon
 - ☐ dolgozik, akár bejelentve, akár nem, akár alkalmazottként, akár vállalkozóként
 - ☐ álláskeresői járadékot kap
 - ☐ munkanélküli, ellátás nélkül
 - ☐ csecsemőgondozási díjat kap
 - ☐ GYED-en vagy GYES-en van
 - ☐ főállású anya, gyermeknevelési támogatást (GYET-et) kap
 - ☐ háztartásbeli, otthon van
 - ☐ rokkantnyugdíjas, rokkantjáradékos
 - ☐ szociális segélyt kap
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
5. Mi a jelenlegi családi állapota?
 - ☐ hajadon
 - ☐ együtt él a partnerével, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül
 - ☐ házasságban él
 - ☐ bejegyzett élettársi kapcsolatban él
 - ☐ elvált
 - ☐ özvegy

6. Mi jellemzi azt a kapcsolatot, amelyben teherbe esett?
- ☐ házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban élnek a partnerével
 - ☐ együtt élnek a partnerével, akivel nincsenek összeházasodva, de azt tervezik (pl. eljegyezték egymást)
 - ☐ együtt élnek a partnerével, akivel nincsenek összeházasodva, és a közeljövőben nem is tervezik
 - ☐ együtt járnak a partnerével
 - ☐ alkalmi ismeretségből esett teherbe
 - ☐ egyéb, éspedig:
7. Mióta tart az a párkapcsolata, amelyben teherbe esett?
- ☐ alkalmi ismeretségből estem teherbe
 - ☐ kevesebb, mint 3 hónapja vagyunk párkapcsolatban
 - ☐ 3-6 hónapja vagyunk párkapcsolatban
 - ☐ 6-12 hónapja vagyunk párkapcsolatban
 - ☐ 1-2 éve vagyunk párkapcsolatban
 - ☐ 2-5 éve vagyunk párkapcsolatban
 - ☐ 5 évnél régebben vagyunk párkapcsolatban
 - ☐ 10 évnél régebben vagyunk párkapcsolatban
8. Hány alkalommal volt már terhes?
- ☐ egyszer sem
 - ☐ egyszer
 - ☐ kétszer
 - ☐ háromszor
 - ☐ négyszer vagy többször
9. Hány gyermeke van?
- ☐ nincs gyermekem
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4 vagy több
10. A jövőben hány gyermeket szeretne vállalni?
- ☐ nem szeretnék gyermeket vállalni
 - ☐ egyet
 - ☐ kettőt
 - ☐ hármat
 - ☐ négyet vagy többet
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
11. Ha minden adott egy nő, illetve férfi életében, mit gondol, mikor ideális az első gyermeket vállalnia? Tegyen x-et a megfelelő rubrikába!

	nők	férfiak
20 éves kor alatt		
20-25 éves kor között		
26-30 éves kor között		
31-35 éves kor között		
36-40 éves kor között		
40 éves kor felett		

12. Ha már van gyermeke, hány éves volt, amikor az első gyermeke megszületett?
13. Ha még nincs gyermeke, Ön hány éves korában szeretné, hogy megszülessen az első gyermeke?
- ☐ 20 éves korom előtt
 - ☐ 20-25 éves korom között
 - ☐ 26-30 éves korom között
 - ☐ 31-35 éves korom között
 - ☐ 36-40 éves korom között
 - ☐ 40 éves korom felett
14. Mennyire gondolja fontos célnak a gyermekvállalást a saját életében?
- ☐ a legfontosabb cél
 - ☐ nagyon fontos cél
 - ☐ kevésbé fontos cél
 - ☐ egyáltalán nem fontos cél
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
15. A közvetlen környezetében előfordult-e művi abortusz (több választ is megjelölhet)?
- ☐ igen, a családon belül, számú esetben
 - ☐ igen, a közeli barátaim között, számú esetben
 - ☐ igen, a szomszédok, munkatársak, ismerősök között, számú esetben
 - ☐ nem
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
16. Volt-e már korábban művi abortusza?
- ☐ igen, számú esetben
 - ☐ nem
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
17. Ha volt már korábban művi abortusza, ez mikor történt? (Ha több művi abortusza is volt, a legutolsó időpontjára gondoljon!)
- ☐ ebben az évben (2017)
 - ☐ a tavalyi évben (2016)
 - ☐ 2-5 éve (2012-2015)
 - ☐ 5 évnél régebben (2012 előtt)
 - ☐ 10 évnél régebben (2007 előtt)

