

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
FEJLŐDÉS- ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIA PROGRAM

Sz. Makó Hajnalka

„DÖNTÉS ÉLETRŐL – HALÁLRAÓL”
A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

Doktori (Ph. D.) értekezés

Témavezető: Prof. Dr. Péley Bernadette



Pécs, 2013

TARTALOM

1. BEVEZETŐ	7
1.1. Az almafa története – a művi abortusz kutatásának indíttatása	7
1.2. Az illegálisan végzett terhességmegszakítások – a medikális beavatkozások előzményei	8
1.3. A művi vetélés orvosi meghatározása	9
2. A MŰVI ABORTUSZ KÉRDÉSE TÁGABB PERSPEKTÍVÁBÓL – JOGI SZABÁLYOZÁS ÉS DEMOGRÁFIAI MUTATÓK	11
2.1. A terhesség megszakításának jogi szabályozása Magyarországon	11
2.2. A művi abortuszok demográfiai vonatkozásai	17
2.2.1. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő korcsoportja szerint	19
2.2.2. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő családi állapota szerint	19
2.2.3. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő iskolai végzettsége szerint	20
2.2.4. A terhességmegszakítások száma és megoszlása a nő korábbi terhességeinek és az életben levő gyermekeinek száma szerint	21
2.2.5. A terhességmegszakítások száma és megoszlása a nő előző terhességmegszakításainak száma szerint	21
2.2.6. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő lakóhelye szerint	22
3. A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOLÓGIAI ÉS PSZICHIÁTRIAI VONATKOZÁSAI	23
3.1. Döntés élet - halál dolgában - a terhesség megszakításával kapcsolatos döntéshozatali folyamat pszichológiai aspektusai	23
3.1.1. A művi abortusz okai és a terhességmegszakítás melletti döntés pszichológiai háttere	23
3.1.2. A művi abortusz vállalásának folyamata	26
3.1.3. Az ambivalencia és kontroll kérdése az abortusszal kapcsolatban hozott döntésben	27
3.2. A művi abortusz pszichológiai és pszichiátriai következményei	30
3.2.1. A művi abortuszt megelőző időszak pszichológiai jellemzői	31
3.2.2. A művi abortusz rövid és hosszú távú pszichológiai következményei	33
3.2.2.1. Érzelmek az esemény tükrében - az abortuszra adott normatív reakciók	33
3.2.2.2. Pszichés problémák, pszichiátriai zavarok a művi abortusszal összefüggésben – patológiás reakciók és hosszú távú következmények	36
3.2.2.2.1. A művi vetélés és a nők mentális egészsége közötti összefüggések	37
3.2.2.2.2. A művi vetélés és pszichoszexualitás	40

3.3. A művi abortusz pszichológiai következményeit moderáló tényezők.....	42
3.3.1. A demográfiai változók és egyéni jellemzők valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés.....	43
3.3.2. A családi rendszer szintjén megjelenő tényezők valamint a művi abortusz kimenetele, és a pszichés komplikációk közötti összefüggés.....	47
3.3.3. A művi abortusz szituatív változói valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés.....	50
3.3.4. A művi abortuszt követő események valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés.....	54
3.4. Az „abortusz-ellátás” pszichológiai perspektívái - mikor, miben és hogyan segíthet a pszichoterápiás szemléletű szakellátás a terhességmegszakítás kapcsán?.....	55
3.4.1. Az egészségügyi szolgáltatást végző medikális szakemberek pszichoterápiás szemléletű képzésének kérdései.....	56
3.4.2. A művi abortusz előtt álló és a műtéti beavatkozáson átesett nők pszichológiai és pszichiátriai támogatásának kérdései.....	58
3.4.2.1. Pszichológiai támasznyújtás a preabortusz és a kórházi tartózkodás idején.....	58
3.4.2.2. Pszichológiai támasznyújtás jelentősége a posztabortusz idején.....	61
4. A MŰVI TERHESSÉGMEGSZÍKÍTÁS RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ PSZICHOLÓGIAI KÖVETKEZMÉNYEIVEL ÉS A KOMLIKÁLT FELDOLGOZÁST VALÓSZÍNŰSÍTŐ SZITUATÍV-, SZEMÉLYES- ÉS KAPCSOLATI VÁLTOZÓK FELTÁRÁSÁVAL FOGLALKOZÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE _____	66
4.1. Problémafelvetés és hipotézisek.....	66
4.2. A kutatás módszertana.....	72
4.2.1. Az adatgyűjtés módja.....	72
4.2.2. A vizsgálati minta demográfiai jellemzői.....	74
4.2.3. A kutatásban alkalmazott módszerek bemutatása.....	76
4.2.3.1. Vizsgálati adatlap.....	76
4.2.3.2. Kérdőíves eljárások.....	77
4.2.3.2.1. Derogatis-féle Tünetlista (Symptom Checklist, SCL-90R).....	77
4.2.3.2.2. Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).....	78
4.2.3.2.3. Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, PDS).....	79
4.2.3.2.4. Paykel-féle Életesemény Kérdőív (Paykel Life Events Scale vagy Scaling of Life Events, P-LES).....	80
4.2.3.2.5. NEO-PI-R személyiség kérdőív (Neuroticizm-Extraversion-Openness Personality Inventory Revised, NEO-PI-R).....	80
4.2.3.2.6. Conor-Davidson Reziliencia Skála (Conor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC).....	81
4.2.3.2.7. Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív (MMPK).....	82
4.2.3.2.8. Párkapcsolati Alkalmazkodás Skála (Dyadic Adjustment Scale, DAS).....	82

4.2.3.2.9. Szülői Bánásmód Kérdőív (<i>Parental Bonding Instrument, PBI</i>).....	83
4.2.3.2.10. Társas támasz kérdőív (<i>Medical Outcomes Study – Social Support Survey, MOS SSS</i>).....	84
4.2.3.3. Interjú.....	86
4.2.4. Statisztikai elemzés.....	86
4.3. Kutatási eredmények.....	86
4.3.1. A művi abortusz rövid távú pszichológiai jellemzői.....	86
4.3.1.1. Szituatív tényezők és a nők mentális állapota a művi vetélés idején.....	86
4.3.1.1.1. Szorongás és depresszió a műtéti beavatkozáskor.....	86
4.3.1.1.2. Félelmek a műtéti beavatkozás idején.....	87
4.3.1.1.3. A döntéshozatal és a művi abortusz melletti és elleni érvek.....	89
4.3.1.2. Kapcsolati változók és a nők mentális állapota a beavatkozás idején.....	94
4.3.1.2.1. Művi abortusz és párkapcsolati jellemzők a terhességmegszakítás idején.....	94
4.3.1.2.2. A művi abortusz szülőkkel való megoszthatósága, arra adott szülői reakciók és a szülői bánásmód lehetséges összefüggései a döntéshozatallal és a nők beavatkozás körüli mentális állapotával.....	98
4.3.1.2.3. Társas támasz jellemzők és rövid távú hatások.....	101
4.3.1.3. Egyéni jellemzők és a nők mentális állapota a beavatkozás idején.....	103
4.3.1.3.1. Problémahelyzetekkel való megküzdés, reziliencia és a művi abortusz rövid távú kimenetele közötti összefüggések.....	103
4.3.1.3.2. Neuroticizmus, valamint korábbi pszichés problémák és a művi abortusz rövid távú hatásai közötti összefüggések.....	104
4.3.1.4. Demográfiai változók és egyéni élettörténeti események a művi abortusz rövid távú hatásaival összefüggésben.....	105
4.3.1.4.1. Demográfiai jellemzők és a művi abortusz rövid távú kimenetele közötti összefüggések.....	105
4.3.1.4.2. Élettörténeti események és a művi abortusz rövid távú kimenetele közötti összefüggések.....	105
4.3.2. A művi abortusz hosszú távú pszichológiai jellemzői.....	111
4.3.2.1. A fél évvel későbbi utánkövetéshez való viszonyulás, azaz a megjelenéssel vagy elutasítással összefüggésben álló tényezők.....	111
4.3.2.2. Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően.....	112
4.3.2.3. A Derogatis-féle Tünetlista által jelzett panaszok fél évvel a beavatkozást követően.....	114
4.3.2.4. A PTSD tünetei fél évvel a beavatkozást követően.....	120
4.4. A kutatási eredmények megvitatása.....	123
4.4.1. A művi abortuszt kísérő rövid távú pszichológiai jellemzők.....	123
4.4.1.1. A nők mentális állapota a művi vetélés idején.....	123
4.4.1.2. Szituatív tényezők a nők mentális állapotával összefüggésben.....	123
4.4.1.3. Kapcsolati változók és a nők mentális állapota a beavatkozás idején.....	128
4.4.1.4. Egyéni jellemzők és a nők mentális állapota a beavatkozás idején.....	134

4.4.1.5. Élettörténeti események és demográfiai jellemzők a művi abortusz rövid távú pszichológiai kimeneteleivel összefüggésben.....	135
4.4.2. A művi abortusz hosszú távú pszichológiai jellemzői.....	137
4.4.2.1. A fél évvel későbbi utánkövetéshez való viszonyulás, azaz a megjelenéssel vagy elutasítással összefüggésben álló tényezők.....	138
4.4.2.2. Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően.....	139
4.4.2.3. Pszichológiai tünetek és panaszok, distressz jellemzők fél évvel az abortusz követően.....	140
4.4.2.4. A PTSD tünetei fél évvel a beavatkozást követően.....	141
4.5. Összefoglalás és kitekintés.....	143
IRODALOM.....	152
FÜGGELÉK.....	166
1. Az első felvételi időpontban alkalmazott vizsgálati módszerek.....	167
2. A második felvételi időpontban alkalmazott vizsgálati módszerek.....	196
3. Betegtájékoztató, beleegyező nyilatkozat, adatgyűjtéshez kapcsolódó nyilatkozat.....	202

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Péley Bernadettnek, hogy a témában rejlő lehetőségeket meglátva felkarolta és támogatta a művi abortusz kérdéskörével foglalkozó jelen kutatást, s észrevételeivel, javaslataival gazdagította az elemzés szempontjait.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Bódis Józsefnek, aki hozzájárult a Pécsi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán történő adatfelvételhez és Dr. Veszprémi Bélának a kutatás gyakorlati megvalósulásában nyújtott folyamatos támogatásáért. Külön köszönettel és hálával tartozom Dr. Bernáth Lászlónak, aki az adatok feldolgozása során mindvégig segítségemre volt.

Köszönetemet szeretném kifejezni Prof. Dr. László Jánosnak, hogy lehetőséget adott a művi terhességmegszakítás pszichológiai vonatkozásainak pécsi Pszichológia Doktori Iskola keretein belül történő továbbgondolására; valamint Prof. Dr. Kiss Enikőnek, Dr. Nagy Lászlónak, Dr. Révész Györgynek, hogy kérdéseikkel, érdeklődésükkel, biztatásukkal ösztönözték jelen munka megvalósulását.

Az adatgyűjtésben nyújtott közreműködésükkel és lelkesedésükkel tanítványaim, Bíró Kinga, Mészáros Noémi, Susenka Eszter és Várhegyi Linada is hozzájárultak a kutatás megvalósulásához, melyért ugyancsak köszönettel tartozom.

S végezetül köszönöm a kutatásban résztvevő Nőknek az együttműködést, azt, hogy az életük egy ilyen nehéz időszakában és helyzetében élettörténetüket, érzéseiket, gondolataikat bizalommal megosztva segítették a művi abortusszal járó lelki folyamatok megismerését.

1. BEVEZETŐ

1.1. Az almafa története – a művi abortusz kutatásának indíttatása

Az 1999. évvel kezdődő klinikai pszichológiai munkám során többször találkoztam olyan helyzetekkel, mikor a segítséget kérő család egésze vagy valamely tagja által jelzett problémák összefüggésben álltak korábbi, várandóssághoz kapcsolódó veszteségélménnyel úgy, mint halvaszüléssel, méhen kívüli terhességgel, spontán- vagy művi vetéléssel.

Egyik ilyen, a negatív kimenetelű terhességi események pszichológiai következményeinek mélyebb megértési szándékát és a téma iránti elköteleződésemet megerősítő eset egy gyermeküket pszichiátriai szakellátásba hozó család története. A megkeresés hátterében az akkor 7 - 8 éves Gábor enurézise, és a szeparációs szorongás változatos tünetegyüttese álltak. A fa-teszt gyermek változatának felvételekor mind a beteg fa, mind a varázsos fa egy - egy almafa volt, egyetlen látható különbséggel a rajzokon, melyet Gábor a következőképpen fogalmazott meg: „*A beteg fa csak egy almát terem, ez a betegsége... a varázsos fának két almája lett.*”. A fák által megjelenített problematika még „láthatóbbá” válik, ha tudjuk, hogy az anyának Gábor fogantatását megelőzően 4 - 5 hónappal volt egy második trimeszteres vetélése, egy kisfiút veszített el a család. Az anya 7 – 8 év távlatából is csak nagyon nehezen, mély és intenzív fájdalmak megélésével beszélt erről az eseményről a közös munkánk során. Gábor, aki meghalt bátyjának nevét örökölte, „nem tudott” testvérének történetéről. Az el nem gyászolt veszteség, a halál, az elszakadás, és az ehhez kapcsolódó szorongás, szomorúság a család egészének működésében megjelenő patológiás válaszreakciókat eredményezett. Talán az általuk elszenvedett perinatális veszteség erejével való szembesülésnek is köszönhetően, egyre több figyelmet szenteltem a nők egy korábbi életszakaszában előforduló és várandóssági eseményekhez kapcsolódó veszteségek és az azt követően megjelenő pszichológiai problémák közötti lehetséges összefüggések átgondolására.

A tapasztalati munka meggyőződésemmé tette, hogy a nők egy részénél a magzat elvesztésével összefüggésben tartós vagy elhúzódó negatív lélektani kimenetek és komplikációk léphetnek fel, melynek megelőzésében a pszichológiai intervencióknak jelentős szerepe lehet. Az eredményes segítségnyújtás pedig a negatív kimenetelű terhességi eseményekhez kötődő jelenségek tudományos alapokon nyugvó feltárására és megismerésére épülhet.

A témaválasztást indokolja még, hogy Magyarországon az elveszületések számának folyamatos csökkenése mellett számottevő a várandóssághoz kapcsolódó veszteségélmények – úgy, mint az érintett nő által kezdeményezett vagy orvosi-egészségügyi indikáció alapján végzett abortusz, ezt követik a spontán illetve habituális vetélés, az extrauterin graviditás, és a perinatális mortalitás - előfordulásának gyakorisága is; valamit igen kevés olyan, hazánkban született kutatás ismert, mely a nők és partnereik terhességi veszteségre adott pszichológiai reakcióit és következményeit vizsgálná. A felsorolt magzati veszteségek számos tekintetben – úgy, mint például a gesztációs hét a veszteség idején; a gyermekvállalási szándék; a kimenetel feletti kontroll; az esemény felvállalhatósága és megoszthatósága - eltérnek egymástól, mely az adott veszteségélmény megélésének pszichológiai különbözőségeiben, a feldolgozási folyamatok sajátosságaiban is megmutatkozhat.

A negatív terhességi kimenetek közül a művi vetélések előfordulása a legmagasabb. A többi veszteségélménnyel ellentétben itt a nő beleegyezésével, tervezett módon, kontrollált feltételek között kerül sor a beavatkozásra, mely olyan kérdéseket vet fel, mint hogy veszteség-e az anya és vagy a pár számára egy nem kívánt terhesség megszakítása; milyen pszichológiai következményekkel járhat az élet kioltása mellett hozott döntés; lehet-e gyászolni egy saját döntésből kifolyólag meg nem született gyermeket; milyen pszichológiai reakciók kísérik a művi vetélést; milyen rövid és hosszú távú lélektani következményekkel járhat az esemény.

Jelen munka elsődleges célja, hogy - a témában született nemzetközi szakirodalom feldolgozása- és a terhességmegszakításon átesett nők beavatkozás idején mutatott és fél évvel későbbi, eseményhez kapcsolódó pszichológiai reakcióinak mérésén és elemzésén alapulva - kiemelt figyelmet fordítson a művi abortusz lélektani vonatkozásainak átgondolására.

1.2. Az illegálisan végzett terhességmegszakítások – a medikális beavatkozások előzményei

A nem kívánt vagy titkolt terhesség szándékos megszakítása az orvostudomány fejlődésével megjelenő eljárások alkalmazását és a jogi engedélyezést megelőzően is ismert beavatkozás volt számos kultúrkörben.

A terhességmegszakítás „angyalcsinálás, elcsináltatás, elhajtás” néven régről ismert beavatkozás a magyar népi kultúrában is. A laikusok által is alkalmazott módzatai közé tartoztak az *abortív főzetek* (pl. petrezselyem élesztővel kevert főzete, szappanlé, rutafű pálinkában), melyeket a gyermeket váró asszony megivott; a *terhes asszony túlerőltetése* (pl. súlyos tárgyak emelése révén); a *fürdés, gőzölés* (pl. esetes-sós lábfürdő, gőzölés sziksóval); és a *művi beavatkozások* (pl. a méh tollszárral, hegyes pálcával szurkálása, petrezselyem, fehér üröm hüvelybe helyezése, méhszáj ingerlése). A beavatkozások többségét a terhes nő maga is elvégezhette, de ismertek olyan esetek, amikor tapasztaltabb asszony, bába, vagy kenőasszony segédkezett. A magzatelhajtás a tiltó jogi, erkölcsi és kulturális szabályozók és normák ellenére - a közösség hallgatólagos beleegyezésével – a történelmi korszakokként és társadalmi rétegenként változó születésszabályozás egyik jelentős „eszköze” volt (Magyar Néprajzi Lexikon, 1977-1982).

Tekintettel arra, hogy Magyarországon 1945-ig kizárólag az anya életét veszélyeztető esetekben volt engedélyezett a terhesség megszakítása, az esetek többségében illegálisan végezték a beavatkozást. Részben emiatt is a művi vetélések számának megítélése a második világháborút megelőző időszakokra vonatkozóan nehézségekbe ütközik. Az 1950-es évektől engedélyezetté vált a beavatkozás az anya válsághelyzetére történő hivatkozással is, minek következtében az abortuszok aránya ugrásszerűen megnőtt. Ezzel párhuzamosan egyre pontosabb adatok állnak rendelkezésre a demográfiai változók alakulásaira vonatkozóan is, így a művi abortuszokkal kapcsolatos országos jellemzők is objektívebb megítélés alá eshetnek.

1.3. A művi vetélés orvosi meghatározása

Művi vetélésnek nevezzük, - amikor az anya életét veszélyeztető, vagy a magzat súlyos fejlődési rendellenességét valószínűsítő állapot fennállása esetén – orvosi indikáció alapján, a gesztáció legkésőbb 24. hetéig, vagy válsághelyzetre történő hivatkozással az anya kérésére, a gesztáció legkésőbb 12. hetéig a terhességet megszakítják.