- ☐ korábban nem volt művi abortuszom
18. Hányadik héten jelentkezett tanácsadásra?
..... . héten
19. Védekezett-e Ön és a párja a szexuális együttlétük során?
- ☐ nem
- ☐ igen, megszakítással
- ☐ igen, az együttlét utáni hüvelyöblítéssel
- ☐ igen, hőmérőzéssel
- ☐ igen, naptármódszerrel
- ☐ igen, óvszerrel
- ☐ igen, spirállal, pesszáriummal, méhszájsapkával vagy hüvelygyűrűvel
- ☐ igen, patikában /drogériában kapható krémmel, zselével vagy hüvelykúppal
- ☐ igen, fogamzásgátló tablettával, amit orvos írt fel
- ☐ igen, a következő módon:
- ☐ szoptatás mellett esett teherbe
20. Tervezett volt-e a várandóssága?
- ☐ nem
- ☐ igen
21. Elkísérte-e a partnere (akitől teherbe esett) a tanácsadásra?
- ☐ nem
- ☐ elkísérte vagy elhozta, de nem jött be a tanácsadásra
- ☐ elkísérte, és részt is vett a tanácsadáson
22. Vallásosnak tartja-e magát?
- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ nem válaszol
23. Tagja-e olyan közösségnek, amely tiltja a művi abortuszt?
- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ nem válaszol
24. Mi az oka annak, hogy a terhessége megszakítását választotta? Több választ is megjelölhet!
- ☐ fiatalkorú vagyok
- ☐ iskolába járok, amit nem szeretnék megszakítani vagy abbahagyni
- ☐ a jelenlegi munkahelyem miatt nem tudom vállalni, hogy megszüلöm a gyermekemet
- ☐ anyagilag nem tudom vállalni, hogy megszüлöm a gyermekemet
- ☐ a párkapcsolatom nem elég stabil és/vagy biztonságos
- ☐ a partnerem nem akarja ezt a gyermeket
- ☐ a partneremet nem gondolom alkalmasnak az apaságra

- ☐ a családom nem támogatja, hogy megszüljem a gyermekemet
- ☐ nem szeretnék gyereket
- ☐ már van gyermekem (vagy gyermekeim), nem szeretnék többet
- ☐ az életkorom miatt már nem szeretnék (több) gyereket
- ☐ valamilyen gyógyszert szedtem vagy kezelés alatt álltam, amikor teherbe estem
- ☐ egyéb, éspedig:
- ☐ nem válaszol

25. Mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortuszt a következő esetekben?

1: egyáltalán nem tartom elfogadhatónak..... 5: teljesen elfogadhatónak tartom

X: nem tudja, nem válaszol

az anya fiatalkorú	1	2	3	4	5	X
az apa fiatalkorú	1	2	3	4	5	X
a várandósság veszélyes az anyára nézve	1	2	3	4	5	X
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	1	2	3	4	5	X
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	1	2	3	4	5	X
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1	2	3	4	5	X
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1	2	3	4	5	X
az anyának már van egy élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anyának már van két élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anyának már van három élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anya egyedülálló	1	2	3	4	5	X
az anya párkapcsolata instabil	1	2	3	4	5	X
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	1	2	3	4	5	X
az anya nem bíz abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	1	2	3	4	5	X
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	1	2	3	4	5	X
az anya hajléktalan	1	2	3	4	5	X
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	1	2	3	4	5	X
az anyának volt már művi abortusza	1	2	3	4	5	X
egyéb, éspedig:	1	2	3	4	5	X

EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESSZIÓ SKÁLA

Kérem, jelölje be azokat a válaszokat, amelyek a legközelebb álltak ahhoz, ahogy Ön érezte magát az elmúlt 7 napban (és nem csak jelenleg.)

Az elmúlt 7 napban....

1. ...képes voltam nevetni, és a dolgok mulatságos oldalát nézni

- ☐ ugyanolyan gyakran, mint korábban
- ☐ talán kicsit ritkábban
- ☐ egyértelműen ritkábban

- ☐ egyáltalán nem
2. ...örömmel vártam bizonyos dolgokat.
- ☐ ugyanúgy, mint régen
 - ☐ talán kicsit ritkábban
 - ☐ egyértelműen ritkábban
 - ☐ egyáltalán nem
3. ...feleslegesen hibáztattam magam, amikor a dolgok rosszul mentek.
- ☐ többnyire igen
 - ☐ elég gyakran
 - ☐ nem túl gyakran
 - ☐ soha
4. ...minden különösebb ok nélkül szorongóvá, aggodalmassá váltam.
- ☐ soha
 - ☐ kivételes esetekben
 - ☐ több alkalommal
 - ☐ nagyon gyakran
5. ...minden különösebb ok nélkül félelem vagy pánik tört rám.
- ☐ nagyon gyakran
 - ☐ több alkalommal
 - ☐ kivételes esetekben
 - ☐ soha
6. ...összecsaptak a fejem fölött a hullámok.
- ☐ igen, többnyire nem tudtam megbirkózni a dolgokkal
 - ☐ igen, néha nem tudok oly mértékben megbirkózni azokkal, mint korábban
 - ☐ nem, többnyire jól elboldogulok azokkal
 - ☐ nem, ugyanolyan jól megbirkózom azokkal, mint korábban
7. ...olyan boldogtalan voltam, hogy problémám volt az alvással.
- ☐ többnyire igen
 - ☐ több alkalommal
 - ☐ csak ritkán
 - ☐ soha nem fordult elő
8. ...szomorúnak vagy szerencsétlennek éreztem magam.
- ☐ többnyire igen
 - ☐ elég gyakran
 - ☐ csak ritkán
 - ☐ soha nem fordult elő

9. ...annyira boldogtalannak éreztem magam, hogy sírva fakadtam.

- ☐ igen, legtöbbször
- ☐ igen, elég gyakran
- ☐ csak ritkán
- ☐ soha nem fordult elő

10. ...eszembe jutott már, hogy kárt teszek magamban.