A terhesség első trimeszterében végzett megszakításnak több módja is ismeretes, az alábbiakban ezek kerülnek áttekintő jelleggel felsorolásra. *Cervixdilatatio és curettage* során a méhszáj tágítását követően méhkaparást végeznek. A tágítás történhet fémpálcákkal, melyek fokozatosan vastagodnak; vagy szerves anyagokból készült és nedvesség hatására táguló eszközökkel (pl. laminaria), vagy kémiai anyagokkal (pl.

prostaglandinok). *Cervixtágítás és vákuumaspiráció* esetén a fentiekben már részletezett módok valamelyikével történő méhszájtágítást követően fémből vagy műanyagból készült szívócsövet vezetnek a méh üregébe, majd vákuumot létesítenek. Az *endometrium kiszívás* vagy *menstruáció szabályozás* lényege a méh tartalmának kiszívása az utolsó rendes mezest követő 4-6. hét között, függetlenül attól, hogy van-e megtermékenyített pete vagy sem. Hazánkban ezen beavatkozáshoz is szükségesek a megelőző engedélyek. Végül a *korai gyógyszeres eljárások alkalmazásával* (mifepriston, misoprostol) néhány órán belül a terhesség elhalása és az elhalt terhesség kilökődése idézhető elő. A módszer főként 7 hetes vagy az alatti gesztációs idő esetén hatékony.

A középidős terhesség megszakítása a vetélés gyógyszeres indukciójából, a nyakcsatorna kitágulásából, oxytocin infúzió hatására történő vetelésből és műszeres befejezésből áll. *Extraovuláris folyadék befecskendezése* jelenti az egyik módját a második trimeszteres vetélés megindításának, melyhez rendszerint hipertóniás oldatot és Rivanolt alkalmaznak. A befecskendezett folyadék leválasztja a magzatot a méh faláról. *Intraovularis folyadékfeltöltés* során a magzatelhalás és a vetélés vízelvonáson alapszik. A súlyos anyai szövődmények miatt napjainkban már ritkán alkalmazott eljárásról van szó. *Prostaglandinok intravénás infúzióval, vagy extraovuláris, vagy intraamniális módon történő alkalmazása* ugyancsak a 14 hetesnél idősebb terhességek megszakításának egy lehetséges formája (Lampé, 2000; Szabó és Hupuczi, 2009).

A beavatkozással járó, szomatikus állapotot és a későbbi reprodukciós sikerességet érintő szövődmények – mint a méhátfúródás, az elhúzódó vagy csillapíthatatlan vérzés, a gyulladás, a meddőség, a spontán vetélések és a koraszülés megnövekedett kockázata – ismertek (ld. Lampé, 2000; Szabó és Hupuczi, 2009; Thorp, Hartman és Shadigian, 2003). Emellett a művi vetélés szélesebb körű engedélyezésével párhuzamosan a nemzetközi szakirodalomban egyre több olyan tanulmány is született, melyek a pszichológiai jellemzők és következmények vizsgálatával foglalkoztak, s melyek bemutatására kiemelt figyelmet szentelünk a későbbi fejezetek során.

2. A MŰVI ABORTUSZ KÉRDÉSE TÁGABB PERSPEKTÍVÁBÓL – JOGI SZABÁLYOZÁS ÉS DEMOGRÁFIAI MUTATÓK

2.1. A terhesség megszakításának jogi szabályozása Magyarországon

A terhesség megszakításának gyakorlata mindenkor szoros kölcsönhatásban áll a jogi szabályozásban meghatározottakkal. A nemzetközi viszonylatban ismert abortusztörvények napjainkban – olyan tényezőktől függően, mint az anya önrendelkezésének mértéke, vagy az engedélyezés módja - a szélsőséges megengedés és a szélsőséges tilalmazás között helyezkednek el. A jogalkotás az abortusz elleni és melletti érvek ütköztetése és konszenzusa alatt formálódik, s ekkor olyan kérdések megválaszolásával próbálkozik, mint például, hogy jogi értelemben embernek tekinthető-e a magzat; személy-e a magzat; ennek függvényében az élethez való jog és az élet szentsége kiterjeszhető-e a magzatra; meddig terjedhet az állami beavatkozás a születés szabályozásában, hol húzódik a jogi szabályozás területének határa; megilleti-e és milyen esetekben érvényesítheti jogát a magzat; a női önrendelkezés szabadsága kiterjedhet-e a magzat élete feletti döntésre; az apa beleegyezése szükséges-e az abortuszhoz; figyelmen kívül hagyható-e az apa szándéka, ha a nő vele ellentétben dönt a terhesség megszakítása mellett és így tovább (Kis, 1992; Sándor, 1992). A kérdéseket még hosszasan sorolhatnánk, és a hozzájuk kapcsolódó jogi és társadalompolitikai vita, valamint ennek keretében megfogalmazódó érvek és ellenérvek pusztán áttekintő jellegű bemutatása is meghaladná jelen munka célját és lehetőségeit. Éppen ezért, ebben a fejezetben kizárólag a beavatkozás háttéréül szolgáló szabályok és rendeletek objektív szempontú leírásán keresztül törekszünk a kérdéskör jogi keretrendszerének áttekintő jellegű összefoglalására.

Magyarországon a magzatelhajtással kapcsolatos legkorábbi rendelkezések között szerepel Kálmán Király (1095-1116) Dekrétumainak Első Könyvében olvasható 58. fejezet, mely kimondja, hogy „A magzatjokat vesztő asszonyok a fő esperes előtt vezekeljenek.” (Kálmán Király Dekrétumainak Első Könyve, In Ezer év törvényei). A rendeletből következtethetünk a terhességmegszakítás korabeli gyakorlatának tényére, és vallási, erkölcsi alapokon nyugvó szankcionálására. II. Ulászló király (1456-1516) uralkodásának idején, a Werbőczy István országbírói ítélőmester által közzétett, „Tripartitum opus juris consuetudinarii inclyti regni Hungariae”, magyarul „Nemes

Magyarország szokásjogának Hármaskönyve” az ország korabeli jogi szabályainak és szokásjogainak gyűjteménye második részében olvasható, hogy „Mindazáltal tudnunk kell, hogy az asszonyok és nők ellen is abban az esetben, ha közülök valamelyik a férjét vagy szülőjét avagy saját magzatait gonoszul megöli vagy megöleti (mivel hogy ez hűtlenség vétkének számába esik) épen mint a férfiak ellen, főbenjáró ítéletet kell hozni és kimondani.” (43. CZIM 5.§) (Werbőczy, 1514, 108.). Mária Terézia az 1770-ben, latin nyelven kiadott Generale Normativum in Re Sanitatis című munkában az egészségügy helyzetének átfogó jogi szabályozására törekedett. A művi vetélés kérdésköre több ponton is felmerült. Így például a „Foglalkozási szabályok patikusok részére (III.)” című fejezet, VI. paragrafusa az alábbi módon tiltotta a magzatelhajtásra alkalmas szerek illetéktelen személyeknek történő kiadását: „...de ha előfordulna, hogy az említett mérgeket vagy veszélyes anyagokat, kiváltképpen pedig azokat az orvosságokat, amelyek magzatűzésre is alkalmasak, ismeretlen emberek, vagy gyanús nőszemélyek akarnák megvásárolni, erről a patikusok és más kereskedők tegyenek feljelentést az illetők személyére való tekintet nélkül;... Olyan orvosságok kiadását, amelyek magzatelhajtó hatással is bírnak, még a bábák részére is megtiltjuk, kivéve, ha az eladót erre meggondolt orvosi döntés utasította.” (Balázs, 2004, 48.). A VII. paragrafus pedig a bábák tevékenységéhez kapcsolódóan rendelkezett: „Nem ritkán tapasztaljuk, hogy egyes bábák megfélekednek Isten és Mielőttünk tett esküjükről, és pénz vagy remélt haszon által félrevezetve, szóbeli tanáccsal vagy tevőlegesen közreműködnek a magzatelhajtásban. Ezennel tehát az ilyen súlyos büntettektől jogosan elborzadva, jelen rendeletünk erejénél fogva elrendeljük, hogy azok, akik ilyen természetű dologban bűnösökként lelepleződnek, ne csak hivatalukból mozdíttassanak el, hanem kapjanak testi fenyítést is a büntetőtörvények előírt szigora szerint, amely az eset súlyosságának mértékében halálbüntetés kiszabásáig is terjedhet. Ezért tehát egyetlen hajadon, magányos, vagy házas nőnek, olyan szer vagy tanács semmilyen kifogással nem adható, amely alkalmas lenne a magzat élve vagy holtan történő elhajtására, ennél fogva tehát nyomatékosan arra intjük és utasítjuk a bábákat, hogy amennyiben bárki és bármilyen okból őket akár ajándékokkal csábítva, akár erőszak erejével megkísérelné ilyesféle segédkezésre kényszeríteni, azt nyomban jelentsék az illetékes hatóságnak. Amennyiben azonban segítségükre nem aljas vagy bűnös szándékkal, hanem ártatlan segítőszándékból, valamilyen betegség ürügyén lenne szükség, az ilyen segítséget kérő személyt orvoshoz kell küldeni tanácskérés céljából, és az orvos ne vonja ki magát kötelességének teljesítése alól, hanem tegyen meg minden tőle telhetőt, hogy a tanácsot kérők helyes gyógy módban részesüljenek.” (Balázs, 2004, 51.). Mint ahogyan azt

láthatjuk, a magzatelhajtásban való segédkezés egy esetben, egészségügyi problémák felmerülésekor volt engedélyezett, akkor is orvosi felügyelet alá vonva a folyamatot.

A terhesség megszakítása egészen a második világháborúig büntetőjogi következményekkel járt hazánkban. Az 1878. évi, Csemegi-kódex néven ismert első magyar büntetőtörvénykönyv V. törvénycikk 2. részének XVIII. fejezete „a méhmagzat szándékos elhajtását, megölését” valamint az abban való közreműködést – a gyermek szülés alatti, vagy azt követő megölésével, vagy az „önsegélyre képtelen gyermek veszélyeztető módon történő elhagyásával”, azaz a „gyermekkitétellel” együtt - az ember élete elleni bűntettek és vétségek között sorolta fel; s annak körülményeitől és kimenetelétől függően kettőtől három évig terjedő börtönnel, vagy öttől tizenöt évig terjedő fegyházzal büntette (285. §, 286. §) (In Ezer év törvényei). A büntetés alóli felmentést eredményezhette, ha a terhesség kihordása az anya életét közvetlenül veszélyeztette, s a veszély más módon nem volt elhárítható (VII. fejezet, 80. §) (1878. évi V. törvénycikk, In Ezer év törvényei).

Az abortusztilalmat 1945 februárjában a budapesti tiszti főorvos kezdeményezésére átmenetileg felfüggesztették, ami részben az országot megszálló hadseregek katonáinak nőkkel szemben elkövetett erőszakos bűncselekményeinek, részben a háború következtében kialakuló rossz élelmezési és népegészségügyi helyzetnek volt betudható (Szabó, 1992).

Az 1952. évvel kezdődően minisztertanácsi határozat és miniszteri utasítás szintjén rendelkeztek az abortuszról. 1953 első felében hatalmon lévő egészségügyi miniszter, Ratkó Anna idején hozott 8.100-1/1953. és 8.100-2/1953. Eü. M. számú utasításokban (In Egészségügyi Közlöny, 1953, 2. szám) a terhesség és a méhüri beavatkozás, valamint a vetelés kötelező bejelentésének és nyilvántartásának módját határozta meg. Az „állapottal” kapcsolatos információkat az egészségügyi szervek és intézmények dolgozóinak a várandós vagy elvetelő nő állandó lakóhelye szerinti illetékes megyei tanács végrehajtó bizottsága egészségügyi osztályának kellett megküldeni a terhesség megállapításától illetve a tudomásra jutástól számított 48, illetve az elvetelés észlelésétől számított 24 órán belül. A 8100-9/1953. Eü. M. utasítás (In Egészségügyi Közlöny, 1953, 1. szám) szerint a terhességet annak 28. hetéig meg lehet szakítani az érintett nő életének megmentése, súlyos betegségtől való megóvása érdekében, vagy ha a születendő magzat életét előreláthatólag súlyos károsodás fenyegeti. Engedélyezhető az abortusz akkor is, ha azt a várandós nő életkora, vagy egyéb rendkívüli méltánylást érdemlő személyi vagy családi körülményei indokolják. Egyben az utasításhoz kapcsolódó II. számú mellékletben részletesen

meghatározásra kerültek azok a betegségek is, melyek a terhesség művi megszakításának orvosi javallatait jelentették.

1956-tól a nők egészségének fokozottabb védelme és a terhesség megszakítása körüli eljárások enyhítése céljából hozott határozatban (1047/1956. (VI. 3.) MT határozat), és a hozzá kapcsolódó tételes végrehajtási utasításban (2/1956. (VI. 24.) Eü. M. rendelet) az olvasható, hogy a műtéti beavatkozás továbbiakban is engedélyhez kötött és csak gyógyintézetben végrehajtható, azonban a várandós nő életét vagy egészségi állapotát veszélyeztető betegségek, valamint a születendő magzat előrelátható súlyos károsodását eredményező állapotok mellett, méltánylást érdemlő személyi és családi körülményekre való hivatkozással is jóváhagyható. Amennyiben a kérelmező – a bizottság felvilágosítása, és indokolatlanság esetén, meggyőzése ellenére – továbbra is ragaszkodik a terhesség megszakításához, „a bizottság az engedélyt ahhoz megadja” (In Webjogtár).

A nők és az anyák védelméről szóló 1972. évi II. törvény (IV. 29.) hangsúlyozza az anyaság és a magzat védelmének biztosítását; s ugyanitt a 29. § 4. bekezdésben rendelkezik, hogy „A terhesség megszakításának csak jogszabályban meghatározott esetekben és rendelkezések szerint van helye. Nem szabad a terhességet megszakítani, ha a terhesség megszakítása a nő életét veszélyezteti, vagy súlyos egészségkárosodást okozhat.” (In CompLex Jogtár). Bár a törvényhez kapcsolódóan részletesebben kerülnek meghatározásra a műtéti beavatkozás engedélyezésének lehetséges indokai, azonban az ide vonatkozó határozat – a nem kívánt terhességek megelőzésének hangsúlyozásán túl - jelentősebb eltérést nem tartalmaz a korábbi évek gyakorlatához képest. Az 1040/1973. (X. 18.) MT határozatban foglaltak szerint a kérelmek jóváhagyásának feltétele az alábbi esetekhez volt kötve: ha a szülőnél fennálló, vagy a születendő gyermeknél valószínűsíthető egészségügyi okok azt orvosilag indokolták (a), ha a nő nem élt házasságban vagy tartósan külön élt (b), ha a terhesség bűncselekmény következménye volt (c), ha a terhesnek, illetőleg férjének nem volt saját tulajdonú lakása, vagy önálló bérlakása (d), ha a nőnek három vagy több gyermeke illetve szülése volt, vagy két élő gyermeke és legalább egy további szülészeti eseménye (e), ha a terhes 40 éves, vagy idősebb volt (1978 végéig ez az elbírálás az alsó korhatárt 35 évre vitte le) (f). Továbbá ezen feltételeken túl a jogszabály lehetőséget adott egyéni mérlegelésre két élő gyermek mellett, a harmadik terhesség esetében, amennyiben a születendő magzat életképessége, illetve fejlődése várhatóan veszélyeztetett (a), ha a férj tartós sorállományú volt, vagy különleges szolgálatot teljesített a fegyveres erőknél (b), ha a terhes nő vagy férj tartós szabadságvesztés büntetését töltötte (c), vagy ha szociális indokok azt nyomatékosan

alátámasztották (d). Az 1040/1973. (X. 18.) MT határozatának értelmében a terhesség művi megszakításának engedélyezését hatósági jogkörrel rendelkező, háromtagú elsőfokú-, valamint jogorvoslati kérelem esetén öttagú másodfokú vagy fellebbviteli bizottságok végezheték (In CompLex Jogtár).

A terhességmegszakítás procedúrájának egy újabb enyhítését a 76/1988. (XI. 3.) MT rendelet jelentette, melynek értelmében a beavatkozást az érintett nő írásban kérelmezhet. A hivatkozás alapjául megjelölhető okok¹ a korábbiakhoz képest minimálisan változtak, fennállásuknak megállapítása szakorvos hatáskörébe került, és az „egyéb szociális ok” esetén a Család- és Nővédelmi Tanácsadó hozott határozatot.

A jelenleg is hatályban lévő 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről rendelkezik (In CompLex Jogtár). Kimondja, hogy az anyaméhben belül kifejlődő magzatot és a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg (1. §); továbbá a törvény meghatározza a támogatás és védelem eszközeit és módozatait (2. - 4. §), és a terhesség megszakításának feltételeit (5. - 18. §).

A támogatás és védelem szolgálatában két fő területet részletez (2. §; 3. §). Kiemeli „az egészség és az emberi élet értékéről, az egészséges életmódról, a felelősségteljes párkapcsolatokról, az emberhez méltó családi életről, az egészségre ártalmatlan születésszabályozási módszerekről szóló oktatás” szükségességét (2. §/1). A védelemben elsődleges jelentőséggel ruházza fel a családvédelmi szolgálatot (2. §/2). Az állam szerepvállalását a fogamzásgátló készítmények és eszközök kedvezményes igénybevételének, a fogamzásszabályozást ismertető kiadványok közzétételének biztosításában (a); az anya és a család egésze számára elérhető válságkezelő tanácsadás rendszerének fejlesztésében (b); a várandós anyák fokozott munkahelyi védelmének munkajogi szabályozásában (d); valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások biztosításában (c) nevezi meg (2. §/3). Végezetül leírja a térítésmentes terhesgondozás jogosultságára és keretére vonatkozó szabályokat (3. §). A terhesgondozás célja a jogszabályban leírt feladata szerint, hogy tájékoztatást nyújtson a magzat egészséges fejlődése érdekében szükséges életmódról (a), elvégezze/ellenőrizze a várandósság alatt

¹ 2.§ A terhesség akkor szakítható meg, ha a terhes nőnél fennálló egészségi ok azt indokolja (a), a magzat orvosiilag valószínűsíthető súlyos fogyatékoságban szenved, illetve a születés utáni életre képtelen (b), a terhes nő nem él házasságban vagy legalább hat hónapja folyamatosan külön él (c), a terhesség bűncselekmény következménye (d), a terhes nőnek, illetve házastársának nincs saját tulajdonú, beköltözhető lakása vagy önálló bérlakása (e), a terhes nő a 35. életévét betöltötte (f), a terhes nőnek két élő gyermeke van (g), a terhes nő vagy házastársa szabadságvesztés büntetését tölti (h), a terhes nő házastársa sorkatonai szolgálatot teljesít, és annak tartamából a kérelem előterjesztésekor legalább hat hónap még hátra van (i), egyéb szociális ok azt nyomatékosan alátámasztja (j) (In CompLex Jogtár).

szükséges szűrővizsgálatokat/azok megvalósulását (b) és segítséget nyújtson a szülésre, szoptatásra, a csecsemő- és gyermekgondozásra való felkészüléshez (c).

A törvény a terhesség megszakítására vonatkozóan szabályozza a beavatkozás kérelmének lehetséges okait, feltételeit, az eljárás folyamatát, s a résztvevő szervek és szakemberek teendőit, valamint a beavatkozás intézményi hátterét. Ennek megfelelően a terhesség csak veszélyeztetettség, illetőleg az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén szakítható meg (5. §). Súlyos válsághelyzetként definiálja a testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okozó állapotot/helyzetet. Továbbá a törvény részletesen szabályozza a terhesség megszakításának idejét is (ld. 1. táblázat).

A terhesség megszakítható			
a 12. hétig, ha	a 18. hétig, ha az állapotos nő	a 20. hétig, diagnosztikus eljárás elhúzódsága esetén 24. hétig, ha	a terhesség időtartamától függetlenül, ha
a. azt az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyeztető ok indokolja; b. a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved; c. a terhesség bűncselekmény következménye; d. az állapotos nő súlyos válsághelyzetben van	a. korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen; b. terhességét neki fel nem róható egészségi ok, illetve orvosi tévedés miatt nem ismeri fel korábban, vagy az egészségügyi intézmény, illetve valamely hatóság mulasztása miatt haladta meg a terhessége a 12. hetet	a. a magzat genetikai, teratológiai ártalmának valószínűsége az 50%-ot eléri	a. az állapotos nő életét veszélyeztető egészségi ok áll fenn; b. a magzatnál a szülés utáni élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség áll fenn

1. táblázat. A terhesség művi megszakításának jogi szabályozása. (Forrás: az 1992. évi LXXIX. törvény alapján, Sz. Makó)

A terhesség megszakítása – ha azt nem egészségi ok indokolja – az állapotos nő kérelme alapján végezhető el, melyet a családvédelmi szolgálat munkatársa felé személyesen kell előterjeszteni, a terhességet megállapító szülész-nőgyógyász szakorvos által kiállított igazolás benyújtása mellett. A családvédelmi szolgálat munkatársa a magzat megtartása érdekében tájékoztatja az érintett nőt vagy annak törvényes képviselőjét a gyermek vállalása esetén elérhető állami és nem állami anyagi és természetbeni támogatások lehetőségéről (a); anyagi és erkölcsi segítséget nyújtó szervezetek és intézmények létéről (b); az örökbefogadás lehetőségeiről és feltételeiről (c); a válsághelyzet feloldására

alkalmas állami, helyi önkormányzati vagy társadalmi segítségnyújtási formákról (d); a fogantatásról, a magzat fejlődéséről, a terhességmegszakítás veszélyeiről és az esetleges későbbi terhességre gyakorolt hatásáról (e). A terhességmegszakítás szándékának fenntartása esetén a családvédelmi tanácsadáson történő ismételt megjelenést ír elő a törvény, ahol az állapotos nőt tájékoztatják a terhességmegszakítás jogszabályi feltételeiről, körülményeiről, a műtétet végző egészségügyi intézményekről, a családvédelmi szolgálat segítségnyújtásának lehetőségeiről terhességmegszakítását követően, s a fogamzást gátló eszközök kedvezményes igénybevételeének lehetőségéről. S csak az ekkor megerősített kérelem kerül írásban rögzítésre, melynek alapján keresheti azután fel az ellenjegyzést követő nyolc napon belül, a beavatkozás végrehajtásának céljából a választott egészségügyi intézményt a terhesség megszakítása mellett döntő nő. Szándékát a műtét napján aláírásával ismét meg kell erősítenie. Amennyiben a művi abortuszt végző intézmény szakorvosa megállapítja, hogy a terhesség meghaladta a törvényben meghatározott időt, vagy a beavatkozás a nő egészségét súlyosan veszélyezteti, annak elvégzését megtagadja. A várandós nő ekkor tíz napon belül szakmai felülvizsgálatot kérhet az arra jogosult szervektől. Azt az állapotos nőt, akinek a terhességmegszakítását véglegesen megtagadták, vagy nem jelent meg a szakmai felülvizsgálaton, veszélyeztetett terhesként veszik gondozásba.

2.2. A művi abortuszok demográfiai vonatkozásai

A születésszabályozás fontos szerepet játszik a termékenység, a reprodukció és ezeken keresztül a népesedési adatok alakulásában. Demográfiai szempontból két fő módja ismeretes, egyik a fogamzás-, míg másik a megfogant magzat megszületésének a megakadályozására irányul, azaz a születésszabályozás vonatkozásában beszélhetünk fogamzásgátlásról, és művi vetélésről vagy abortuszról. A születéskorlátozás terjedésének következményeképpen a múlt század első felétől a termékenység szintje és ezzel párhuzamosan a szülészeti események száma radikális mértékű csökkenésnek indult, és egy stabilan magas termékenységből egy tartósan alacsony termékenységi szint alakult ki. Valószínűsíthetően az 1800-as évek végén az összes szülészeti esemény 80 százaléka végződött élve születéssel és 20 százalékot tett ki a magzati veszteségek aránya. A természetes termékenységi viszonyok mellett várható terhességek megakadályozásának

százaléka az 1900-as évek elejétől folyamatosan nőtt, így 1910-ben 17 százalékot², 1938-ban 57 százalékot², 1969-ben 68 százalékot, 1998-ban 80 százalékot tett ki. Megbízható és teljes körű adatok az 1950-es évek utolsó harmadától állnak rendelkezésre, melyek igazolják, hogy egészen az 1970-es évek elejéig a művi abortusz a születésszabályozás egyik fő eszközévé vált hazánkban; s csak ezt követően – vélhetően az engedélyezésre vonatkozó jogi szabályozásnak és a széleskörűen hozzáférhetővé váló, korszerű és hatékony fogamzásgátlási eszközök elterjedésének is köszönhetően – esett vissza szerepe a születések számának korlátozásában (Kamarás, 1999).

Élveszületések és terhességmegszakítások száma és aránya								
Év	ÉLVESZÜLETÉSEK			TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁSOK				
	Száma	Aránya		Száma	Aránya			
		ezer 15-49 éves nőre	termékenységi arányszám ¹		ezer 15-49 éves nőre	abortusz arányszám ²	száz élveszületésre	száz magzati veszteségből
1950	195.567	77,4	2,62	1.707	0,7	nincs adat	0,9	4,2
1960	146.461	58,9	2,02	162.160	65,2	2203,1	110,7	81,9
1970	151.819	56,6	1,97	192.283	71,7	2564,0	126,7	85,9
1980	148.673	57,6	1,92	80.882	31,4	1063,8	54,4	79,3
1990	125.679	49,4	1,84	90.394	35,6	1251,8	71,9	83,2
1995	112.054	43,3	1,57	76.957	29,8	1063,3	68,7	83,1
2000	97.597	38,1	1,33	59.249	23,2	824,5	60,7	79,3
2005	97.496	39,8	1,32	48.689	19,9	678,2	49,9	73,5
2006	99.871	41,1	1,35	46.324	19,1	646,7	46,4	72,2
2007	97.613	40,5	1,32	43.870	18,2	615,4	44,9	71,8
2008	99.149	41,3	1,35	44.089	18,4	623,4	44,5	71,3
2009	96.442	40,3	1,33	43.181	18,0	615,1	44,8	70,7
2010	90.335	37,9	1,26	40.449	16,9	582,1	44,8	70,7

¹egy nőre eső érték; ²ezer nőre eső érték

2. táblázat. Az élveszületések és terhességmegszakítások számának és arányának alakulása hazánkban 1950 és 2010 között. (Forrás: KSH adatai alapján, Sz. Makó)

A KSH (2007) adatai alapján a korábbi évekhez viszonyítva 1955-56-tól drasztikusan megemelkedett a művi abortuszok száma, 35.398 és 82.463 volt, 1956-ra vonatkozóan 100 magzati veszteségből 65,1-t tett ki, 100 élveszületésre pedig 42,8 terhességmegszakítás jutott. Ez a növekvő tendencia egészen 1969-ig megmaradt, így csúcspontját elérve tárgyévben 206.817 műtéti beavatkozást hajtottak végre, 100 magzati veszteségre valamint élveszületésre 86, illetve 134 művi abortuszt jegyeztek. Az ezer nőre számolt abortusz arányszám ebben az évben 2.775,0 volt. Ezt követően az 1970-es évek elejétől a terhességek művi megszakításának száma csökkenő tendenciát mutatott, 1974-től a 100 élveszületésre vonatkozó abortusz arányszám 100 alá csökkent, mindemellett a magzati veszteségeken belül elfoglalt vezető szerepét mindenkor megtartotta. Az 1980-as

² Becsült értékek.

években azután ismét egy emelkedő trend volt megfigyelhető a művi vetélések számát illetően, így az 1989. évi 90.508 terhességmegszakítás közel 14 százalékkal volt több, mint az 1980-as évek elején. Az 1995-96-os évektől eltekintve 1990-től a művi abortuszok számának fokozatos csökkenése figyelhető meg hazánkban, a 2005-ös évtől pedig számuk átlagosan 50.000 alatt maradt. Mindezek ellenére azonban 2007 és 2010 között száz élveszületésre még mindig 44-45 művi vetélés jutott, azaz napjainkig is közel minden harmadik terhesség még megszakítással végződik.

2.2.1. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő korcsoportja szerint

A terhességmegszakítás, bár eltérő százalékban, de a fogamzóképes nők minden korosztályát érinti. A 2007 és 2010 évek közötti időszakot figyelembe véve a legtöbb beavatkozást a 30 és 34 év közöttiek körében hajtották végre (2007: 10.228; 2008: 10.484; 2009: 10.357; 2010: 9.250); de a művi vetélés hasonlóan kiemelkedő számban jelenik meg a 20-24 és 25-29 évesek körében is. Ezen három életkori csoporton belül a művi abortusz száz élveszületésre jutó aránya a 20 és 24 év közé esők esetén a legmagasabb (2007: 58,7; 2008: 59,9; 2009: 60,7; 2010: 63,9), közel duplája a másik két korcsoport értékeinek, melyek a megnevezett évektől függően 29,4 és 33,1 között mozogtak. Ugyancsak a 20 és 24 év közöttiek körében legmagasabb az abortuszok ezer megfelelő korú nőre jutó aránya is (2007: 26,6; 2008: 27,7; 2009: 26,9; 2010: 25,6).

Figyelmet felhívó, hogy a személyiségfejlődés szempontjából meghatározó jelentőségű időszakban lévő fiatal- és kiskorúaknál a jelen áttekintés alapjául szolgáló négy éves periódusban átlagosan 5.077 (2007: 5.109; 2008: 5.179; 2009: 5.173; 2010: 4.849), illetve 176 (2007: 184; 2008: 184; 2009: 164; 2010: 171) a terhességmegszakítások száma.

2.2.2. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő családi állapota szerint

A rendelkezésre álló statisztikai adatok családi állapot szerint házas és nem házas, ez utóbbin belül pedig hajadon, özvegy, elvált csoportokra vonatkozóan mutatják be a művi abortuszok megoszlását. Az áttekintett időszakban a párkapcsolati elköteleződések formája jelentős változáson esett át, éppen ezért a családi állapot szerinti abortusz adatok ennek

kontextusától nem függetleníthetők. Így például az, hogy a házasságban élő nők terhességmegszakításainak százalékos megoszlása folyamatosan csökkenő tendenciát mutat (1960: 90,2; 1970: 80,0; 1980: 70,3; 1990: 62,7; 2000: 44,8; 2007: 36,0; 2008: 34,9; 2009: 33,6; 2010: 31,5), összefügg a házasságkötések számának radikális csökkenésével (1960: 88.566; 1970: 96.612; 1980: 80.331; 1990: 66.405; 2000: 48.110; 2007: 40.842; 2008: 40.105; 2009: 36.730, 2010: 35.520). Az elmúlt években a hajadonok körében végzett művi abortuszok százalékos megoszlása 50 felett volt (2007: 52,9; 2008: 54,0; 2009: 55,6; 2010: 57,9), azaz a terhességmegszakítások több mint fele a nők ezen csoportját érintette, s a fennmaradó százalék oszlott meg különböző arányban a többi kapcsolati státuszban lévők (elvált, özvegy, házas, egyéb) között. Az ezer megfelelő családi állapotú nőre jutó arány is esetükben a legmagasabb (2007: 21,6; 2008: 21,7; 2009: 21,4; 2010: 20,4), mely a szakirodalmi adatokkal összhangban megerősíti a partneri támasz- és a tartós elköteleződés hiánya valamint a művi abortusz közötti kapcsolatot.

2.2.3. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő iskolai végzettsége szerint

Művi vetélések legnagyobb számban a nyolc általánossal- (2007: 15.733; 2008: 16.376; 2009: 16.388; 2010: 15.703) és befejezett középiskolával (2007: 12.898; 2008: 12.703; 2009: 12.196; 2010: 11.381) rendelkezők csoportjában fordulnak elő. Ezzel szemben a befejezett felsőfokú iskolát végzettek körében jóval alacsonyabb ez a szám (2007: 4.173; 2008: 4.079; 2009: 4.136; 2010: 3.756). Az áttekintés alapjául szolgáló négy éves időszakban a terhességmegszakítások száz élveszületésre jutó aránya is csökkenő tendenciát mutatott az iskolai végzettség növekedésével, így tárgyévtől függően a befejezett nyolc általánossal rendelkezőknél 90,2-97,7; a szakmunkások és szakiskolások körében 52,0-57,6; a befejezett középiskolával rendelkezőknél 38,6-39,7 és végezetül a felsőfokú képzettségűeknél 12,8-15,4 között alakult ez a szám. Fontos megemlíteni, hogy az iskolai végzettséggel megmutatkozó csökkenő tendencia a művi abortuszok élveszületésekkel összevetett arányában minden egyes KSH által csoportosított korosztálynál (-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-) megfigyelhető.

2.2.4. A terhességmegszakítások száma és megoszlása a nő korábbi terhességeinek és az életben levő gyermekeinek száma szerint

2007-től regisztrált adatokra építve megállapítható, hogy a nők egy számottevő részénél (2007: 8.831; 2008: 8.902; 2009: 8.615; 2010: 8.073) - tárgyévtől függően megközelítőleg 20 százaléknál - az első terhesség annak megszakításával végződik; az anyaság első élménye a magzat elutasításához, elvesztéséhez kapcsolódik.

A képet árnyalja, ha a művi abortuszon átesett nők élő gyermekeinek számára vonatkozó adatokat is figyelembe vesszük. Bár a gyermekkel még nem rendelkezők, és az egy, a kettő, a három vagy több gyermekes nők csoportjainál hasonló arányban, 22-28 százalék között oszlanak el a terhességmegszakítások; legnagyobb számban a még élő gyermekkel nem rendelkező nők esnek át művi abortuszon (2007: 12.141; 2008: 11.985; 2009: 11.709; 2010: 10.957); az egy (2007: 10.479; 2008: 10.532; 2009: 10.407; 2010: 9.893), a kettő (2007: 11.453; 2008: 11.500; 2009: 11.168; 2010: 10.310), a három vagy több (2007: 9.797; 2008: 10.072; 2009: 9.897 2010: 9.289) gyermekkel rendelkezőkkel összehasonlítva őket.

Az élő gyermekkel még nem rendelkező és az első terhességüket megszakító nők különbözete az első csoport javára (2007: 3.310; 2008: 3.083; 2009: 3.094; 2010: 2.884) felhívja a figyelmet az első gyermekvállalást megelőző, ismétlődő abortuszok tényére is.

2.2.5. A terhességmegszakítások száma és megoszlása a nő előző terhességmegszakításainak száma szerint

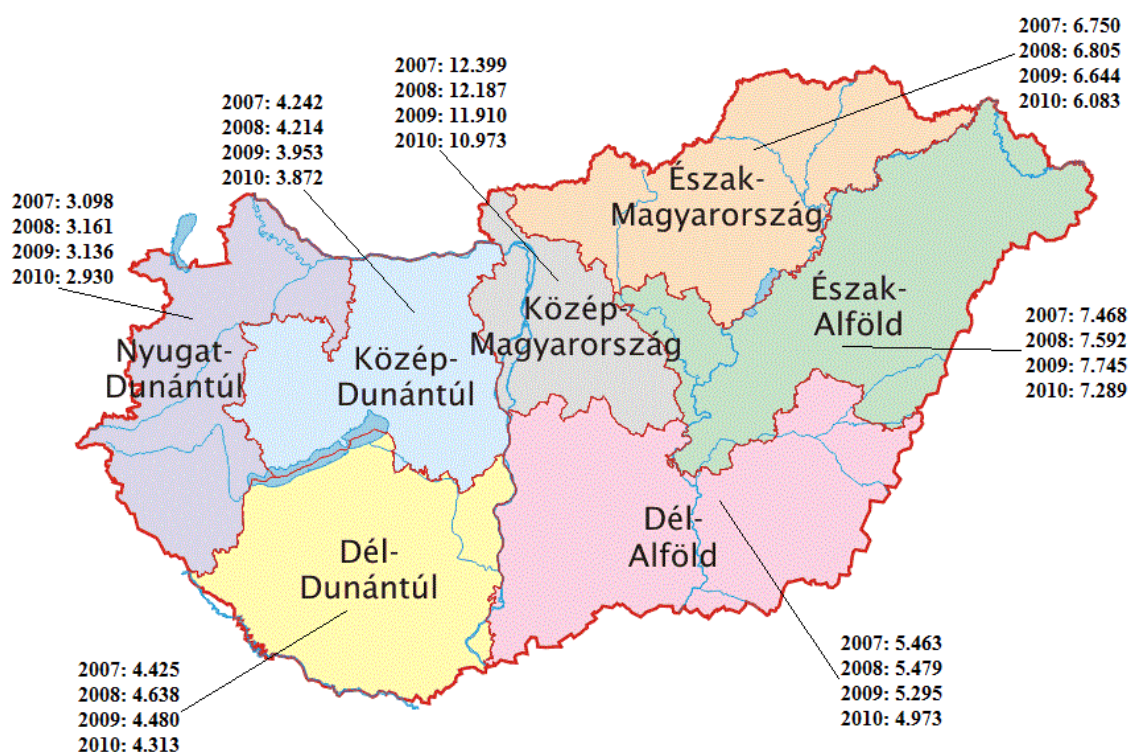
Az ismétlődő abortuszok száma 48,7-49,2 százalék között mozog jelen áttekintés alapját képező négy évben. Azon nők aránya, akiknek korábban volt már egy terhességmegszakítása 25,6-26,6 százalék közé tehető (számszerint 2007: 11.703; 2008: 11.548; 2009: 11.063; 2010: 10.555); azok aránya, akiknek kettő volt, 11,5-11,7 százalék közötti (2007: 5.045; 2008: 5.110; 2009: 5.023; 2010: 4.752). Őket követték 5,3-5,5 százalékkal (2007: 2.334; 2008: 2.434; 2009: 2.367; 2010: 2.205), akiknek korábban már három; 2,5-2,7 százalékkal (2007: 1.093; 2008: 1.114; 2009: 1.125; 2010: 1.084), akiknek ezt megelőzően már négy és végül 3,2-3,4 százalékkal (2007: 1.410; 2008: 1.409; 2009: 1.463; 2010: 1.324), akiknek már öt vagy annál több művi vetélése volt. Azon nők

százaléka, akiknek jelen eseményt megelőzően még nem volt művi abortusza 50,8-51,3 között alakult.

Jelen statisztikai eredmények felhívják az akár többször is ismétlődő abortuszok veszélyére a figyelmet, mely az eseményben érintett nők közel felét érinti.