- ☐ elég gyakran
- ☐ néha
- ☐ szinte soha
- ☐ soha

STAI-S

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit, és karikázza be a jobboldali számok közül a megfelelőt, attól függően, hogy ÉPPEN MOST HOGY ÉRZI MAGÁT.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.

1-Egyáltalán nem; 2-Valamennyire; 3-Eléggé; 4-Nagyon/teljesen

	Egyáltalán nem	Valamenn yire	Eléggé	Nagyon/ teljesen
1. Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3. Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4. Valami bánt.	1	2	3	4
5. Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6. Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7. Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9. Szorongok.	1	2	3	4
10. Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11. Elegendő önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12. Ideges vagyok.	1	2	3	4
13. Nyugtalan érzem magam.	1	2	3	4
14. Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15. Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17. Aggódok.	1	2	3	4
18. Túlzottan izgatott és feldúlt vagyok.	1	2	3	4
19. Vidám vagyok.	1	2	3	4

20. Jól érzem magam.	1	2	3	4
----------------------	---	---	---	---

Észlelt Stressz Skála

Az alábbi kérdések is azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt az elmúlt időszakban jellemezték.

Az elmúlt időszakban milyen gyakran

	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
...érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?	1	2	3	4	5
...bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	1	2	3	4	5
...érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	1	2	3	4	5
...érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	1	2	3	4	5

Kapcsolati Elégedettség Skála

Az alábbi kérdések az Ön párkapcsolatára vonatkoznak. Amikor kitölti a kérdőívet, kérem, arra a partnerre gondoljon, aki a magzat édesapja volt!

Ha a párkapcsolat azóta esetleg megszakadt, kérem, a múltat visszagondolva válaszoljon!

Ha a magzat alkalmi kapcsolatban fogant, egy X-szel jelölje, és ne töltsse ki a táblázatot: ☐

Kérem, válaszoljon egy ötfokú skálán, ahol az 1-es azt jelenti, hogy kevéssé, az 5-ös pedig azt, hogy nagyon jellemző Önre az, amire a kérdés utal.

		Kevés sége				Nagyo n
1.	Mennyire felel meg partnere az Ön igényeinek?	1	2	3	4	5
2.	Általában véve mennyire elégedett Ön a kapcsolatukkal?	1	2	3	4	5
3.	Összehasonlítva másokéval, mennyire jó az Önök kapcsolata?	1	2	3	4	5
4.	Milyen gyakran gondol arra, hogy bár el sem kezdte volna ezt a kapcsolatot?	1	2	3	4	5
5.	Milyen mértékben felel meg a kapcsolatuk az Ön eredeti elvárásainak?	1	2	3	4	5

6.	Mennyire szereti partnerét?	1	2	3	4	5
7.	Mennyi probléma van az Önök kapcsolatában?	1	2	3	4	5
8.	Mennyire találja kielégítőnek a szexuális kapcsolatukat?	1	2	3	4	5

Önhatékonyság kérdőív (Schwarzer)

Kérjük, a következő kérdésekre válaszoljon az alábbiak szerint:

0: egyáltalán nem ért egyet; 1: kevésbé ért egyet; 2: inkább egyetért; 3: teljesen egyetért

	egyáltalán nem értek egyet	kevésbé értek egyet	inkább egyetértek	teljesen egyetértek
1. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem a céljaimat.	0	1	2	3
2. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást	0	1	2	3
3. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.	0	1	2	3
4. Bármilyen történik, általában kezelni tudom a helyzeteket.	0	1	2	3

Köszönjük, hogy kitöltötte kérdőívünket, és megosztotta velünk véleményét! Ha szívesen részt venne a kutatás következő fázisában, kérjük, adja meg email-címét! Ha vállalja a részvételt, néhány napon belül újabb kérdőívet küldünk Önnek az Ön által megadott email címre. (Adatait természetesen ez esetben is bizalmasan kezeljük, elérhetőségéhez csak a kutatás vezetője férhet hozzá.)

.....

Toborzó vizsgálatban való részvételhez

Tisztelt Hölgyem/ Asszonyom!

Ön jelenleg egy olyan élethelyzetben van, amelyben egy fontos döntést kell meghoznia.

Szeretnénk, ha minél többet tudnánk segíteni azoknak a nőknek, akik az Önéhez hasonló helyzetben vannak, ám ehhez az szükséges, hogy minél többet tudjunk azokról a gondolatokról, érzelmekről és esetleges nehézségekről, amelyek a terhességmegszakítás mellett döntő nőknél jelentkeznek, és arról a folyamatról, ami a művi abortusz választásához vezet.

Ennek kapcsán szeretnénk Önt felkérni egy kérdőíves kutatásban való részvételre, amely önkéntes és név nélkül zajlik. A kérdőív megválaszolása körülbelül 30 percet igényel, és érdekes kérdéseket tartalmaz. A kitöltéssel a művi abortuszról szóló tudásunk mélyítéséhez járulhat hozzá, melyet ez úton köszönünk.

Az adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajtuk, amely eredményekből egyetlen résztvevő azonossága sem lesz megállapítható. A vizsgálatban 18. életévüket betöltött személyek vehetnek részt.

A kérdőívet ezen az internetes oldalon éri el: **www.aborta.uw.hu**

Ha további információkra van szüksége, kérjük, forduljon Nagy Beáta kutatási koordinátorhoz (nagybeatamagda@imap.cc).

Pigniczkiné Rigó Adrien PhD
kutatásvezető (ELTE PPK)

Nagy Beáta Magda
kutatási koordinátor

Tájékoztató a weboldalon:

Tisztelt Érdeklődő!

Köszönjük, hogy felkereste oldalunkat!

Az alábbi linkre kattintva egy kérdőívet talál, amely a terhességmegszakítással kapcsolatos kérdéseket tartalmaz.

Fontos tudnia, hogy a vizsgálatban való részvétel önkéntes és teljesen anonim (vagyis a kérdőívet név nélkül tudja kitölteni), a résztvevőket semmilyen módon nem áll módunkban és szándékunkban azonosítani. A kitöltés bármikor indoklás nélkül megszakítható. A vizsgálatban 18. életévüket betöltött személyek vehetnek részt.

Köszönjük, hogy megosztja velünk véleményét, és a kérdőív kitöltésével segíti munkánkat!

K2 vizsgálat kérdőíve, toborzó és tájékoztató anyagai

KÉRDŐÍV

1. Melyik évben született?
.....
2. Az állandó lakhelye típusa szerint
 - ☐ főváros
 - ☐ megyeszékhely
 - ☐ megyei jogú város
 - ☐ város
 - ☐ község
3. Mi a legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?
 - ☐ 8 általános vagy kevesebb
 - ☐ szakmunkásképző, szakiskola
 - ☐ érettségi
 - ☐ OKJ végzettség, felsőfokú szakképzés
 - ☐ főiskolai vagy egyetemi oklevél, diploma
 - ☐ posztgraduális vagy doktori végzettség
4. Jelenleg mi a fő tevékenysége?
 - ☐ tanul, részt vesz valamilyen iskolában vagy tanfolyamon
 - ☐ dolgozik, akár bejelentve, akár nem, akár alkalmazottként, akár vállalkozóként
 - ☐ álláskeresői járadékot kap
 - ☐ munkanélküli, ellátás nélkül
 - ☐ csecsemőgondozási díjat kap
 - ☐ GYED-en vagy GYES-en van
 - ☐ főállású anya, gyermeknevelési támogatást (GYET-et) kap
 - ☐ háztartásbeli, otthon van
 - ☐ rokkantnyugdíjas, rokkantjáradékos
 - ☐ szociális segílyt kap
 - ☐ nem tudja, nem válaszol
5. Mi a jelenlegi családi állapota?
 - ☐ hajadon
 - ☐ együtt él a partnerével, házasság vagy bejegyzett élettársi kapcsolat nélkül
 - ☐ házasságban él
 - ☐ bejegyzett élettársi kapcsolatban él
 - ☐ elvált
 - ☐ özvegy
6. Volt-e már művi abortusza?
 - ☐ igen, egy alkalommal

- ☐ igen, két alkalommal
- ☐ igen, három vagy több alkalommal
- ☐ nem

Ha több alkalommal is volt művi abortusza, a további kérdéseknél a legutóbbira gondoljon!

7. Mikor történt a művi abortusza?

- ☐ ebben az évben (2019)
- ☐ a tavalyi év második felében (2018. júliusban vagy azután)
- ☐ a tavalyi év első felében (2018. január és 2018. június között)
- ☐ 2-5 éve (2014 és 2017 között)
- ☐ 6-10 éve (2009 és 2013 között)
- ☐ 10 évnél régebben (2009 előtt)

8. Tervezett volt-e a várandóssága, amelynél végül az abortusz mellett döntött?

- ☐ nem
- ☐ igen

9. Mi jellemzi azt a kapcsolatot, amelyben megfogant?

- ☐ házasságban vagy bejegyzett élettársi kapcsolatban élt a partnerével
- ☐ együtt élt a partnerével, akivel nem voltak összeházasodva, de azt tervezték (pl. eljegyezték egymást)
- ☐ együtt éltek a partnerével, akivel nem voltak összeházasodva, és nem is tervezték
- ☐ együtt jártak a partnerével
- ☐ alkalmi ismeretségből esett teherbe
- ☐ egyéb, éspedig:

10. Mióta tartott az a párkapcsolata, amelyben megfogant?

- ☐ alkalmi ismeretségből estem teherbe
- ☐ a terhesség megszakításakor kevesebb, mint 3 hónapja voltunk párkapcsolatban
- ☐ a terhesség megszakításakor 3-6 hónapja voltunk párkapcsolatban
- ☐ a terhesség megszakításakor 6-12 hónapja voltunk párkapcsolatban
- ☐ a terhesség megszakításakor 1-2 éve voltunk párkapcsolatban
- ☐ a terhesség megszakításakor 2-5 éve voltunk párkapcsolatban
- ☐ a terhesség megszakításakor 5 évnél régebben voltunk párkapcsolatban
- ☐ a terhesség megszakításakor 10 évnél régebben voltunk párkapcsolatban