2.2.6. A terhességmegszakítások száma, megoszlása és aránya a nő lakóhelye szerint

A 2007 és 2010 év közötti művi vetélések számának lakóhely szerinti, regionális megoszlását az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra. A terhességmegszakítások számának régiók szerinti eloszlása Magyarországon 2007 és 2010 között. (Forrás: KSH adatai alapján, Sz. Makó)

Ugyanebben az időszakban a száz élveszületésre jutó terhességmegszakítások száma az országos átlag (2007: 46,4; 2008: 44,5; 2009: 44,8; 2010: 44,8) felett volt Észak-Magyarországon (2007: 55,3; 2008: 55,7; 2009: 56,7; 2010: 55,2), Dél-Dunántúlon (2007: 54,2; 2008: 54,1; 2009: 53,5; 2010: 55,4), Észak-Alföldön (2007: 49,4; 2008: 48,7; 2009: 51,7; 2010: 53,6) és Dél-Alföldön (2007: 47,1; 2008: 45,8; 2009: 46,1; 2010: 47,6). Az ezer megfelelő lakóhelyű nőre jutó arány szerint az országos átlag (2007: 615,5; 2008:

623,4; 2009: 615,1; 2010: 582,1) feletti értékeket találunk ugyancsak a fenti három régióban, így Dél-Dunántúlon (2007: 668,5; 2008: 714,6; 2009: 699,5; 2010: 684,0); Észak Magyarországon (2007: 808,1; 2008: 831,2; 2009: 831,5; 2010: 775,7) és Észak Alföldön (2007: 690,4; 2008: 713,8; 2009: 740,6; 2010: 705,5).

3. A MŰVI ABORTUSZ PSZICHOLÓGIAI ÉS PSZICHIÁTRIAI VONATKOZÁSAI

3.1. Döntés élet, halál dolgában - A terhesség megszakításával kapcsolatos döntéshozatali folyamat pszichológiai aspektusai

A döntéshozatali folyamat a várandósság tényének megállapításával kezdődik és a műtéti beavatkozással zárul. Az alábbiakban részletesen áttekintjük a döntés hátterében álló okokat, a fogantatástól abortuszig terjedő időszak fázisait, valamint a döntés nehézségével összefüggést mutató tényezőket és lehetséges pszichés következményeket.

3.1.1. A művi abortusz okai és a terhességmegszakítás melletti döntés pszichológiai háttere

Mint ahogyan azt a művi abortusz jogi szabályozásával foglalkozó fejezetben olvashattuk, a terhesség négy fő okra hivatkozva szakítható meg ma Magyarországon. *Egészségügyi indikáció* esetén a terhesség kihordása veszélyezteti az anya életét, vagy súlyos egészségkárosodást okozhat; az *eugenikus indikáció* során a magzat testi vagy szellemi károsodása teszi indokolttá a beavatkozást; az *erkölcsi vagy morális indikáció* az erőszak következtében létrejött terhességek megszakításának „jogalapját” jelenti; s végül a *szociális indikáció* az anya válsághelyzetére történő hivatkozást foglalja magában.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint hazánkban a válsághelyzetre történő hivatkozás (2007: 42.595; 2008: 42.769; 2009: 41.858; 2010: 39.145) szerepel kiemelkedően legmagasabb számmal a művi abortusz engedélyezésének hátterében, ezt követi az anya egészségét/életét veszélyeztető állapot (2007: 577; 2008: 575; 2009: 618; 2010: 597) és a magzat rossz egészsége/fejlődési rendellenessége (2007: 562; 2008: 601;

2009: 650; 2010: 629), végül a kriminalitás/erőszak (2007: 104; 2008: 65; 2009: 26; 2010: 46), illetve ez utóbbihoz hasonlóan alacsony számban az ok ismeretlen (2007: 32; 2008: 79; 2009: 29; 2010: 32). Az a tény, hogy az esetek több mint 96 százalékában (2007: 97,1; 2008: 97,0; 2009: 96,9; 2010: 96,8) a nő válsághelyzete kerül megnevezésre a műtéti beavatkozás okaként, megerősíti a művi abortusz melletti döntés háttérében álló tényezők és a döntéshozatali folyamat árnyaltabb megismerésének fontosságát.

A leggyakrabban hivatkozott szociális indikáció háttérében azután az abortusz mellett szóló érvek rendszerének további négy nagy területét nevezhetjük meg. *Az érintett nő személyes jellemzőihez* kapcsolódó tényezők körébe tartozik a túl fiatal életkor, a szülői szerepvállaláshoz kötődő bizonytalanság, vagy annak érzése, hogy az újabb/leendő gyermekkel járó feladatok ellátására nincs energiája, vagy a nem megfelelő egészségi állapot. *A gyermekvállalás, mint akadályozó tényező* esetén említett érvek elsősorban a tanulmányi-, szakmai előmenetellel vagy a személyes tervek, célok megvalósulásával kapcsolatos aggodalmak köré csoportosulnak. *Párkapcsolati, interperszonális* okok között szerepel az egyedülálló szülőség miatti aggodalom, a partner vagy a tágabb család által gyakorolt nyomás az abortusz melletti döntésben, az instabil partnerkapcsolat, vagy éppen az attól való félelem, hogy a gyermek vállalásával válik instabillá. Végezetül az *egzisztenciális háttérre* visszavezethető érvek sorában anyagi problémák, munkanélküliség, lakhatással kapcsolatos gondok találhatók (Sz. Makó, Veszprémi, 2011).

Egy, amerikai nők körében végzett 2004. évi felmérés (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh és Moore, 2005) adatai alapján az abortusz mellett hozott döntés elsődleges okai között legnagyobb számban a szülői szerepekre történő felkészültség- és az azzal járó felelősségvállalás érzésének a hiánya (25%), a nem megfelelő anyagi körülmények (23%) és a befejezett családtervezés, valamint egyéb családi kötelezettségekre történő hivatkozás (19%) álltak. Ezt követték a párkapcsolati problémák és az egyedülálló anyaság (8%), az érettség hiánya (7%), a várandósság összeegyeztethetlensége a tanulmányi és karriercélokkal (4%), és egyéb érvek (7,5%). A nők 7,5 százaléka valamilyen kiemelten nehéz élethelyzetet jelölt meg elsődleges okként úgy, mint a rossz anyai egészségi állapotot, a magzatot-, csecsemőt érintő egészségügyi problémák magas kockázatát és erőszak vagy incesztus következtében létrejött terhességet. A nők zöme több indokot is említett; emellett a szerzők rámutattak, hogy bizonyos érvek szociológiai és demográfiai változók függvényében jellemzőbbek lehetnek egyes csoportokra. Így például az egyedülálló anyaságtól való félelmet és párkapcsolati

problémákat az egyedülálló nők mellett az élettársi kapcsolatban élők is gyakrabban jelölték a házasok csoportjához képest.

Egy magyarországi kórházban végzett 1997-es felmérés (Turay, Horváth, Kovács és Kneffel, 1997) során a megkérdezett nők többsége (32%) a beavatkozás hátterében a nem megfelelő anyagi helyzetet nevezte meg, emellett hangsúlyos okként került még azonosításra, hogy az érintett nő hajadon vagy tanul (19%), a befejezett családtervezés (17%), valamint a kedvezőtlen párkapcsolat (11%).

A fentiekben részletezett érvek egymástól teljes mértékben nem függetleníthetők, hisz például az érintett nő azon érzése, hogy nincs elegendő energiája a gyermekkel járó feladatok ellátására, elképzelhető, hogy már csak következménye egy diszfunkcionális családi rendszernek vagy párkapcsolati működésnek. De ugyanígy, például a szülői szerepekre való felkészületlenség érzése a fiatal életkorból is adódhat, csakúgy, mint esetleg az attól való aggodalom, hogy a gyermekvállalás a jövővel kapcsolatos tervek megvalósításában akadályt jelenthet. A különböző tényezők eltérő súllyal összeadódva és egymással kölcsönhatásban vezetnek egy nő, illetve a pár aktuális élethelyzetében a művi abortusz melletti döntéshez.

Az érintett nő állásfoglalása mellett vagy esetenként ellenében a partner, esetleg a család, a szülők/gondviselő választása is tükröződik a folyamatban. A hozzátartozók reakciója a művi abortusz helyeslésén-ellenzésén; a nő támogatásán-elutasításán keresztül ugyancsak hatást gyakorol a végső kimenetelre. 1.209 abortuszon átesett amerikai nőt megkérdezve 60 százalékuk állította, hogy valaki – úgy, mint például férj vagy partner, barát, szülő - segítségére volt a döntés meghozatalában. A nők többsége a partnerét nevezte meg, mint legfontosabb segítőt a terhesség kimenetelével kapcsolatos döntésben; a szülő ebben a vonatkozásban történő megjelölése a 19 éves és annál fiatalabb korosztályban háromszor olyan gyakran fordult elő, mint a 20 év feletti körében (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh és More, 2006). Turay és mtsai. (1997) felmérésükben a terhességmegszakítás előtti döntési periódusban a férfi partnerek viselkedését 34 százalékban megértőnek, segítőkésznek; közel 20 százalékban a beavatkozást ellenzőnek; 19 százalékban közömbösnek találták a nők önbeszámolói alapján, 29 százalékban a megkérdezettek nem válaszoltak. A nők 82 százaléka döntött közösen a partnerével, s egyharmaduk érezte a családot támogatónak a döntéshozatal folyamán. Egy amerikai és orosz nőket összehasonlító kutatásban (Rue, V. M., Coleman, Rue, J. J. és Reardon, 2004) a vizsgálati csoporttól függően a nők 24 – 51 százaléka érezte partnerét támogatónak; a résztvevők 20 – 27 százaléka vonta be a szülő(ke)t a döntéshozatalba, s csak 12 – 23

százalék ítélte meg hasznosnak a közreműködés(üke)t. Major, Zubek, Cooper, Cozzarelli és Richards (1997) azt találták, hogy az abortusz előtt álló nők 85 százaléka számolt be terhességéről partnerének, 25 százaléka a szülőnek, 65 százaléka barátának, s 17 százaléka mindhárom forrásnak. Továbbá eredményeik értelmében a nők többsége támogatónak találta partnerét, valamint szüleit a terhességmegszakítás idején, s csak kisebb mértékben konfliktusosnak. Azok, akik több mint egy embernek mondták el, hogy terhesek, kevésbé érezték támogatónak partnerüket, mint anyjukat vagy barátjukat. Minél támogatóbbnak érzékelt egy nő egy személyt, annál támogatóbbnak észlelte a többi embert is; s minél több konfliktust észlelt valaki felől, annál jellemzőbb tapasztalás volt ez más emberekhez kapcsolódóan is.

A művi abortusz melletti döntés az egyén személyes jellemzői és mikrokörnyezete mellett, a tágabb társadalmi és kulturális kontextus vagy makrokörnyezet által is determinált. Így például egy adott ország, társadalom aktuális állapota, gazdasági helyzete, ezzel összefüggésben családpolitikája meghatározó lehet bizonyos érvek – úgy, mint anyagi, lakhatási okokra való hivatkozás – hangsúlyosságában. Ezt látszanak alátámasztani, hogy míg Finer és mtsai. (2005) által publikált tanulmányban az Amerikai Egyesült Államokban vezető helyen a szülői szerepekre történő felkészültség- és az azzal járó felelősségvállalás érzésének a hiánya szerepelt, addig egy Magyarországon az 1990-es évek második felében történő adatgyűjtés során (Turay és mtsai., 1997) az anyagi helyzetre történő hivatkozás jelent meg legnagyobb százalékban a művi abortusz melletti döntés okaként a megkérdezettek körében. A nő, illetve család választása a várandósság megtartása mellett vagy ellenében a társadalom által közvetített morálok, normák, törvények keretrendszerében és azzal összefüggésben születik.

Összegezve, fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a terhesség kimenetelére vonatkozó döntés és a háttérben álló okok individuális, mikro- és makrokörnyezeti jellemzők és hatások összetett kontextusában, viszonyrendszerében értelmezhetők.

3.1.2. A művi abortusz vállalásának folyamata

A várandósság gyanújának beigazolódása és a műtéti beavatkozás között eltelő időszaknak öt szakaszát különböztethetjük meg (Finer és mtsai., 2006), melyeknek főbb jellemzőit a 3. táblázat szemlélteti.

<i>Időszak</i>	A legutóbbi menstruációs ciklustól a terhesség gyanújáig.	A terhesség gyanújának a felmerülésétől a pozitív terhességi teszttel megerősített terhesség megállapításáig.	A terhesség beigazolódásától az abortuszról való döntésig.	A döntéstől az „abortusz-szolgáltatásoknak” történő utánajárásig.	A szolgáltatás kiválasztásától, igénybevételének feltételét képező procedúrától a konkrét beavatkozásig .
<i>T (idő)</i>	KÉ ¹ : 33 nap; ÁÉ ² : 36 nap	KÉ: 14 nap; ÁÉ: 18 nap			KÉ: 7 nap; ÁÉ: 10 nap
<i>Idő módosít</i>	Hosszabb: fiataloknál	Hosszabb: tizenéveseknél; két vagy több gyermekes nőknél Rövidebb: magasabban iskolázottaknál; magasabb jövedelműeknél	Hosszabb: akik beszéltek szüleikkel döntésükről Rövidebb: házasságban vagy több gyermekes nőknél	Hosszabb: azoknál a nőknél, akik a döntéshozatal során senkivel sem kommunikáltak Rövidebb: 25 éves és afeletti nőknél	Hosszabb: rossz anyagi körülmények között élő, alacsony jövedelmű nőknél

¹KÉ: középérték; ²ÁÉ: átlag érték

3. táblázat. A terhesség kimenetelével kapcsolatos döntéshozatal folyamatának szakaszai (Forrás: Finer és mtsai. (2006) nyomán, Sz. Makó)

A műtéti beavatkozás késlekedésével, „halogatásával” összefüggésben a megkérdezett nők anyagi nehézségeket, a várandósság észlelésének problémáját és a döntéshozatallal kapcsolatos nehézségeket jeleztek. A második trimeszteres abortuszon átesett nőkre jellemzőbb volt az anyagiakra és a szülőkkel való megbeszélés elhúzódására történő hivatkozás (Finer és mtsai., 2006). Mivel a prolongált döntéshozatal összefüggésben áll a posztabortusz idején jelentkező pszichológiai komplikációkkal, a következő alfejezetben külön figyelmet szentelünk a késői beavatkozások háttérében álló okok részletesebb bemutatására.

3.1.3. Az ambivalencia és kontroll kérdése az abortusszal kapcsolatban hozott döntésben

A döntéshozatal sokszor kételyekkel, kérdésekkel, vívódással, ambivalenciával teli folyamat, melynek háttérében számos tényező állhat. Egy, a témában korainak számító kutatásban (Kerenyi, Glascock és Horowitz, 1973) az abortusz késleltetését magyarázó tényezőket vizsgálva 200 fő korai (12. terhességi hétig), küretes és 200 fő késői (16. és 24.

terhességi hét között), sóoldatos³ terhességmegszakításon átesett nőket hasonlították össze. A nők közel negyede mindkét csoportban jelezte, hogy nehézséget okozott számára a döntés meghozatala, melynek háttérében a baba utáni vágyakozást, morális aggályokat, vallásosságot, pszichológiai diszkomfort érzést említettek. Az abortusz melletti döntést a sóoldatos csoportba tartozók anyagi nehézségekkel, tanulmányi és karrier célok összeegyeztetésének nehézségével, a személyes szabadságban való korlátozottsággal, és a férjzettség hiányával; míg a küretes csoport tagjai anyagi nehézségekkel, befejezett családtervezéssel, orvosi komplikációkkal és labilis párkapcsolattal indokolták legnagyobb százalékban. A késlekedő csoportot az állapothoz való viszonyulásban a tagadás és ignorálás, odázó viselkedés jellemezte, a terhesség korai szimptomáit nagyobb százalékban hagyták figyelmen kívül, késlekedtek orvoshoz fordulni az első menzesz kimaradását követően, nem érzékelték a helyzet sürgősségét. A döntést halogató nők többségének nem volt korábbi terhessége (69%) és terhességmegszakítása (96%), azaz az aktuális várandósság ismeretlen válsághelyzetet jelentett számukra; s az első trimeszteres (küretes) csoporthoz képest többen jelezték, hogy az érintett férfinak nem mondták el a terhességet, vagy visszautasították segítségét, s kevesebben számoltak be arról, hogy érzelmi és anyagi támogatást kaptak volna tőle a terhességmegszakítás idején. A késői abortusszal összefüggő változók között szerepelt tehát a fiatalabb életkor, anyagi bizonytalanság, interperszonális-kapcsolati problémák. A késlekedés okaként a csoportba tartozók negyede olyan körülményeket nevezett meg, melyeket nem tudtak kontrollálni; de emellett megjelent a döntésképtelenségre (15,5%), a szülők előtti felvállalás nehézségére (8,5%) történő hivatkozás is.

Az 1990-es évek elején, dán nők körében végzett vizsgálat (Husfeldt, Hansen, Lyngberg, Nøddebo és Petersson, 1995) az abortusz előtt állók 30 százalékánál azonosított a terhesség megszakításával kapcsolatos ambivalenciát a műtéti beavatkozást megelőzően. Az ambivalens nők főként a tanulmányokkal és a munkával kapcsolatos tényezőket, valamint a párkapcsolatot jelölték meg a terhesség megszakításának indokaként, de emellett szociális és személyes változók is – mint például lakhatási körülmények, a szülők viszonyulása, fizikai és mentális egészség – magasabb értékekkel játszottak szerepet választásukban. A nem ambivalens csoport abortusz melletti döntésének egyik leghangsúlyosabb érve a befejezett családtervezés volt, ezt követte a párkapcsolatra történő

³ A hipertóniás sóoldat, ureaoldat intraamniális befecskendezése révén előidézett magzatelhalás és vetélés 2-3 évtizeden keresztülül gyakran használt módszer volt, de a sokféle és súlyos anyai szövődmények miatt ma már nem alkalmazott eljárás.

hivatkozás. Az ambivalens csoportba tartozók - a döntésükben biztosakkal összehasonlítva - nagyobb százalékban jelezték, hogy a terhességmegszakítás ellen foglaltak állást az aktuális várandósságot megelőzően; kevesebben választották volna a műtéti beavatkozást, s többen a gyermek vállalását, mely tükröződött a terhességre adott első reakciójukban is; nagyobb százalékban jelezték, hogy partnerük döntött az abortusz mellett; kevesebben érezték sajátjuknak a döntést; s többen tartották kevésnek a házi orvos által nyújtott információkat a baba megtartása esetén igénybe vehető anyagi támogatással kapcsolatos lehetőségekről. Az ambivalens nők 47 százaléka azt jelezte, hogy bizonyos feltételek módosulása esetén – mint például, ha a partner vállalta volna a gyermeket, vagy jobb anyagi körülményekkel rendelkeznének – döntését megváltoztatta volna; 29 százalékuk ezzel kapcsolatban bizonytalanságát fejezte ki, s 24 százalék mondta, hogy nem változtatná meg döntését. Ezzel szemben a nem ambivalens csoportba tartozó nők jelentős többsége (77 %) nem változtatott volna elhatározásán. Rue, V. M. és mtsai. (2004) fentiekben már említett kutatásában az amerikai nők 54 százaléka, az orosz nők 38 százaléka nem volt biztos döntésében; 51,9 - 33,3 százalékuk jelezte, hogy a döntéshozatal előtt több időre lett volna szükségük; és 64 – 37,2 százalék mások felől érkező nyomásgyakorlást tapasztalt.