11. Az abortusz elvégzése óta volt-e várandós?

- ☐ igen, egy alkalommal, megszülettem a gyermekemet
- ☐ igen, több alkalommal, megszülettem a gyermekeimet
- ☐ igen, de elvetéltem (spontán)
- ☐ nem, de szerettem volna (védekezés nélküli nemi élet mellett nem estem teherbe)
- ☐ nem, és nem is szerettem volna
- ☐ egyéb, éspedig:

12. Hány gyermeke van?

- ☐ nincs gyermekem
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 vagy több

13. A jövőben hány gyermeket szeretne vállalni (ha már van(nak) gyereke(i), ő(ket) is beleszámolva)?

- ☐ nem szeretnék (több) gyermeket vállalni
- ☐ egyet
- ☐ kettőt
- ☐ hármat
- ☐ négyet vagy többet
- ☐ nem tudja, nem válaszol

14. Ha minden adott egy nő, illetve férfi életében, mit gondol, mikor ideális az első gyermeket vállalnia? Tegyen x-et a megfelelő rubrikába!

	nők	férfiak
20 éves kor alatt		
20-25 éves kor között		
26-30 éves kor között		
31-35 éves kor között		
36-40 éves kor között		
40 éves kor felett		

15. Ha már van gyermeke, hány éves volt, amikor az első gyermeke megszületett?

16. Ha még nincs gyermeke, Ön hány éves korában szeretné, hogy megszülessen az első gyermeke?

- ☐ 20 éves korom előtt
- ☐ 20-25 éves korom között
- ☐ 26-30 éves korom között
- ☐ 31-35 éves korom között
- ☐ 36-40 éves korom között
- ☐ 40 éves korom felett

17. Mennyire gondolja fontos célnak a gyermekvállalást a saját életében?

- ☐ a legfontosabb cél
- ☐ nagyon fontos cél
- ☐ kevésbé fontos cél
- ☐ egyáltalán nem fontos cél
- ☐ nem tudja, nem válaszol

18. A közvetlen környezetében előfordult-e művi abortusz (több választ is megjelölhet)?

- ☐ igen, a családon belül, számú esetben
- ☐ igen, a közeli barátaim között, számú esetben
- ☐ igen, a szomszédok, munkatársak, ismerősök között, számú esetben
- ☐ nem
- ☐ nem tudja, nem válaszol

19. Vallásgyakorló, illetve hívő-e Ön?

- ☐ sem hívő, sem vallásgyakorló nem vagyok
- ☐ hívő vagyok, de nem gyakorlom a vallásomat (gyülekezetbe, templomba járás)
- ☐ rendszeresen gyakorlom a vallásomat
- ☐ nem válaszol

20. Tagja-e olyan közösségnek, amely tiltja a művi abortuszt?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ nem válaszol

21. A terhesség megszakítása mögött gyakorta több ok is áll. Ön milyen okok miatt döntött az abortusz mellett? Jelölje, hogy a felsorolt lehetőségek mennyire igazak az Ön döntésére nézve!

	Egyáltalán nem	Valamennyire	Elégg	Nagyon/ teljesen
fiatalkorú voltam				
iskolába jártam, amit nem szerettem volna megszakítani vagy abbahagyni				
az akkori munkahelyem miatt nem tudtam vállalni, hogy megszüلöm a gyermekemet				
anyagilag nem tudtam vállalni, hogy megszüلöm a gyermekemet				
a párkapcsolatom nem volt elég stabil és/vagy biztonságos				
a partnerem nem akarta ezt a gyermeket				
a partneremet nem gondoltam alkalmasnak az apaságra				
a családom nem támogatta, hogy megszüلjem a gyermekemet				
nem szerettem volna gyereket				
már volt gyermekem (vagy gyermekeim), nem szerettem volna többet				
az életkorom miatt már nem szerettem volna (több) gyereket				

valamilyen gyógyszert szedtem vagy kezelés alatt álltam, amikor teherbe estem				
egyéb, éspedig:.....				

22. Visszagondolva mennyire biztos abban, hogy a terhesség megszakítása volt a legjobb döntés az Ön számára?

egyáltalán nem volt jó döntés

1 2 3 4 5 6 7 8 9 teljesen jó döntés volt

10

23. Mennyire érzi úgy, hogy minden szükséges információ birtokában volt a döntéshez?

egyáltalán nem (kevés információm volt)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 teljesen

10

24. Mennyire érzi úgy, hogy a saját maga döntött a terhességmegszakítás mellett?

egyáltalán nem a saját döntésem volt

1 2 3 4 5 6 7 8 teljesen a saját döntésem volt

9 10

25. Kinek a véleményét kérte ki a döntés előtt? Jelöljön be mindenkit, akivel megbeszélte a döntését!

- ☐ házastárs, élettárs, partner
- ☐ az a partner, akitől teherbe esett (ha nem azonos az állandó partnerével)
- ☐ szülő
- ☐ barát
- ☐ gyermek
- ☐ rokon
- ☐ munkatárs
- ☐ iskolatárs
- ☐ szomszéd
- ☐ segítő foglalkozású
- ☐ egyházi csoport tagja(i)
- ☐ egyesület, polgári csoport tagja(i)
- ☐ senkivel nem beszéltem róla
- ☐ egyéb:

26. Művi abortusza után igénybe vett-e szakmai segítséget (pszichológus, lelkész, háziorvos stb.) a történetek feldolgozásához? (Többet is bejelölhet!)

- ☐ igen, egy alkalommal
- ☐ igen, több alkalommal
- ☐ nem, mert nem volt rá szükségem
- ☐ nem, mert nem találtam megfelelő segítséget
- ☐ nem, mert nem tudtam megoldani (pl. idő, anyagiak miatt), pedig szerettem volna
- ☐ nem, mert nem tudtam, hogy volna rá lehetőségem
- ☐ nem, mert senkinek nem akartam beszélni a történeteikről
- ☐ egyéb, éspedig:

27. Az abortusz óta eltelt időszakban milyen gyakran jut eszébe, hogy megszakította a terhességét?

- ☐ naponta többször
- ☐ naponta egyszer
- ☐ hetente többször
- ☐ hetente egyszer
- ☐ havonta többször
- ☐ havonta egyszer
- ☐ ritkábban
- ☐ egyáltalán nem

28. Mennyire gondolja magát tájékozottnak a művi abortusz hazai szabályozásával kapcsolatban?

nagyon tájékozott vagyok					egyáltalán nem vagyok tájékozott	nem tudja, nem válaszol
1	2	3	4	5		X

29. Magyarországon a terhesség csak veszélyeztetettség, illetőleg az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén, a terhesség 12. hetéig szakítható meg. A beavatkozás előtt a nőknek két alkalommal kötelező védőnői családvédelmi tanácsadáson kell megjelenüik. Véleménye szerint a jelenlegi szabályozást....

- ☐ enyhíteni kellene
- ☐ nem szükséges megváltoztatni
- ☐ szigorítani kellene
- ☐ nem tudja, nem válaszol

30. Mennyire tartja elfogadhatónak a művi abortuszt a következő esetekben?

1: egyáltalán nem tartom elfogadhatónak..... 5: teljesen elfogadhatónak tartom

X: nem tudja, nem válaszol

az anya fiatalkorú	1	2	3	4	5	X
az apa fiatalkorú	1	2	3	4	5	X

a várandósság veszélyes az anyára nézve	1	2	3	4	5	X
a gyermek fejlődési rendellenességgel születne meg	1	2	3	4	5	X
a várandósság erőszak, kriminális cselekmény következménye	1	2	3	4	5	X
az anyának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1	2	3	4	5	X
az apának krónikus testi vagy pszichés betegsége van	1	2	3	4	5	X
az anyának már van egy élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anyának már van két élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anyának már van három élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anyának már van négy vagy több élő gyermeke	1	2	3	4	5	X
az anya egyedülálló	1	2	3	4	5	X
az anya párkapcsolata instabil	1	2	3	4	5	X
az apa nem szeretné megtartani ezt a magzatot	1	2	3	4	5	X
az anya nem bízik abban, hogy az apa elég támogatást nyújt majd	1	2	3	4	5	X
a várandósság veszélyezteti az anya egzisztenciális biztonságát	1	2	3	4	5	X
az anya hajléktalan	1	2	3	4	5	X
a várandósság gátolja az anyát tanulmányaiban, munkavégzésében	1	2	3	4	5	X
az anyának volt már művi abortusza	1	2	3	4	5	X
egyéb, éspedig:	1	2	3	4	5	X

31. Mit gondol, tapasztalható-e negatív megítélés vagy megbélyegzés a magyar társadalomban azokkal a nőkkel szemben, akik művi abortuszon esnek át?

soha nem
tapasztaltam ilyen
ilyet

gyakran
tapasztalok

1 2 3 4 5 6 7

32. Mit gondol, tapasztalható-e negatív megítélés vagy megbélyegzés a magyar társadalomban azokkal szemben, akik részt vesznek a művi terhességmegszakítást választó nők ellátásában (tanácsadást, orvosi ellátást végzők stb.)?

soha nem
tapasztaltam ilyen
ilyet

gyakran
tapasztalok

1 2 3 4 5 6 7

STAI-S

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit, és karikázza be a jobboldali számok közül a megfelelőt, attól függően, hogy ÉPPEN MOST HOGY ÉRZI MAGÁT.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.

1-Egyáltalán nem; 2-Valamennyire; 3-Eléggé; 4-Nagyon/teljesen

	Egyáltalán nem	Valamenn yire	Eléggé	Nagyon/ teljesen
1. Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3. Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4. Valami bánt.	1	2	3	4
5. Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6. Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7. Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9. Szorongok.	1	2	3	4
10. Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11. Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12. Ideges vagyok.	1	2	3	4
13. Nyugtalannak érzem magam.	1	2	3	4
14. Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15. Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17. Aggódok.	1	2	3	4
18. Túlzottan izgatott és feldúlt vagyok.	1	2	3	4
19. Vidám vagyok.	1	2	3	4
20. Jól érzem magam.	1	2	3	4

Észlelt Stressz Skála

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt az elmúlt időszakban jellemezték.

Az elmúlt időszakban milyen gyakran

	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
...érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?	1	2	3	4	5
...bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	1	2	3	4	5
...érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	1	2	3	4	5

...érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Kapcsolati Elégedettség Skála

Az alábbi kérdések az Ön párkapcsolatára vonatkoznak. Amikor kitölti a kérdőívet, kérem, arra a partnerre gondoljon, aki a magzat édesapja volt!