Egy svéd, interjúk feldolgozásán alapuló kutatásban (Kero, Högberg és Lalos, 2004) a résztvevők 31 százaléka már a várandóssága előtt biztos volt abban, hogy esetleges fogantatás esetén a művi vetélés mellett fog dönteni; és 76 százalékuk nyilatkozott úgy, hogy döntését semmi sem változtathatja meg. A fenti tényeket kiegészítve fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy az abortuszra vonatkozó szilárd elhatározást és racionális döntést is kísérhet mély fájdalom, szomorúság vagy gyász, esetleg megbánás a beavatkozás után.

Az abortuszt követő és a döntéshozattal összefüggő pszichológiai komplikációk másik forrása lehet, ha a nő úgy érzi, nem lehetett befolyással a döntésre, azaz nem volt kontrollja a kimenetel felett, vagy kényszerítve érzi magát a beavatkozás vállalásában. Sok esetben a partner vagy más családtagok, mint például szülők művi abortusz melletti aktív állásfoglalása döntő a kérdésben; de előfordulnak olyan helyzetek is, mikor a férfi az abortusz kérdésében látszólag nem foglal állást, azonban a kapcsolat más területein szankcionál, vagy szélsőséges esetekben megszakítja a párkapcsolatot. Rue, V. M. és mtsai. (2004) vizsgálatában az amerikai nők 64 százaléka, az orosz nők 37,2 százaléka érzékelt mások felől érkező nyomást a beavatkozásra. Serdülők – felnőtt nőkkel szemben – gyakrabban jelzik, hogy kényszer hatására választották a terhesség megszakítását, vagy nem volt elegendő információjuk a döntéshez (Franz és Reardon, 1992).

A terhesség megszakítása – megtartása mentén történő döntéshozatalban való részvétel az érintett férfiak szempontjából is jelentős kérdésnek bizonyul. Az esetek egy bizonyos százalékában (14-20%) a nők úgy nyilatkoznak, hogy a férfi partner által kívánt terhességet szakítanak meg (Rue, V. M. és mtsai, 2004; Turay és mtsai., 1997).

Egy kanadai kutatásban a férfiak 34,9 százaléka nehéznek tartotta a döntést, míg 17,6 százalék ambivalens volt az abortusz melletti elhatározás kapcsán. A résztvevők több mint fele (56,2%) jelezte, hogy szorongást él át a partnere terhességmegszakítása miatt, mely olyan tényezőkkel volt összefüggésbe hozható, mint morális dilemma, fájdalom anticipálása, komplikációktól való félelem (Lauzon, Roger-Achim, Achim és Boyer, 2000).

Kero, Lalos, Högberg és Jacobsson (1999) svéd férfiak partnerük aktuális terhességére és a művi abortuszára adott érzelmi reakciókat tanulmányozták. A nő közelgő terhességmegszakítása kapcsán a résztvevők közel 70 százaléka szorongásról számolt be, s 35-40 százalékuk a felelősség, büntudat, megkönnyebbülés és gyász érzését jelezte. Pustán 13 százalékuk csak pozitív emóciókat említett a beavatkozás kapcsán, 57 százalék vegyes érzelmekről beszélt, s a vizsgálati csoport csaknem egyharmadánál (29%) kizárólag negatív érzelmeket azonosítottak a szerzők.

Szakirodalmi adatok szerint 14-22 százalékra tehető azoknak a száma, akiknek nem volt információja a női partner terhességmegszakításáról, azaz egyáltalán nem vagy csak utólag értesültek a beavatkozás tényéről. Az abortusszal járó veszteség a férfiak számára is megterhelő, stresszel járó életesemény lehet, esetükben is megjelenhetnek büntudati érzések, önvád, harag, melyet fokozhat, ha a fogantatás tényének „eltitkolása” vagy a gyermekvállalás kizárólag a partner döntésén alapuló elutasítása következtében megfosztva érzik magukat a kimenetel alakításában (Lauzon és mtsai., 2000; Holmes, 2004; Cozzarelli, Karrasch, Sumer és Major 1994).

3.2. A művi abortusz pszichológiai és pszichiátriai következményei

Az USA egész területére kiterjedően és Európa számos országában 1970-es évek óta engedélyezett és/vagy kevésbé szigorú feltételekhez kötött orvosi beavatkozás a művi vetélés. Ezzel párhuzamosan egyre több olyan kutatás és azok eredményeire épülő összefoglaló tanulmány (ld. Adler és mtsai., 1990; Adler és mtsai., 1992; Bradshaw és

Slade, 2003; Coleman, Reardon, Strahan és Cogle, 2005; Coleman, Vincent és Spence, 2007; Illsley és Hall, 1976; és mások) jelent meg, amely a terhesség megszakításának pszichológiai következményeit igyekezett megállapítani. A témában született munkák sokasága ellenére a mai napig nem alakult ki egységes szakmai koncepció a művi abortuszt kísérő pszichológiai állapotok, a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt hatásainak leírásában. A háttérben meghúzódó okok között szerepelnek a célcsoport széleskörű elérhetőségével, valamint az utánkövetéssel járó nehézségek; az eredmények összehasonlíthatóságát akadályozó módszertani sokszínűség, vagy esetenként hiányosság; bizonyos kutatói kérdések nehéz tesztelhetősége (pl. a művi abortusz mellett megjelenő és a nők mentális állapotára befolyással bíró további változók kontrollálásának kérdése). S végezetül az a tény sem hagyható figyelmen kívül, hogy a kérdéskör vizsgálata társadalmi viták keretében zajlik, melynek következtében az eredmények interpretálása nem minden esetben mentes a művi abortuszt ellenző és támogató álláspontok hatásától sem.

A művi vetélés nők mentális egészségére gyakorolt hatásával kapcsolatban két vezető álláspont látszik kirajzolódni. A szakemberek egy része vitatja az esemény és a nők jól-léte, közötti összefüggést, és pusztán átmeneti, rövid ideig tartó pszichés állapotra gyakorolt következményekről beszél (ld. Adler, 1975; Major és Cozzarelli, 1992; Russo és Zierk, 1992; Schmiede és Russo, 2005; és mások), míg a témával foglalkozók másik csoportja a nők egy részénél pszichopatológiai- és negatív kapcsolati „válaszokat” igazol a művi vetéléssel összefüggésben hónapokkal vagy akár évekkel is a beavatkozást követően (ld. Coleman és mtsai., 2005; Coleman és mtsai., 2007; Goodwin és Ogden, 2007; Lauzon és mtsai., 2000; és mások).

Az alábbi fejezetben azon munkák áttekintő jellegű összefoglalására törekszünk, melyek a műtét körüli és az azt követő rövid és hosszú távú pszichológiai reakciók meghatározásával foglalkoznak.

3.2.1. A művi abortuszt megelőző időszak pszichológiai jellemzői

A művi abortusz melletti döntéshozatal specifikus kérdéseivel foglalkozó fejezetben számos olyan témakört érintettünk már, mely meghatározza, leírja a műtét előtti időszak pszichológiai jellemzőit és a terhességre adott reakciókat. Ebben a fejezetben - kiegészítve a fentieket – a döntéshozatalon túli, de még a művi abortusz „előszobájában” lévő további pszichológiai jellemzők rövid összefoglalására törekszünk.

Lauzon és mtsai. (2000) a vizsgált nők 56,9 százalékánál, és partnereik 40,7 százalékánál mértek intenzívebb distressz értékeket a preabortusz időszakban, mely mindkét csoport esetén magasabb előfordulást jelzett, mint ami az átlagpopulációra jellemző (21,6-22,2%). A preabortusz időszakban azon nők voltak kivéve magasabb distressznek, akik még nem rendelkeztek gyermekkel; elégedetlenebbek voltak a párkapcsolatukkal; kevesebb, mint egy éve voltak együtt partnerükkel; vagy féltek attól, hogy az esemény negatív hatással lesz a párkapcsolatukra; ambivalenciával teli döntést jeleztek; aggódtak a terhességmegszakítás miatt és/vagy szuicid gondolatok fordultak elő az egész életükre vonatkoztatva illetve az elmúlt egy évben. Kero és mtsai. (2004) által vizsgált svéd nők többsége (64%) a műtétet megelőzően fájdalmas érzésekről, kétségbeesésről, pánikról, gyászról számolt be; de 36 százalékának volt pozitív érzése (pl. boldogság) is ebben az időszakban. Több kutatás is megerősíti a műtét előtti időszakra jellemző emelkedett szorongásszintet (Urquhart és Templeton, 1991; Wells, 1991). Freeman, Rickels, Huggins, Garcia és Polin (1980) első és ismétlődő művi abortusz előtt álló nőket összehasonlítva, mindkét csoportnál egyaránt magasabb depresszió, szorongás, szomatizáció és interperszonális érzékenység értékeket mértek a műtétet megelőzően. Niswander, Singer, J. és Singer, M. (1972) a preoperatív időszakban rosszabb alkalmazkodást, magasabb depresszió, szorongás és impulzivitás értékeket találtak terhességüket megszakítani szándékozók körében, összehasonlítva őket szülés előtt álló nőkkel.

Gerrard (1977) szexualitáshoz kötődő magasabb büntudatot talált egy egyetemi terhességi tanácsadóban megforduló, művi abortusz előtt álló kliensekkel történő felmérés során, összehasonlítva őket szexuálisan aktív, nem terhes hallgatókkal.

Bradshaw és Slade (2003) a témával foglalkozó kutatások eredményeinek összefoglalásán alapuló tanulmányukban hangsúlyozzák, hogy az érintett nők a preabortusz időszakban több negatív emóciót élnek meg, s a fokozott distressz jegyeként leggyakrabban szorongásos és depresszív reakciók, alvászavar, ingerlékenység jelentkezhet. Elemzésük alapján 15-69 százalékra tehető ezen állapotok valamelyikét megélő nők száma.

Faure és Loxton (2003) kapcsolatot találtak közvetlenül a műtét előtti és az azt követő, posztabortusz idején jelentkező depresszió között. Eredményeik megerősítik, hogy a későbbi negatív kimenetek bejósolása szempontjából fontos lehet a művi vetélést megelőző időszak pszichológiai jellemzőinek további vizsgálata.

3.2.2. A művi abortusz rövid és hosszú távú pszichológiai következményei

A művi abortusszal foglalkozó korai kutatások fókuszra elsődlegesen a beavatkozásra adott pszichológiai reakciók természetének és rövid távú jellemzőinek meghatározására irányult, azaz milyen érzelmekről számolnak be a terhességmegszakítást megtapasztaló nők és hogyan alakulnak ezek az érzelmek az eseményt követő néhány hónapban. Emellett a későbbiek során megjelentek olyan kutatások is, melyek különböző szimptomák meglétén vagy hiányán keresztül vizsgálták a beavatkozásra adott pszichológiai válaszreakciókat, illetve sorolták azokat normatív vagy patológias jegyek körébe.

A rövid és hosszú távú jellemzőkkel összefüggésben mért és tanulmányozott kimeneteli változók két nagy csoportját különböztethetjük meg: az abortuszra, mint egy stresszel teli életeseményre adott érzelmi válaszokat (a.) és a nők mentális állapotával összefüggésben álló és kapcsolati jellemzőire is hatással lévő klinikai illetve pszichopatológiai jegyeket (b.).

3.2.2.1. Érzelmek az esemény tükrében - az abortuszra adott normatív reakciók

Adler (1975) az abortuszra adott emocionális reakciók három csoportját azonosította. A pozitív emóciók közé tartozik a megkönnyebbülés, a feszültség csökkenése, öröm, míg a további két faktor negatív emóciókat reprezentál: szégyen, bűntudat, rosszallástól való félelem, mint szociálisan meghatározott érzelmek; és megbánás, aggodalom, kétely, düh, mint belsőleg meghatározott érzelmek összessége. A szerző szerint a beavatkozás utáni 2-3 hónapot követően a nők jelentős többségénél csökken a negatív érzelmek előfordulása és intenzitása, a pszichológiai reakciók átmenetiek, és normatív válaszoknak tekinthetők. Shusterman (1979) az abortuszon átesett nők többségénél nem tapasztalt negatív reakciókat a műtéttől számított 2-3 héten belül. Lazarus (1985) két héttel az első trimeszteres abortuszt követően a nők háromnegyedénél megkönnyebbülést tapasztalt, s a résztvevők 15 százalékánál fordult elő depresszió, bűntudat. A fentiekkel összhangban több szerző is alátámasztotta, hogy a műtét utáni három héten belül számottevően csökkent a szorongás, a depresszió szintje a vizsgált nők körében (Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003; Mueller és Major, 1989; Urquhart és Templeton, 1991). Adler (1976) különbséget talált azon kutatásban önkéntesen résztvevő nők között, akik visszatértek az utánkövetésre, s azok között, akik nem. Ez utóbbi csoport fiatalabb volt, több volt közöttük a katolikus, s nagyobb számban voltak olyanok, akinek már volt megelőző

terhességmegszakítása. Ezen jellemzők mindegyike gyakrabban járt együtt negatív következményekkel, így az eredmények felhívják a figyelmet a magas rizikójú csoportok alulreprezentálásának kérdésére, mellyel összefüggésben az abortusz negatív hatásainak tényleges megítélése is korlátokba ütközhet.

Prommanart, Phatharayuttawat, Boriboonthirunsarn és Sunsaneevithayakul (2004) két héttel a művi- valamint spontán vetélést követően közepes vagy súlyos mértékű gyásszal összefüggést mutató bánatot találtak a nők 43 százalékánál.

Ashton (1980) nyolc héttel a beavatkozást követően az enyhe mértékűtől a súlyosig terjedő bűnösség érzését (58%), megbánást (8%), ambivalenciát (31%), idegességet, feszültséget (44%), műtéttel kapcsolatosan fennmaradó aggodalmakat (31%) azonosított; s nyolc hónapos utánkövetés távlatából úgy találta, a vizsgálatban résztvevők nagyobb többsége (73%) egyáltalán nem vagy csak átmenetileg és rövid ideig tapasztalt az abortusznak tulajdonítható negatív kimeneteleket.

Kero és mtsai. (2004) kutatásukban megerősítették az Adler (1975) által azonosított érzelmeket. Az abortusz idején a nők a felelősség (20%), a megkönnyebbülés (54%), a „megszabadulás” (34%), a bánat (43%), az igazságtalanság (11%), a bűnösség (30%), az üresség (25%), a fájdalom (23%), a türelmetlenség (11%), a harag (13%), a megbánás (7%), a szégyen (15%), az erőtlenség (5%), a krízis (9%) szavakat választották aktuális állapotuk leírására. A műtéti beavatkozás előtt a vizsgálatban résztvevők 16 százaléka csak pozitív, 30 százaléka kizárólag negatív, míg 54 százaléka pozitív és negatív emóciók együtteséről számolt be. Ez az arány egy évvel a műtétet követően 47 - 3 - 50 százalékra változott, azaz a nők fele még 12 hónap távlatából is vegyes érzésekről számolt be az esemény kapcsán. Bár a résztvevők jelentős többségénél (84%) azonosításra kerültek abortusz idején a negatív emóciók, Kero és mtsai. - négy hónappal a műtétet követően felvett retrospektív beszámolókból nyert adatokra építve - megállapították, hogy az érintett nők 62 százalékát érzelmileg nem terhelte meg a beavatkozás (distressz nélküli csoport), 17 százalék esetén enyhe mértékű distresszről lehetett beszélni, ami négy hónappal a műtétet követően már nem éreztette hatását. S végül, a teljes minta 21 százalékát sorolták a beavatkozás idején súlyos distresszsel küzdők csoportjába, kiknél az abortuszra adott reakciók között a gyászra, krízisre és/vagy depresszív állapotra utaló jelzések voltak azonosíthatók. Ez utóbbi esetben a nők mindegyike fájdalmas érzéseket (mint pl. igazságtalanság, bánat, üresség) társított az abortuszhoz 4 és 12 hónappal később is. Mindezek ellenére a szerzők egyértelműen nem erősítették meg a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt negatív hatását, s az eseménnyel összefüggésbe hozható

jelentősebb pszichés problémákat nem valószínűsítettek. Fontos azonban kiemelni, hogy a vizsgált csoport 38 százaléka érzelmi megterhelésről számolt be az abortusz kapcsán, s ezen belül a nők egy jelentős körénél (21%) súlyosnak ítélt reakciók is azonosíthatóvá váltak önbeszámolóik alapján.

Rue, V. M. és mtsai. (2004) kutatásukban nem tudtak az abortusszal összefüggésbe hozható pozitív kimenetelt azonosítani, megkönnyebbülést az amerikai és orosz nők 13,8-6,9 százaléka jelzett; ezzel szemben többségük rosszul érezte magát a műtétet követően is (53,9-47%) és döntően olyan érzésekről számoltak be, mint szomorúság, veszteség (55,8-38,6%), és büntudat (77,9-49,8%). Pusztán az amerikai nők csoportjára jellemzően, többen jelezték, hogy képtelenek megbocsájtani önmaguknak (62,2%), olyan érzésük van, mint ha önmaguk egy része halt volna meg (59,5%), a veszteség évfordulóikor szomorúságot élnek meg (39,2%).

Svédországban, 854 abortusz-kutatásba bevont nő 42 százaléka nem tapasztalt negatív pszichológiai reakciót; 55 százalék rövidebb-hosszabb ideig tartó érzelmi distresszről vagy büntudatról számolt be egy évvel a műtéti beavatkozást követően. Ugyanebben az időben a megkérdezettek 16,1 százaléka még az eseménnyel összefüggő érzelmi problémákat jelzett. A szerzők a distressz jegyeként azonosították a lehangoltságot, ok nélküli sírásokat, büntudat meglétét, rossz közérzetet gyermekekkel történő találkozások során, vagy ismétlődő fantáziálást arról, hogy milyen lett volna a baba, ha megszületik (Söderberg, Janzon és Sjöberg, 1998).

Egy, segítő foglalkozásúak körében végzett amerikai kutatásban – átlagosan 9 évvel az abortuszt követően – a résztvevők a megkönnyebbülés érzését társították legjellemzőbben az eseményt követő rövid távú (három hónapos) időszakhoz, s csak mérsékelt szintjét jelezték a büntudatnak, dühnek, szorongásnak. A hosszú távú felépülést tekintve is a megkönnyebbülés maradt a legerőteljesebb érzés (Lemkau, 1991).

Wahlberg (2007) abortuszon átesett nőket segítő lelkészekkel és pszichiáterekkel készített - szakmai tapasztalatok feltárására épülő - interjúk elemzése alapján hívta fel a figyelmet a büntudat és szégyen érzésének meglétére.

Bár az abortusszal foglalkozó kutatások jelentős hányada eltérően vélekedik arról, hogy a nők hány százaléka érintett a negatív emóciók (mint pl. a büntudat, kétely, megbánás, szégyen) tekintetében, valamint a témával foglalkozó szakemberek egy része a beavatkozás negatív következményeinek átmeneti és rövid ideig tartó hatását hangsúlyozza, minden esetben említésre kerül a nők egy olyan szűkebb csoportja, akik

esetén a negatív érzelmek perzisztálnak és összefüggésbe hozhatók a műtétet követően megjelenő klinikai szimptomák manifesztációjával.

3.2.2.2. Pszichés problémák, pszichiátriai zavarok a művi abortusszal összefüggésben – patológiás reakciók és hosszú távú következmények

Az utóbbi két évtizedben egyre több olyan kutatás született, melyeknek célja a hosszabb távú negatív hatások nyomon követése. Annál is inkább fontos kérdés ez, mert egyrészt előfordulhatnak késleltetett reakciók, azaz az érintett nő műtéti beavatkozást követő életeseményeivel - például egy későbbi életszakaszban jelentkező sikertelen gyermekvállalási próbálkozással - összefüggésben felerősödhetnek a beavatkozás melletti döntést kísérő negatív érzelmek. Másrészt ott, ahol az anya veszteségként éli meg a terhesség megszakítását, az abortusz sajátosságából eredő tényezők - mint például a közvetlen hozzátartozók előtti titokban tartás, a magzathoz való kötődés és elutasítás együtteséből táplálkozó ambivalens érzések összessége, annak megélése, hogy a döntés vállalása révén közvetlenül közreműködött a magzat halálában - növelhetik az elhúzódó vagy patológiás kimenetellel járó komplikált gyász megjelenésének valószínűségét. Ezzel összefüggésben Goodwin és Ogden (2007) 1-9 éven belül terhességmegszakítást átélt nőkkel készített interjúk elemzéseire építve, az idő múlásával párhuzamosan zajló feldolgozás és az esemény pozitív értékelése (a beavatkozás utáni időszak negatív érzelmektől mentes) mellett olyan további mintázatokat is azonosítottak, mint az állandósult feszültséget (a negatív érzelmi állapotok hosszú ideig aktívak maradnak) és a negatív újraértékelést (az utólagosan jelennek meg a negatív érzelmi állapotok). Az eredményeik megerősítik, hogy a veszteség feldolgozása nem minden esetben követ egy lineáris mintázatot, s hosszútávon a nők egyes csoportjainál tartós negatív kimenetellel kell számolni. A művi vetélés következtében hozzávetőlegesen 10-20 százalékra tehető azon érintettek köre, akiknél elhúzódó-, vagy a későbbiek során abortusszal összefüggésben megjelenő pszichológiai- illetve pszichiátriai problémák jelentkeznek (Coleman és mtsai., 2005). A prenatális veszteség ezen formájának komplikált feldolgozásra utaló jelzése lehet az elhúzódó gyászreakció, valamint a nők mentális egészségét, párkapcsolatát és ezen keresztül életvezetését negatívan befolyásoló pszichiátriai problémák megjelenésének nagyobb valószínűsége. A negatív kimenetellel összefüggésben leggyakrabban vizsgált változók közé tartozik a poszttraumatikus stressz zavar, a szorongásos és hangulati rendellenességek, alvászavarok, pszichoaktív szerhasználat és a szexuális diszfunkciók.

3.2.2.2.1. *A művi vetélés és a nők mentális egészsége közötti összefüggések*

Az abortusz következtében megjelenő – a poszttraumatikus stressz zavar (PTSD) egyik formájaként számontartott – posztabortusz szindróma tünetei között szerepelhet az eseményre emlékeztető helyzetek elkerülése. Jellemzője a nőgyógyással történő kontroll jellegű találkozások halogatása, a műtét helyéül szolgáló klinika, kórház-, vagy a babákkal történő találkozások lehetőségét tartalmazó szituációk elkerülése, illetve ennek sikertelensége esetén intenzív és fájdalmas érzelmi reakciók megélése; az abortusszal kapcsolatos gondolatok elfojtása, beszélgetésekben a téma kerülése. A másik hangsúlyos tünet az intrúzió, azaz a rémálmok, nappali zavaró vagy fájdalmas gondolatokkal kísért élmények, emlékek kontrollálhatatlan újraélése, „betörése”. Speckhard és Rue (1992) az esemény traumatizáló jellemzőjeként említik még, ha a nő úgy éli meg a terhesség megszakítását, mint a meg nem született gyermek ellen elkövetett bűnt, életének tönkretételét. van Emmerik, Kamphuis és Emmelkamp (2008) első trimeszteres abortuszt követően két hónappal a PTSD-re utaló jegyek mérsékelten emelkedett szintjét mérték, s a résztvevők 19,4 százalékát a klinikai határértéket meghaladó, súlyos tünetek megléte jellemezte. Rue, V. M. és mtsai. (2004) az amerikai nők 14,3 százalékánál azonosított az abortusszal összefüggő és a diagnosztikus kritériumoknak megfelelő PTSD-t. Vezető tünetek voltak az emlékezési nehézségek, flaschback-ek, akaratlan abortuszemlékek, az abortuszra gondolás és arról történő beszéd elkerülése, valamint koncentrációs nehézségek. Broen, Moum, Bødtker és Ekeberg (2005) művi abortuszon és spontán vetélésen átesett norvég nők veszteségre adott pszichológiai reakcióinak sajátosságait hasonlították össze az eseményt követő ötéves periódusban. Eredményeik értelmében a veszteség és gyász érzése az első féléves időszakban magasabb volt a spontán vetélést elszenvedő nők körében, mely különbség a két csoport között az idő előrehaladtával eltűnt. Emellett hangsúlyozzák, hogy a bűntudat és szégyen érzése, valamint az eseményhez kötődő élmények elkerülése a vizsgálat teljes időszakában a terhességmegszakításon átesettek csoportját jellemezte inkább. A művi abortuszra adott pszichológiai reakciók elhúzódó természetére enged következtetni az is, hogy míg a spontán vetélést követően fél évig, addig a művi abortusz után a vizsgálat mind a négy időszakában magasabb szorongásszint volt mérhető a normál populációt jellemző átlaghoz képest.

Engelhard, van den Hout és Arntz (2001) a terhesség első 20 hetében prenatalis veszteséget megélt nők PTSD és depresszió jellemzőit vizsgálták egy és négy hónappal a beavatkozást követően. A kutatás hiányossága, hogy nem különbözteti meg a résztvevőket a vetélés szándékoltsága tekintetében, azonban felhívja a figyelmet, hogy az eseményt

súlyos stresszként megelőző nők körében magasabb a depresszió előfordulásának százaléka (35%, szemben a PTSD-t nem mutatók első és második mérési időszakban mutatott 6% és 8%-val). Bianchi-Demicheli és mtsai. (2002) a posztabortusz időszak első hat hónapjában a kimerültség (39%), a bűntudat (35%), a szomorúság (34%) mellett a szorongás (29%) és a PTSD (11%) magasabb százalékos előfordulását igazolták. Niswander és mtsai. (1972) kutatásában az abortuszon átesett nők hat hónappal a műtét után jobb általános alkalmazkodást és alacsonyabb depressziót mutattak, mint a preoperatív szakaszban; azonban kismamák csoportjával összehasonlítva őket, továbbra is rosszabb értékeket adtak a mért változóknak (általános alkalmazkodás, depresszió, szorongás, impulzivitás). Annak megválaszolására, hogy a terhesség nem kívántsága miatt vagy maga a veszteségélmény következtében növekszik-e meg a szorongás szintje, Cogle, Reardon és Coleman (2005) első terhességüket megszakító és nem kívánt első terhességüket kihordó nőket hasonlítottak össze. Kutatási eredményeik szerint magasabb a generalizált szorongással küzdők száma az abortuszos csoportban. Azon házas nők körében, akik terhességüket megszakították, magasabb volt a klinikai depresszió megjelenésének kockázata, szemben azokkal, akik nem kívánt terhességüket kihordták (Reardon és Cogle, 2002). A művi vetélésen átesett amerikai nők körében – összehasonlítva őket az első terhességüket élve megszüülők csoportjával - magasabb a szorongásos és hangulati rendellenességek, az alkalmazkodási zavar, a szkizofrénia és az alkohol és drog abúzus miatti pszichiátriai kezeléseknek az aránya a műtėti beavatkozást követő két éven belül (Coleman, Reardon, Rue és Cogle, 2002). Az alvászavarok miatti szakellátásba kerülés legnagyobb kockázatát a beavatkozást követő fél éves időszak jelentette (Reardon és Coleman, 2005). Coleman, Coyle, Shuping és Rue (2008/a) a terhességmegszakítást követően szorongásos zavarok, PTSD, pánik, fóbiás rendellenességek, hangulati zavarok és pszichoaktív szerhasználat megnövekedett kockázatát azonosították az érintett nők körében, olyanokkal összehasonlítva, akiknek nem volt művi vetélése. Reardon és mtsai. (2003) alacsony jövedelmű nők pszichiátriai szakellátásba bekerülésének adatait elemezték a várandóssági események függvényében. A művi abortuszon átesett nőket összehasonlítva azokkal, akik gyermeküket megszülték, a terhességi eseményt követő 90 nappal 2,6-szor nagyobb volt a valószínűsége a pszichiátriai szakellátás igénybevételének. Ez a különbség – bár az idő előrehaladtával csökkenő tendenciát mutatott - minden egyes vizsgált periódusban, azaz a beavatkozást követő hatodik hónapban, az első évben, valamint a második, harmadik, negyedik év során szignifikánsnak bizonyult az említett két csoport között. Fergusson, Horwood és Ridder (2006) hasonló eredményre jutottak serdülők és fiatal felnőttek

körében végzett vizsgálatukban, ahol a résztvevő nők 41 százaléka esett teherbe legalább egy alkalommal 25 éves kora előtt, és a teljes minta 14,6 százalékának volt terhességmegszakítása. Ez az életesemény az abortuszos csoportban – olyan nőkkel összehasonlítva őket, akik megszülték gyermeküket vagy a vizsgált életkori szakaszban nem volt terhességi eseményük - igazoltan emelte a későbbiekben megjelenő depresszió, szorongás előfordulásának valószínűségét, valamint növelte az önkárosító magatartások - mint a szuicid viselkedés vagy szerhasználat - megjelenésének kockázatát.

A művi vetélés és a mortalitás, ezen belül a szuicid események közötti lehetséges összefüggésre hívták fel a figyelmet Reardon és mtsai. (2002) is amerikai egészségügyi adatbázis alapú feldolgozásukban. Terhességmegszakításon átesettek körében magasabb a rizikója az öngyilkosságnak, valamint a balesetek miatt- vagy egyéb okból (AIDS, cardiovascularis-, cerebrovascularis betegségek) bekövetkező halálnak is. A szerzők szelf-destrukciós tendenciákat, depressziót vagy más, egészségre káros rizikómagatartást feltételeznek a háttérben.

Finn nők körében ugyancsak igazolást nyert, hogy a művi abortuszt követően megnő az öngyilkosság kockázata (Morgan, Evans, Peters és Currie, 1997; Gissler, Hemminki és Lönnqvist, 1996). Az eredményeket értelmezve Gissler és mtsai. (1996) két lehetséges magyarázattal élnek. Egyrészt elképzelhető, hogy a művi abortusz és az öngyilkosság háttérben egy közös rizikófaktor állhat. Másrészt a terhesség megszakításának mentális egészségre gyakorolt negatív következménye is lehet a megnövekedett öngyilkossági kockázat a beavatkozást követően.

Magyarországi reprezentatív mintán történő felmérés ugyancsak szignifikáns összefüggést igazolt az öngyilkossági magatartás és a művi abortuszok között, az abortuszon átesett nők körében gyakrabban fordultak elő öngyilkossági gondolatok és szuicid kísérletek (Györffy, Lőrincz, Ádám és Kopp, 2004). A magyar adatok a művi abortusz és a szuicid viselkedés közötti ok-okozati összefüggésekre ugyan nem adnak választ - azaz nem tudjuk, hogy a mentális problémák szempontjából magas rizikójú csoport esetén nagyobb-e a művi abortuszok előfordulásának a valószínűsége, vagy a műtéti beavatkozást követően nő meg a pszichés problémákra való érzékenység - a kérdéskör súlyára mégis felhívják a figyelmet.

3.2.2.2. *A művi vetélés és pszichoszexualitás*

Végezetül meg kell említenünk, hogy a beavatkozást követő időszakban megjelenhetnek a pszichoszexuális étellel kapcsolatos diszfunkciók is, mint a csökkent nemi vágy és/vagy aktivitás, orgazmus zavarok, dyspareunia, melyek bár a nők mentális egészségével kapcsolatos további tényezőknek minősülnek, párkapcsolati érintettségüknel fogva külön alfejezetben foglalkozunk velük.

A művi abortusz kutatásának nagy szakirodalma mellett viszonylag korlátozott a beavatkozás és az azzal járó veszteség pszichoszexuális életre gyakorolt hatásának és következményeinek tanulmányozása; így Bianchi-Demicheli, Kulier, Perrin és Campana 2000-es áttekintő tanulmányukban elektronikus adatbázisokat felhasználva, 1963-ig visszamenőleg mindösszesen négy olyan vizsgálatot találtak, melyek a terhességmegszakítás utáni szexualitással foglalkoztak. Az általuk feldolgozott és az azóta a témában született kutatások a művi abortusz szexuális működésére gyakorolt hatását a nemi élet műtét utáni újrakezdésének, a nemi vágnak, a szexuális együttlétek gyakoriságának és minőségének, a szexualitással való elégedettségnek, valamint az esetlegesen fellépő szexuális zavaroknak a vonatkozásában igyekeztek feltárni.

Egy nagyszabású, 1.327 dán nőt bevonó kutatásában azt találták, hogy az abortuszon átesettek 51 százaléka kettő héttel-, 86,9 százaléka pedig nyolc héttel a műtétet követően ismét szexuálisan aktív életet élt; ezek a számok még magasabbak voltak a szilárd párkapcsolattal rendelkezők körében. Az alacsonyabb „újrakezdési” gyakoriság a szomatikus állapot bizonyos vonatkozásaival (mint pl. elhúzódó vérzés) és a műtét idején magasabb gesztációs korrall állt összefüggésben. A nyolc hetes utánkövetésen a teljes minta 15,3 százaléka számolt be csökkent nemi vágyról, és 6 százalék csökkent orgazmusképességről (Boesen, Rørby, Nørgaard és Nilas, 2004). Egy Bulgáriában végzett retrospektív felmérés eredményei szerint pedig a nők 30 százaléka jelezte az orgazmusok gyakoriságának visszaesését a terhességmegszakítás előtti időszakhoz képest (Vasilev, 1973 id. Bianchi-Demicheli és mtsai., 2000). Fok, Siu és Lau (2006) kínai nőekkel folytatott kutatásában a résztvevők 30 százaléka számolt be a vaginális közösülések számának és a szexuális vágnak a csökkenéséről az első trimeszteres abortuszt követő 3-4. hónapban. Ezen belül a szexuális vágy és élvezet csökkenése szignifikánsan magasabb volt azok körében, akiknek ismétlődő terhességmegszakítása volt.

Hasonló következményeket erősítettek meg két abortuszon átesett nőt összehasonlítva olyanokkal, akik már szültek és előzőleg nem volt terhességmegszakításuk. Az ismételt abortuszos csoportban magasabb százalékban volt

azonosítható csökkent szexuális vágy és alacsonyabb gyakoriságú orgazmus (Pasini, 1974 id. Bianchi-Demicheli és mtsai., 2000).

Barnett, Freudenberg és Wille (1992) művi abortuszt megélt nők 18,5 százalékánál találtak csökkent szexuális aktivitást; 5,4 százalékánál pedig alacsonyabb szexuális elégedettséget a terhességmegszakítást követően egy évvel; azonban a vizsgálati- és a rendszeresen fogamzásgátlót használó kontrollcsoport között e tekintetben nem volt számottevő a különbség. A párkapcsolat minőségében a műtét idején rosszabb értékeket értek el a művi abortuszon átesett nők. Az egy évvel későbbi utánkövetésen ez a különbség ugyan eltűnt a két csoport között, a lezárt kapcsolatok száma is közel azonos volt; azonban fontos lehet megemlíteni, hogy míg a szakítást a kontroll csoport 44 százalékánál kezdeményezte a nő, addig ez a szám az abortuszon átesetteknél 80 százalék volt.

A szexuális diszfunkciók szélesebb köre került azonosításra egy svájci, témában született kutatásban. Az érintett nők 31 százaléka legalább egy, a nemi élethez kapcsolódó problémát – úgy, mint a nemi vágy csökkenését (18%), orgazmuszavart (17%), vaginális nedvesedés részleges vagy teljes hiányát (12%), diszpareuniát (12%) - jelzett fél évvel a terhesség megszakítását követően. A zavarok összefüggésben álltak a művi abortuszt követően fellépő, szexualitáshoz kapcsolódó- és általános, generalizált szorongással, valamint lehangoltsággal (Bianchi-Demicheli és mtsai., 2002).

Művi abortuszon átesett amerikai és orosz nők összehasonlító vizsgálatában 24 – 5,9 százalékra volt tehető azon esetek száma, amikor szexuális problémákat tulajdonítottak a terhesség megszakításának az érintettek; 26,7 - 6,8 százalékuk kapcsolati problémákat jelzett és 19,8 - 7,8 százalék a partnerkapcsolat lezárásáról számolt be (Rue, V. M. és mtsai., 2004). Lauzon és mtsai. (2000) kutatásában, három héttel a beavatkozást követően a kanadai nők 12,2 százaléka, férfi partnereiknek pedig 17,6 százaléka jelezte, hogy az abortusznak negatív hatása volt a kapcsolatra.

Az abortuszon átesett nők könnyebben létesítettek szexuális kapcsolatot idegenekkel, és könnyebben mentek bele erőltetett, „kierőszakolt” közösülésekbe. A férfiak esetén a partner abortusza összefüggésben állt a több partnerrel és idegenekkel létesített szexuális kapcsolatokkal. A művi abortusz előrejósolta a partnerek közötti csökkenő szexuális aktivitással kapcsolatos nézeteltéréseket; a szexuális partnerek- és az ismerősökkel létesített szexuális együttlétek magasabb számát (Coleman, Rue, Spence, és Coyle, 2008/b).

A fenti kutatások közül jónéhány egyben arra is felhívja a figyelmet, hogy a terhességmegszakításon átesett nők számottevő része a műtétet követően sem megfelelően,

vagy egyáltalán nem védekezik egy újabb nem kívánt terhesség ellen (Boesen és mtsai., 2004; Vasilev, 1973 id. Bianchi-Demicheli és mtsai., 2002). A szexuális aktivitásban megjelenő negatív rizikó magatartás hozzájárulhat azután az ismétlődő abortuszok számának növekedéséhez.

3.3. A művi abortusz pszichológiai következményeit moderáló tényezők

A művi vetélés kimenetele - azaz, hogy a feldolgozás normatív-, vagy súlyos és elhúzódó negatív következményeket kiváltó módon valósul meg – számos változó által befolyásolt. Ezen tényezők azonosítása a későbbi reprodukciós eredményesség pszichológiai támogatása és a nők mentális egészsége érdekében végzett prevenciós munka szempontjából is kiemelt jelentőséggel bír. A terhességmegszakítás procedúráján áteső nők számos – pszichológiai sérülékenységet is akár meghatározó - tényező mentén különbözhetnek, melyekből csak néhányat kiemelve megemlíthetjük a családi háttér, párkapcsolati státuszt, anyagi helyzetet, az életszakasz jellemzőit az abortusz idején, személyiségjellemzőket, értékrendet, az abortusz melletti döntés háttérében álló tényezőket, a várandósság kapcsán megélt érzéseket.