Ha a párkapcsolat azóta esetleg megszakadt, kérem, a múltat visszagondolva válaszoljon!

Ha a magzat alkalmi kapcsolatban fogant, egy X-szel jelölje, és ne töltsse ki a táblázatot: □

Kérem, válaszoljon egy ötfokú skálán, ahol az 1-es azt jelenti, hogy kevéssé, az 5-ös pedig azt, hogy nagyon jellemző Önre az, amire a kérdés utal.

		Kevéssé				Nagyon
1.	Mennyire felel meg partnere az Ön igényeinek?	1	2	3	4	5
2.	Általában véve mennyire elégedett Ön a kapcsolatukkal?	1	2	3	4	5
3.	Összehasonlítva másokéval, mennyire jó az Önök kapcsolata?	1	2	3	4	5
4.	Milyen gyakran gondol arra, hogy bár el sem kezdte volna ezt a kapcsolatot?	1	2	3	4	5
5.	Milyen mértékben felel meg a kapcsolatuk az Ön eredeti elvárásainak?	1	2	3	4	5
6.	Mennyire szereti partnerét?	1	2	3	4	5
7.	Mennyi probléma van az Önök kapcsolatában?	1	2	3	4	5
8.	Mennyire találja kielégítőnek a szexuális kapcsolatukat?	1	2	3	4	5

Önhatékonyság kérdőív (Schwarzer)

Kérjük, a következő kérdésekre válaszoljon az alábbiak szerint:

0: egyáltalán nem értek egyet; 1: kevéssé értek egyet; 2: inkább egyetértek; 3: teljesen egyetértek

	egyáltalán nem értek egyet	kevéssé értek egyet	inkább egyetértek	teljesen egyetértek
1. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem a céljaimat.	0	1	2	3
2. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást	0	1	2	3

3. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.	0	1	2	3
4. Bármí történik, általában kezelni tudom a helyzeteket.	0	1	2	3

IES-R

Az alábbi lista olyan kijelentéseket tartalmaz, amelyeket az emberek nehéz életesemények átélését követően tettek vagy éreztek.

Kérjük, gondoljon a terhessége megszakítására, és minden tételnél jelölje meg, milyen gyakran voltak jellemzőek Önre ezek a megállapítások az abortusszal kapcsolatban AZ ELMÚLT HÉTEN. Ha valamelyik egyszer sem fordult elő az elmúlt héten, akkor az „egyáltalán nem” oszlopban jelezze.

	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
1. Bármí, ami rá emlékeztetett, visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseket.					
2. Nehézségeim voltak a koncentrálással.					
3. Más dolgok folyton eszembe juttatták.					
4. Ingerlékeny és dühös voltam.					
5. Nem hagytam, hogy felidegesítsen, amikor erre gondoltam vagy emlékeztettek rá.					
6. Akkor is gondoltam rá, amikor nem akartam.					
7. Úgy éreztem, mintha meg sem történt volna, vagy nem a valóságban történt volna.					
8. Elkerültem az erre emlékeztető dolgokat.					
9. Képek jutottak eszembe róla.					
10. Izgatott voltam és mindentől könnyen megrémültem.					
11. Próbáltam nem gondolni rá.					
12. Tudatában voltam, hogy még mindig sok érzésem van ezzel kapcsolatban, de nem foglalkoztam velük.					
13. Egyfajta tompaságot éreztem ezzel kapcsolatban.					
14. Bármí, ami rá emlékeztetett, visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseket.					
15. Nehézségeim voltak az elalvással.					
16. Hullámokban az erős érzések törtek rám az eseménnyel kapcsolatban.					
17. Próbáltam kitörölni az emlékezetemből.					

18. Nehezen tudtam koncentrálni.					
19. Az eseményre emlékeztető dolgok heves testi reakciót váltottak ki nálam (pl. izzadás, nehézlégzés, émelygés, gyors szívverés).					
20. Álmodtam róla.					
21. Állandóan résen voltam és figyeltem.					
22. Megpróbáltam nem beszélni róla.					

A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív magyar változata

Kérjük, gondoljon a terhessége megszakítására, majd minden alábbi állítással kapcsolatban értékelje egy 0-tól 5-ig terjedő skálán, hogy az adott változás milyen mértékben következett be az Ön életében az említett esemény átélésének következményeként.

0 = Nem tapasztaltam ezt a változást az abortusz következményeként.

1 = Nagyon kismértékben tapasztaltam ezt a változást az abortusz következményeként.

2 = Kismértékben tapasztaltam ezt a változást az abortusz következményeként.

3 = Közepes mértékben tapasztaltam ezt a változást az abortusz következményeként.

4 = Nagymértékben tapasztaltam ezt a változást az abortusz következményeként.

5 = Nagyon nagymértékben tapasztaltam ezt a változást az abortusz következményeként.