Rendszerezve az abortusz kimenetelét meghatározó változókat, megkülönböztethetünk *személyes jellemzőket*, úgy, mint az életkort, önbecsülést, énhatékonyságot az eseménnyel való megküzdésben, kötődési jellemzőket, korábbi mentális betegségeket; *családi rendszer szintjén megjelenő tényezőket*, mint például a partner vagy a közvetlen hozzátartozók felől érkező támogatás minőségét és intenzitását; *a művi abortusz szituatív változóit*, mint például a döntéshozatali folyamat sajátosságait, a terhességi kort a műtét idején, a várandósság szándékoltságát. Továbbiakban – a témában született szakirodalmi adatok feldolgozására építve - részletesen foglalkozunk ezen változók és a terhesség megszakítását követő pszichológiai reakciók összefüggéseivel.

3.3.1. A demográfiai változók és egyéni jellemzők valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés

A posztabortusz felépüléssel kapcsolatos egyéni jellemzők között szerepelhetnek demográfiai változók (pl. életkor, a terhességmegszakításon átesett nő meglévő gyermekeinek száma), érték- és attitűdjellemzők (pl. a műtétet megelőzően abortusszal kapcsolatos állásfoglalás), és személyiségdiszpozíciók (pl. coping stílus, önbecsülés).

A *fiatal életkor* esetén nagyobb az abortuszt követő pszichés problémák megjelenésének kockázata. Terhességmegszakításon átesett serdülőket összehasonlítva felnőtt nőkkel, azt találták, hogy az érintettek minél fiatalabbak voltak a beavatkozás idején, annál hosszabb idő elteltével csatlakoztak valamilyen támogató csoporthoz a műtétet követően, s annál elégedetlenebbek voltak az abortusz melletti döntésükkel is a csoporthoz való csatlakozásuk idején; emellett súlyosabb pszichológiai distresszről számoltak be, mint az idősebb nők (Franz és Reardon, 1992). Az amerikai és orosz nők körében végzett kutatás is mindkét csoport esetén megerősítette a fiatalabb életkor és a negatív pszichológiai kimenetek közötti pozitív kapcsolatot (Rue, V. M. és mtsai., 2004). A pszichiátria fekvőbeteg szakellátásba kerülésnek nagyobb az aránya a beavatkozást követő négy évben a művi abortuszon átesett nők körében a várandósságukat kihordókhöz képest. Jelentős különbségek a két terhességi eseményt reprezentálók között a 35 év feletti csoportja mellett a serdülők és fiatal felnőttek körében voltak számottevőek (Reardon és mtsai., 2003). Hasonló eredményeket erősítettek meg Cougle és mtsai. (2005) kutatásukban az első terhességüket kihordó és az azt megszakító nők csoportját összehasonlítva. A terhesség kihordását nem vállalók körében mért nagyobb arányú szorongás elsősorban a 19 év alatti korcsoportok esetén volt jellemző. Campbell, Franco és Jurs (1988) 20 év alattiak illetve feletti korcsoportját összehasonlítva igazolták, hogy a terhességmegszakítást követően a rémálmok előfordulása jellemzőbb volt fiatalabbak körében. Quinton, Major és Richards (2001) nem támasztották alá a serdülők fokozottabb érzékenységét a posztabortusz komplikációk tekintetében. Egy hónappal a műteti beavatkozást követően a 18 év alattiak korosztályába tartozók – abortuszon átesett felnőtt nőkkel összehasonlítva – elégedetlenebbek voltak a döntésükkel és kevesebb előnyét látták a terhesség megszakításának, a szerzők mégis úgy vélték, hogy a két évvel későbbi utánkövetés során, a serdülők és felnőttek csoportja között eltűnő különbség igazolja feltevésüket, miszerint az abortusz idején jellemző fiatalabb életkor nem jelent veszélyt az érintettek posztabortusz alkalmazkodását illetően. Fontos megemlíteni, hogy a kutatás 38

fő 18 évnél fiatalabb és 402 felnőtt nő eredményeinek összehasonlításán alapult. Bár csakúgy, mint az abortusszal kapcsolatos kérdések legtöbbszörében, az életkor és posztabortusz sérülékenység vonatkozásában is megjelennek pro és kontra állásfoglalások, nem lehet kétségbe vonni azon kutatási eredményeket, melyek a terhességi eseményeket, azon belül a művi abortuszt az érintett nők mentális egészsége szempontjából jelentős rizikótényezőként tartják számon gyermekek és fiatalok csoportjában.

Fiatal felnőtteknél nagyobb volt a depresszió kockázata művi abortuszt követően, ha húszas éveikben átestek már abortuszon (Pedersen, 2008). Emellett az *ismétlődő terhességmegszakítások* növelték a szorongásos zavarok; alvászavarok, a szexuális élethez kapcsolódó problémák megjelenésének a rizikóját, valamint a többször abortáló nők fokozottabb interperszonális érzékenységet mutattak (Fok és mtsai., 2006; Freeman és mtsai. 1980; Pasini, 1974 id. Bianchi-Demicheli és mtsai., 2000; Steinberg és Russo, 2008).

Több olyan erkölcsi és morális vonatkozású tényező is van – úgy, mint az érintett nő *vallásossága, az abortusszal szembeni állásfoglalása, értékrendje*, az élet kioltása miatt megélt erős *bűntudati érzések* – melyek ugyancsak befolyásolhatják a műtét utáni pszichológiai felépülést (ld. Adler, 1976; Adler és mtsai., 1992; Franz és Reardon, 1992; Moseley, Follingstad, Harley és Heckel, 1981; Rue, V. M. és mtsai. 2004; és mások). Azokban az esetekben, ahol a terhesség megszakítása súlyos és nehezen feloldható lelkiismereti konfliktussal társul, ahol az életvezetést meghatározó alapértékekbe ütközik, növekedhet az eseményt követő pszichológiai komplikációk valószínűsége. Így például aktívan vallásos nők körében egy évvel a beavatkozás után is még gyakoribb volt a művi abortusszal összefüggésbe hozható súlyos érzelmi distressz (Söderberg és mtsai., 1998). Negatív kimenetek prediktorai között szerepel az is, ha az érintett nő nem hisz abban, hogy joga van a terhesség megszakításához (Rue, V. M. és mtsai., 2004).

Egy, abortuszon átesett amerikai nők körében végzett vizsgálat értelmében az érintettek a nem kívánt terhességet leginkább saját viselkedésüknek tulajdonítják és/vagy a helyzetet okolják a kialakult körülmény miatt, ezt követik a tartós személyiségjellemzők, a véletlen, s legutolsó helyen a partner felelősségének a megnevezése (Major, Mueller és Hildebrandt, 1985). Az okság helyére vonatkozó attribúciókat elemezve, azok a nők, akik – személyes jellemzőiken keresztül - *önmagukat hibáztatták*, közvetlenül az abortusz után és három héttel azt követően is rosszabb feldolgozást mutattak, azaz lehangoltabbak, depressziósabbak voltak, több negatív anticipációval rendelkeztek a jövőt illetően, mint azon társaik, akik a nem kívánt terhességgel összefüggésben nem hangsúlyozták saját

személyes jellemzőiket. A történetek miatt adott helyzetet okolók körében – a szituációt felelőssé nem tevőkhöz képest - magasabb volt a depresszió mértéke; míg a másokat hibáztatók körében – a más személyeket nem okolókhöz viszonyítva - a negatív következmények anticipációja volt jelentősebb mértékű (Major és mtsai., 1985; Major és Cozzarelli, 1992; Mueller és Major, 1989).

A műtéten átesett nők *coping stílusa* befolyásolja a megküzdés hatékonyságát. Az elkerülő viselkedést mutatók körét az abortuszt követő öt órával később magasabb distressz jellemezte, szemben azokkal, akik aktív megközelítő viselkedést mutattak (Cohen és Roth, 1984). A magasabb *megküzdési elvárásokkal* illetve hatékonysággal rendelkező nőket szignifikánsan jobb feldolgozás jellemezte közvetlenül az abortusz után, mely kevesebb fizikai panaszban, a terhesség megszakításával összefüggésben kevesebb negatív következmény anticipálásában, jobb hangulatban volt tetten érhető (Major és mtsai., 1985; Mueller és Major, 1989). A jól-létén, a distresszen és a döntéssel való elégedettségén - mint a posztabortusz alkalmazkodást meghatározó tényezőkön - keresztül vizsgált, 524 első trimeszteres terhességmegszakításon átesett nőtől nyert adatokra építve, a magasabb rezilienciával jellemezhetőek a művi abortuszt kevésbé értékelték stresszesnek, és magasabb énhatékonyságot mutattak az eseménnyel való megküzdésben (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli és Zubek, 1998).

Egy, 291 nő adatainak feldolgozásán alapuló amerikai kutatás eredményeinek értelmében az *énhatékonyság* - azaz annak elvárása, hogy valaki sikeresen megvalósítja a kívánt kimenetel eléréséhez szükséges viselkedést egy speciális szituációban - közvetlen és erős előrejelzője mind a terhességmegszakítás utáni azonnali, mind a három héttel későbbi alkalmazkodásnak⁴. A személyiség további jellemzői, úgy, mint az önbecsülés, az optimizmus és az észlelt kontroll az énhatékonyság érzésének növelésén keresztül ugyancsak kapcsolatba voltak hozhatók a jobb azonnali posztabortusz alkalmazkodással (Cozzarelli, 1993). Faure és Loxton (2003) az énhatékonyság és a posztabortusz depresszió közötti fordított összefüggést igazolta.

Major és mtsai. (1997) pozitív összefüggést találtak a nőket jellemző *pozitív affektivitás* és a posztabortusz jól-lét, valamint a *negatív affektivitás* és a műtétet követő distressz között.

⁴ A szerző a posztabortusz alkalmazkodást az aktuális affektív állapot, hangulat és a depresszió mérésén keresztül állapította meg.

A kötődés mentális modelljei és az önbecsülés valamint a művi abortuszt követő, az ahhoz történő alkalmazkodást jelző, distressz⁵ és jól-lét közötti kapcsolat ugyancsak megerősítést nyert egy 408 első trimeszterbeli terhességmegszakításon átesett amerikai nők csoportját vizsgáló kutatásban. Mindkét tényező önmagában, azaz közvetlenül, és más, közvetítő változókon – úgy, mint az énhatékonyságon, a társas támasz- és konfliktusok észlelésén - keresztül, közvetett módon is hatást gyakorolt a rövid távú posztabortusz alkalmazkodásra. Mint ahogyan az várható volt, a biztonságosan kötődő és a magasabb önbecsüléssel jellemezhető nők mutattak jobb műtét utáni alkalmazkodást. A kötődési változók és az önbecsülés az énhatékonyságban a varianciák 12 százalékát, a társas támogatásban 8 százalékát, és a társas konfliktusban 9 százalékát magyarázták. A kötődési jellemzők, az önbecsülés és a fentiekben részletezett közvetítő változók a posztabortusz distresszben a varianciák 24 százalékáért és a pozitív jól-létben a varianciák 65 százalékáért voltak felelősek (Cozzarelli, Sumer és Major, 1998). További kérdéseket vet fel, hogy a változók elsősorban a jól-léttel kapcsolatos jellemzőket magyarázzák, s lényegesen kisebb mértékben érvényesítik hatásukat a distressz által jelzett negatív kimenetek tekintetében.

Végezetül meg kell említeni azokat a témában született munkákat, melyek a terhesség megszakítását követő posztabortusz jellemzőket az érintett nők beavatkozás előtti mentális problémáival és a nő életében előforduló negatív és megterhelő életeseményekkel, - mint például szexuális abúzus vagy bántalmazásnak való kitettség - összefüggésében vizsgálták. Sit, Rothschild, Creinin, Hanusa és Wisner (2007) 47 sebészeti és 31 egészségügyi (mifepristone – misoprostol tablettá) abortuszon átesett nőt vizsgálva, egy hónappal a beavatkozást követően magasabb depresszió értékeket kaptak azok körében, akik korábbi pszichiátriai kórtörténetről, vagy szorongásról számoltak be. Amerikai nők körében végzett kutatás megerősítette, hogy a terhességi eseményt, illetve művi abortuszt megelőző - azaz az érintettek korábbi életszakaszában meglévő - szorongás egyik jelentős prediktora az abortuszt követő szorongásos szimptomáknak (Steinberg és Russo, 2008).

Hasonló kapcsolatot találtak a nő életében előforduló traumatikus események, mint a nemi erőszak, fizikai bántalmazás és az abortuszt követő szorongásos zavarok és depresszió között is (Steinberg és Russo, 2008; Taft és Watson, 2008). Gissler, Artama, Ritvanen és Wahlbeck (2010) finn adatbázis elemzésére épülő munkájukban azt találták, hogy míg a szülő nők 2,1 százaléka, addig a művi abortuszon áteső nők 5,1 százaléka

⁵ A pszichológiai distressz jelen kutatásban mért változói: depresszió, szorongás, hosztilitás, szomatizáció.

használt pszichotropikus gyógyszert a terhesség előtti 0-3 hónapban. A terhességek megszakításának legnagyobb aránya a hipnotikus és szedatív szereket használók körében volt, őket követte az antipszichotikumokat, és antidepresszánsokat szedő nők csoportja.

Vita folyik a körül, hogy a negatív posztabortusz kimenetek növekvő valószínűsége pusztán a nő műtétet megelőző mentális problémáival, traumatizáló életeseményeivel áll összefüggésben, és/vagy a művi abortusszal, ugyanakkor az eredmények önmagukban felhívják a figyelmet, hogy a korábbi pszichiátriai problémák vagy traumatikus életesemények fokozhatják az érintett nők vulnerabilitását a terhesség megszakítása során.

3.3.2. A családi rendszer szintjén megjelenő tényezők valamint a művi abortusz kimenetele, és a pszichés komplikációk közötti összefüggés

A nehéz, stresszel teli életeseményekkel való adaptív megküzdés vagy akár a poszttraumatikus növekedés egyik fontos forrása lehet a környezet felől érkező támogatás, a társas támasz (ld. Pierce, Sarason, I. G. és Sarason, B. R., 1996; Prati és Pietrantonio, 2009). Mint ahogyan azt az előző fejezetben érintőlegesen láthattuk, a művi abortuszon átesett nők felépülésével összefüggésben állt, hogy például a korábbiak során átéltek-e bántalmazást, azaz a társas kapcsolataik milyen mértékben terheltek negatív, stresszel teli eseményekkel. Az elfogadó vagy elutasító, támogató vagy konfliktusos kapcsolatok, a partner és a családtagok felől érkező *támogatás megléte vagy hiánya* és a művi abortusz feldolgozása közötti kapcsolat jellemzőinek feltárásával több kutatás is foglalkozott. A társas támasz számos módon kifejeződhet, így formája szerint lehet információs, érzelmi, fizikai támogatás, de emellett minőségi, mennyiségi- és intenzitásjellemzők is meghatározhatják. A művi abortusz során megélt környezeti támogatás függvényében megfogalmazott kérdések lehetnek, hogy az érintett nő párkapcsolatban él-e; a partner hogyan viszonyul a gyermekvárás tényéhez; kapott-e segítséget az érintett nő a döntéshozatal során; támogató-e a környezet a terhességmegszakítás időszakában; számottevő-e azon személyes kapcsolatok száma, akik előtt titkolni kell a terhességmegszakítás tényét. S a terhességmegszakítás egyes szakaszait figyelembe véve beszélhetünk a döntéshozatal, a műtéti beavatkozás és végül az azt követő rövid és -komplikációk esetén - hosszú távú időszak folyamán környezet felől érkező és az érintett nő részéről érzékelt támogatásról.

Potenciális források lehetnek a művi vetélés idején a partner, a szülők, illetve a család, a barátok, s a terhességmegszakítás eljárásának folyamatában megjelenő szakemberek, úgy, mint az ápoló személyzet, a szakorvos, a védőnő, s ahol erre lehetőség nyílik, a pszichológus.

Már abban, hogy a terhesség kívántként vagy nem kívántként deklarálódik a várandós nő életében, meghatározó szerepe van a partneri támogatásnak, a párkapcsolat stabilitásának, vagy a partner terhességre adott reakciójának (Kroelinger és Oths, 2000). Azokban az esetekben, ahol a nők a terhességről, mint nem kívánt eseményről nyilatkoztak alacsonyabb volt a párkapcsolati alkalmazkodás és elégedettség mértéke, szemben olyanokkal, akiknél az aktuális várandósság kívánt volt (Sz. Makó és Deák, 2012).

Egyes tanulmányok szerint a környezet felől érkező támogatás pozitív összefüggésben van a művi abortuszt követő megküzdéssel. Idősebb nőknél a partner, míg fiatalabbak esetén a szülők támogatása bizonyult meghatározónak az abortuszra adott közvetlen reakciókban (Bracken, Hachamovitch és Grossman, 1974). A témában korainak számító kutatásában Shusterman (1979) az abortusz utáni felépülés egyik meghatározó változójaként azonosította a párkapcsolati jellemzőket. A terhesség megszakításában érintett nők jó párkapcsolata és az eseményt követő 2-3 héten belüli - testi panaszok és érzelmi reakciók függvényében vizsgált - posztabortusz felépülés pozitív összefüggésben állt. A szülők és barátok felől érkező támogatásnak hatását azonban a szerző nem tudta igazolni. Moseley és mtsai. (1981) eredményei szerint a partneri, szülői és baráti kapcsolat minősége illetve a felőlük érkező támogatás fordított összefüggést mutatott az abortusz kapcsán megélt szorongással, depresszióval és hosztilitással. Továbbá azok a nők, akik egyedül hozták meg a döntést az abortusztól, magasabb mértékű depressziót mutattak, mind a műtéti beavatkozás előtt és után, szemben azokkal, akik partnerükkel közösen döntöttek. Major és mtsai. (1990) összehasonlítva három csoportot, kutatásukban azt találták, hogy a nőket, akik partnerüknek elmondták az abortuszt, majd non-szupportív viselkedést, vagy érdemi támogatás hiányát észleltek irányukból, nagyobb mértékű depresszió jellemezte harminc perccel a műtét után, szemben társaikkal, akik kielégítő támogatást kaptak, vagy egyáltalán nem beszéltek társuknak az abortusztól. A családtagokkal történő megosztás esetén az eseményt felvállaló, de nem támogató és az abortuszt elhallgató csoportok mindegyike rosszabb abortusz utáni pszichológiai alkalmazkodást⁶ mutattak a támogató családtagokkal bíró csoporthoz képest. Major és

⁶ A posztabortusz alkalmazkodást meghatározó változók: fizikai panaszok, affektív jellemzők, negatív következmények anticipációja, depresszió.

mtsai. 1997-es kutatásukban megerősítették, hogy az észlelt szociális konfliktus erősebb prediktora a posztabortusz distressznek, mint az észlelt társas támasz, mely összefüggés különösen a partnerrel való viszonyban érvényesült. Azaz minél több konfliktust jelzett egy nő a művi abortusz kapcsán a partner felől, annál nagyobb mértékű distresszt élt meg, függetlenül attól, hogy esetleg támogatónak is találta párját. Az esemény anyákkal, és barátokkal történő megosztása esetén legmagasabb distresszel a támogató és egyben konfliktusos- valamint alacsony mértékben támogató kapcsolatok jártak.