1.	Ez az esemény megváltoztatta a véleményemet arról, hogy mi fontos igazán az életben.	0	1	2	3	4	5
2.	Jobban értékelem a saját életemet.	0	1	2	3	4	5
3.	Új dolgok iránt kezdtem érdeklődni.	0	1	2	3	4	5
4.	Jobban bízom önmagamban.	0	1	2	3	4	5
5.	Jobban megértem a spirituális dolgokat.	0	1	2	3	4	5
6.	Tisztábban látom, hogy támaszkodhatok másokra nehéz időkben.	0	1	2	3	4	5
7.	Új irányt szabtam az életemnek.	0	1	2	3	4	5
8.	Közelebb érzem magam másokhoz.	0	1	2	3	4	5
9.	Inkább kifejezem az érzéseimet, mint korábban.	0	1	2	3	4	5
10.	Biztosabb vagyok benne, hogy képes vagyok kezelni a nehézségeket.	0	1	2	3	4	5
11.	Jobb dolgokra vagyok képes az életemben.	0	1	2	3	4	5
12.	Jobban el tudom fogadni a dolgok alakulását.	0	1	2	3	4	5
13.	Jobban értékelek minden egyes napot.	0	1	2	3	4	5
14.	Új lehetőségek nyíltak meg előttem, amelyekkel különben nem találkoztam volna.	0	1	2	3	4	5
15.	Jobban együtt érzek másokkal.	0	1	2	3	4	5
16.	Több erőfeszítést teszek a kapcsolataimért.	0	1	2	3	4	5
17.	Sokkal inkább törekszem, hogy megváltoztassam azokat a dolgokat, amelyek változásra szorulnak.	0	1	2	3	4	5

18.	Megerősödött a vallásos hitem.	0	1	2	3	4	5
19.	Rájöttem, hogy erősebb vagyok, mint gondoltam.	0	1	2	3	4	5
20.	Rájöttem, hogy milyen nagyszerűek az emberek.	0	1	2	3	4	5
21.	Jobban elfogadom, hogy szükségem van másokra.	0	1	2	3	4	5

Köszönjük, hogy kitöltötte kérdőívünket, és megosztotta velünk véleményét!

Toborzó vizsgálatban való részvételhez

Kedves Érdeklődő!

Szeretnénk Önt felkérni egy kérdőíves kutatásban való részvételre, amelynek vezetője dr. Rigó Adrien docens (ELTE PPK), szervezője Nagy Beáta Magda pszichológus, az ELTE Pszichológiai Doktori Iskola doktorandusza.

Sokat vitatott kérdés, hogy mennyi idő szükséges egy terhesség megszakítása után ahhoz, hogy az feldolgozható legyen, illetve, hogy vannak-e ennek az eseménynek hosszú távú hatásai az érintettek életére. A kutatásunkban olyan nőket kérdezzük meg a fentiekről, akik 8 hónapnál régebben estek át művi abortuszon.

A kérdőív megválaszolása körülbelül 30 percet igényel, és érdekes állításokat tartalmaz, melyek átgondolásával az önmagával kapcsolatos tapasztalati ismeretei is gazdagodhatnak. A kitöltéssel a művi abortuszról szóló tudásunk mélyítéséhez járulhat hozzá, melyet ez úton köszönünk.

A vizsgálatban való részvétel, vagyis a kérdőív kitöltése természetesen önkéntes és bármikor megszakítható, a személyes adatait pedig bizalmasan kezeljük.

A vizsgálat vezetői

Tájékoztató és Beleegyező Nyilatkozat

Tisztelt Résztvevő!

Ön egy tudományos kutatásban vesz részt, amelynek vezetője dr. Rigó Adrien docens (ELTE PPK), szervezője Nagy Beáta Magda pszichológus, az ELTE Pszichológiai Doktori Iskola doktorandusza. Jelen vizsgálat célja, hogy hozzájáruljon a művi abortusz hosszú távú hatásainak megismeréséhez.

A fenti vizsgálatok, a próbák elvégzésének káros következménye nincs.

A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A feladatok során lehetőség van annak megszakítására, hogy az ne legyen fárasztó. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül akár végleg is megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja. A vizsgálatban történt részvételért anyagi javadalmazás jár/nem jár.

A vizsgálat során a terhességmegszakítással, illetve a gyermekvállalással összefüggő kérdőívcsomag kitöltésére kérjük fel, amely körülbelül 30 percet vesz igénybe.

A kutatás során kapott eredményekről később publikáció jelenik meg, és tudományos konferenciákon kerülnek ismertetésre. Ezekről a kívánságnak megfelelően szóbeli vagy írásos tájékoztatást adunk.

A kutatásban az adatokat névtelenül gyűjtjük, és más személyes adatát sem rögzítjük.

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen őrizzük. Az egyéni kódot minden esetben a kutatásban résztvevő asszisztens adja, csak ő ismeri és ő fér hozzájuk. A kutatás során nyert adatokon statisztikai elemzéseket végzünk, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

A vizsgálat eredményéről orvosi jellegű zárójelentés, laborletet nem készül.

Nem kezelnek neurológiai vagy pszichiátriai betegség miatt, és korábban sem álltam ilyen jellegű kezelés alatt.

A továbblépéssel hozzájárul ahhoz, hogy a vizsgálat során az Önről felvett, személye azonosítására nem alkalmas adatokat kutatási célra felhasználjuk, illetve, hogy más kutatók számára is hozzáférhetők legyenek. Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell.

Kijelentem, hogy 18 éves elmúltam, a kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértek, a részvételt vállalom.

O igen

O nem