Félve a terhességmegszakításra adott negatív környezeti reakcióktól, esetleg stigmatizációtól, vagy éppen a PTSD jegyeként, a nők egy része nem beszél meg a történeteket senkivel. Az esemény társas kapcsolatok elől történő „elzárása” lehetetlenné teszi a pozitív, elfogadó és támogató viszonyulások megtapasztalását, s az „érinthehetlensége” miatt a kapcsolódó érzelmek megélése is akadályozottá válhat, megnehezítve ezáltal a pszichológiai feldolgozás folyamatát. Major és Gramzow (1999) kutatásukban rámutattak, hogy az általuk vizsgált 442 nő 47 százaléka valamilyen mértékben egyetértett azzal az állítással, hogy ha abortuszuk kitudódna, megbélyegeznék őket. Hasonló százalékban (44,9%) jelezték, hogy érzésük szerint titokban kell tartaniuk ezt az eseményt családjuk és/vagy barátaik előtt. A szerzők által alátámasztott eredmények értelmében azok a nők, akik tartottak a megbélyegzéstől, inkább titokban tartották az eseményt, mely együtt járt az abortusszal kapcsolatos gondolatok elnyomásával; ez utóbbi tényező pedig pozitív összefüggést mutatott a megszakításhoz kötődő nyomasztó gondolatok megjelenésével. Ezen változók magasabb értékei azután fokozottabb distresszel társultak két évvel a terhesség megszakítását követően. A kutatás nem várt eredménye, hogy a nagyobb emocionális kitárulkozás is a nyomasztó gondolatok nagyobb mértékével állt kapcsolatban. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy mind az „eltitkolás”, mind a megnövekedett kitárulkozás a terhesség megszakításával kapcsolatos nyomasztó gondolatok következményei is lehetnek.

Több kutatás (Cozzarelli és mtsai., 1994; Major és mtsai., 1985) is foglalkozott a társas támasz viselkedésbeli megnyilvánulásaként számon tartott, műtét helyszínére történő partneri kíséret és az abortusz kimenetele közötti összefüggések tanulmányozásával. Az eredmények azonban nem erősítik meg egyértelműen a fizikai jelenlét posztabortusz alkalmazkodásra gyakorolt pozitív hatását. Ezzel szemben Lauzon és mtsai. (2000) kutatásában a kanadai nők 85,2 százaléka jelezte, hogy a férfi partner jelenléte a beavatkozás idején segítség volt.

Az abortusszal végződő első terhesség során nagyobb arányban regisztráltak generalizált szorongást - olyan nőkkel összehasonlítva, akik nem kívánt terhességüket kihordták és élve született gyermeket hoztak a világra – abban az esetben, ha az érintettek nem éltek párkapcsolatban. A két csoport közötti különbség megszűnt, ha a nők házasságban éltek (Cogle és mtsai., 2005). Az eredmények a házastársi kapcsolat - abortusszal összefüggésbe hozható és a későbbi pszichés komplikációk szempontjából betöltött - protektív szerepére hívják fel a figyelmet.

A művi abortuszt követően egy évvel, a nők magas distresszel jellemezhető csoportjában – összehasonlítva őket a megszakítás kapcsán érzelmi distresszt nem mutatókkal - nagyobb arányban voltak olyanok, akik a feldolgozás időszakára vonatkoztatva a családtól vagy barátoktól érkező elégtelen társas támogatásról számoltak be, gyakoribbak voltak a rossznak ítélt, megszűnt vagy átmeneti kapcsolatok a biológiai apával, és végül nagyobb arányban jeleztek kedvezőtlen irányú párkapcsolati változásokat (Söderberg és mtsai., 1998). Azok az abortuszt megtapasztalt nők, akik tartós és negatív pszichológiai reakciókat mutattak, egyidejűleg a társas támasz alacsonyabb szintjét vagy hiányát is jelezték (Goodwin és Ogden, 2007).

Az orvosi szakellátás is összefüggésben állhat a posztabortusz felépüléssel. Az egészségügyi személyzet által esetlegesen közvetített - elutasító, címkéző kapcsolati viszonyulásban tükröződő - negatív attitűd felerősíthet negatív érzelmi reakciókat (Lemkau, 1988).

3.3.3. A művi abortusz szituatív változói valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés

Szituatív változók között említhetünk minden olyan tényezőt, mely a beavatkozással közvetlenül összefüggésben áll. Ide sorolhatjuk a várandóssággal kapcsolatos jellemzőket (pl. gesztációs kor, a várandósság kívántsága), a döntéshozatal sajátosságait, és az abortuszt kísérő ellátással kapcsolatos tapasztalatokat, az orvosi környezetet.

A *döntéshozatal* posztabortusz kimenetelre gyakorolt hatását főként a döntés helyességébe vett hit (szilárd elhatározás vagy ambivalencia, kétely, megbánás), a kontroll (külső kényszer vagy egyéni vállalás), valamint a döntéshez rendelkezésre álló információk (megfelelő vagy nem megfelelő mennyiségű és minőségű információk és

tájékoztató) és az idői keret (elegendő idő vagy sürgetettség) függvényében tanulmányozták.

Az abortusz melletti döntéssel való elégedetlenség valószínűsíti a negatív érzelmi reakciók megjelenését a műtét utáni két-három hetes időszakban (Shusterman, 1979). Adler (1975) úgy találta, hogy azok a nők, akik nehézséget éreztek az abortusz melletti döntéssel kapcsolatban, nagyobb valószínűséggel tapasztaltak a beavatkozás után belső állapotot tükröző negatív érzelmeket, mint megbánást, szorongást, depressziót, haragot, illetve valamivel gyakrabban éltek át társas eredetű negatív érzelmeket, mint szégyen, vagy rosszallástól való félelem. Az első trimeszteres abortuszok emocionális következményeit vizsgáló egyik kutatásban (Lauzon és mtsai., 2000) a nők 35 százaléka jelezte, hogy nehezen hozott döntést az abortusszal kapcsolatban; 37 százalékuknál játszott fontos szerepet a férfi partner véleménye; 17 százalékuk ambivalens volt a döntéssel kapcsolatban; 27 százaléka a nőknek morális dilemmáról számolt be; s 29 százalék nem értett egyet a döntéssel. A szerzők egyben alátámasztották, hogy az eseményt követő distressz összefüggést mutat a művi abortusz melletti döntéshozatal folyamán megélt ambivalenciával. Ashton (1980) ugyancsak pozitív kapcsolatot talált a műteti beavatkozás előtti ambivalencia és a beavatkozást követő megbánás között nyolc héttel és -hónappal a terhesség megszakítását követően; valamint a perzisztáló hangulati zavarokkal küzdő nők mindegyike előzetesen ambivalens volt a beavatkozás melletti döntésével kapcsolatban. Az ambivalencia háttérében számos tényező állhat, úgy, mint erkölcsi, morális meggyőződés; a gyermek iránti vágy. A fenti eredményeket erősítik meg segítő hivatásúak (pszichológus, orvos, ápoló) terhességmegszakításával kapcsolatban végzett felmérés adatai is, melynek értelmében mind a beavatkozást követő három hónapon belüli rövid, mind az azt meghaladó hosszú távú felépülés prediktorai között szerepelt az abortuszra való felkészültség érzésének mértéke és a döntés helyességébe vetett bizonyosság a műtét előtti időszakban. Azok a nők, akik felkészültebbnek érezték magukat, illetve biztosabbak voltak döntésükben, kisebb mértékű distresszt idéztek fel az abortuszt követően (Lemkau, 1991).

A felépülés döntéshozatallal összefüggésben tárgyalt további meghatározója lehet a beavatkozás irányába ható környezeti és idői nyomás is. Amikor egy nő másik személy vagy az életkörülmények által kényszerítve érzi magát az abortuszra, a döntést nem érzi sajátjának, ambivalens a beavatkozást illetően, a negatív kimenetelek kockázata magasabb és/vagy a pszichológiai következmények súlyosabbak (Friedman, Greenspan és Mittleman, 1974; Rue, V. M. és mtsai. 2004). Azok a nők, akik úgy nyilatkoztak, hogy a beavatkozásra a szülők, vagy a szexuális partner hatására került sor, többet foglalkoztak a

terhességmegszakítás jövőbeli várandóssági eseményekre és kapcsolatokra kifejtett hatásával, bizonytalanabbak voltak döntésük helyességében, valamint erősebb büntudatról, haragról és magasabb distresszről számoltak be a rövid és hosszú távú posztabortusz időszakban (Franz és Reardon, 1992; Lemkau, 1991).

Landy (1986) abortusz előtt álló nőket jellemző négy olyan döntéshozatali formát írt le, melyek azután növelhetik a műtét utáni komplikációk megjelenésének a valószínűségét. A „spontán hozzáállás” jellemzője, hogy a döntés rapid jellegéből eredően nem hagynak elegendő időt a lehetőségek mérlegelésére és a konfliktusos érzések átélésére; a „racionális-elemző hozzáállás” során főként az érzelmi megfontolásokat kizáró, praktikus érveket sorakoztatják fel; a „tagadó-halogató” típusú hozzáállást a döntéshozatal elkerülése jellemzi, melynek háttérében a terhesség megtartásának vagy elvetésének idő előrehaladtával sem feloldható konfliktusa áll; és végezetül a „döntéshozatal nélküli hozzáállás” esetén a nő belenyugszik a környezete (mint pl. a partner vagy szülők) által hozott döntésbe.

A *várandóssággal kapcsolatos tényezőként* említhetjük a *gestációs kort*, vagy trimesztert mely szoros együttjárást mutat a szomatikus és a mentális állapotot egyaránt érintő negatív kimenetekkel. Bartlett és mtsai. (2004) a legális művi abortusszal összefüggésben álló mortalitás egyik kiemelt rizikófaktoraként azonosították a gestációs időt. Eredményeik értelmében az esemény következtében bekövetkező halál kockázata exponenciálisan 38 százalékkal növekedett minden egyes terhességi héttel; s a halálesetek 87 százaléka megelőzhető lett volna, ha a műtetre a nyolcadik terhességi hetet megelőzően került volna sor. Minél előrehaladottabb állapotban történik a terhesség megszakítása, annál fájdalmasabb, nagyobb a fertőzés, a vérzés és más egészségügyi komplikáció kockázata. S ezzel együtt a terhességi hét növekedésével nő az abortusszal összefüggésben álló pszichés problémák megjelenésének a valószínűsége is. A művi abortusz idejének kitolódását eredményezheti a fentiekben már részletezett, elhúzódó vagy ambivalenciával teli döntéshozatal, a fiatal életkorból adódó „tapasztalatlanság”, halogató magatartás, a válsághelyzet értelmezésének és reális kezelésének akadályoztatottsága, inadekvát társas támasz. Coleman, Coyle és Rue (2010) az első és második trimesztres abortuszon átesett nőket összehasonlítva azt találták, hogy a második csoportba tartozók nagyobb százaléka jelezte, hogy partnere akarta a terhességet vagy, hogy valaki nyomást gyakorolt rá a terhességmegszakítás melletti döntésben; és 39,2 százalékuk a várandósság vágyottságát jelezte.

Azok a nők, akiknek második trimeszteres abortuszuk volt, intenzívebb és/vagy hosszabban elhúzódó problémákat – mint például gyászt, PTSD-t, depressziót, szorongást - jeleztek a műtét utáni időszakban (ld. Adler és mtsai., 1990; Coleman és mtsai., 2010; Prommanart és mtsai., 2004; Söderberg és mtsai., 1998; és mások). Úgy véljük, a pszichológiai reakciók összefüggésben állhatnak az idő előrehaladtával nagyobb valószínűséggel megjelenő szomatikus problémákkal, az ambivalenciát magyarázó tényezők – mint például a gyermek iránti vágy és elutasítás, vagy a beavatkozás melletti és elleni érvek – abortuszt követően is fennmaradó konfliktusával, vagy a gesztációs hetekkel erősödő prenatális kötődéssel.

A magzattal kapcsolatos vélekedések, fantáziák és érzések ugyancsak meghatározói lehetnek a posztabortusz felépülésnek. Azok az abortuszon átesett nők, akik magzatukra, mint emberi lényre tekintettek, alacsonyabb pszichológiai jól-létet mutattak a beavatkozást követően, mint akiknek még nem volt terhességmegszakítása, vagy mint akiknek már volt, de a magzatról nem mint emberi lényről vélekedtek (Conklin és O’Conor, 1995). Goodwin és Ogden (2007) az abortuszra adott reakciók hosszú távú jellemzőit vizsgálva azt találták, hogy akik az eseményt követően elhúzódó-, vagy azzal összefüggésben a későbbiek során megjelenő negatív reakcióról számoltak be – szemben azokkal, akik nem jeleztek negatív érzelmeket, vagy fokozatos posztabortusz felépülést mutattak -, nagyobb valószínűséggel gondolkodtak a magzatról úgy, mint egy emberi lényről. Major és mtsai. (1985) kutatásukban alátámasztották, hogy a művi abortuszt követő azonnali felépülés kapcsolatba volt hozható azzal, hogy az érintett nő milyen mértékben tartotta *jelentőséggel telinek várandósságát*; a három héttel későbbi felépülés eredményeire pedig részben a *terhesség szándékoltsága* volt befolyással. Azok a nők, akik terhességüknek jelentőséget tulajdonítottak, súlyosabb testi panaszokról számoltak be és jellemzőbb volt rájuk a jövővel kapcsolatos negatív anticipációk megléte a műtétet követően; valamint azon kutatásban résztvevők, akik tervezték a terhességet – szemben azokkal, akik nem -, nagyobb százalékban mutattak közepes vagy súlyos depressziót. Amikor a várandósság során fokozódik az érzelmi odafordulás és elköteleződés, erőteljesebb az anyai kötődés, ugyancsak növekedhet a veszteség következtében megélt negatív és vagy elhúzódó kimenetek valószínűsége (Coleman és Nelson, 1998; Rue, V. M. és mtsai., 2004).

A várandósságra adott érzelmi reakciók és a terhesség beigazolódását követő, műtét előtti érzelmi állapot és a posztabortusz kimenetek közötti összefüggés is megerősítést nyert. A terhesség beigazolódására adott érzelmi reakciók - úgy, mint a szorongás, feszültség vagy a düh - összefüggést mutattak a művi abortuszt követő két héten

belüli negatív utóhatásokkal (Shusterman, 1979). Azon nők körében, kiknél a beavatkozást megelőzően alacsonyabb állapot szorongás és depresszió volt mérhető, kisebb volt a depresszió megjelenésének kockázata a műtétet követő időszakban (Faure és Loxton, 2003). Amennyiben a műtét körüli időszakot disszociatív tünetekben megnyilvánuló érzelmi túlterheltség vagy az érzelmek kifejezésének/leírásának nehézsége jellemezte, nőtt a valószínűsége a poszttraumatikus stressz szindrómával összefüggést mutató intrúzív újra átélésnek és az elkerülő reakciók megjelenésének (van Emmerik és mtsai., 2008).

3.3.4. A művi abortuszt követő események valamint a művi abortusz kimenetele, a pszichés komplikációk közötti összefüggés

Bár a terhességmegszakítást követő életesemények és a beavatkozás utáni jól-lét közötti összefüggést részletesen nem vizsgálták, vannak olyan – elsősorban klinikai tapasztalaton alapuló – feltételezések is, melyek felhívják a figyelmet az érintett nők jövőbeni élettörténeti vonatkozásai kapcsán megjelenő vagy felerősödő „válaszreakciókra” is. A gyással foglalkozó szakirodalomban ismert időzített krízis lényege, hogy feldolgozatlan veszteség vagy traumatikus életesemény és a kapcsolódó érzelmek – mint harag, büntudat, fájdalom – valamely „időzítő mechanizmus” által aktiválódhatnak (Fedor és Varga, 2003). Ha egy nőnek, aki korábban megszakította terhességét, nehézségei lesznek a gyermekvállalással; vagy elveszít egy csecsemőt, gyermeket; ha partnere hónapokkal később szakít vele, mert nem tudja megbocsájtani a terhesség megszakítását, mindezek felülírhatják a döntés helyességébe vetett vélelmét, s felerősíthetnek a múltbeli és jelen események szoros interakciójában megérthető negatív válaszreakciókat (Lemkau, 1988; Sz. Makó és Veszprémi, 2011). A művi abortuszhoz kapcsolódó megbánás érzésének és következményeinek élettörténeti események kontextusában történő értelmezése azonban további kutatások szükségességét veti fel.

3.4. Az „abortusz-ellátás” pszichológiai perspektívái - mikor, miben és hogyan segíthet a pszichoterápiás szemléletű szakellátás a terhességmegszakítás kapcsán?

Mint ahogyan azt az eddigi fejezetekben tárgyalt témákon keresztül hangsúlyozni szeretttük volna, a gyermekvállalás kérdésében történő döntés és a művi abortusz során elengedhetetlennek tartjuk lélektani vonatkozások figyelembe vételét is. Mindemellett azt is látnunk kell, hogy a művi terhességmegszakítás ma Magyarországon a szülészet- és nőgyógyászat „hatáskörébe” tartozó, ezen keresztül elsődlegesen az orvosok, és a családsegítő tevékenységben résztvevő védőnők munkájához kapcsolódó beavatkozás és „kérdéskör”. Részben ebből is eredően az ellátás jelenleg a művi abortusz elsődlegesen szomatikus kockázatainak ismertetésére, a magzat fejlődését bemutató általános tájékoztatásra, a gyermekvállalás lehetőségeinek átbeszélésére és a műtéti procedúra ismertetésére épül, s többségében nélkülözi a pszichológiai segítségnyújtás bármilyen formáját. Azt, hogy az érintett nő számára elérhető-e klinikai szakpszichológusi vagy pszichiátriai szolgáltatás, elsődlegesen az adott szülészeti-, nőgyógyászati osztály, vagy egészségügyi intézmény vezetőjének szakmai szemlélete és az anyagi lehetőségeik határozzák meg. S amennyiben el is érhető, további kérdésként merülhet fel, hogy az adott szakember milyen mértékben jártas az eseményspecifikus intervenciók alkalmazásában.

Ha elfogadjuk, hogy a terhesség kimenetelét negatívan meghatározó döntés egy komplex, egyéni és társas-szociális kontextusban létrejövő szándék, melynek az érintettek élettörténetébe ágyazott előzménye van és következménye nem zárul le a műtéti beavatkozás végrehajtásával, sőt az esemény „visszahat” a nő egészségi állapotára, további döntéseire, kapcsolataira, életvezetésére, azzal egyben azt is elismerjük, hogy a művi abortusz kérdésének egészségügyi kezelése biopszichoszociális szemléleten kellene, hogy alapuljon.

A művi abortusz negatív pszichológiai következményeinek mérséklése és az ismétlődő terhességmegszakítások prevenciója alapulhat egyrészt *a beavatkozást ellátó egészségügyi személyzet szemléletét formáló, multidiszciplináris alapokon nyugvó oktatásán, téma-specifikus pszichológiai ismeretek elsajátítását támogató továbbképzések biztosításán* (a), másrészt *a pszichológiai tanácsadás és a pszichoterápiás segítségnyújtás elérhetővé tételén* az érintett nők vagy párok számára (b).

3.4.1. Az egészségügyi szolgáltatást végző medikális szakemberek pszichoterápiás szemléletű képzésének kérdései

A szűkebb értelemben vett egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szakemberek – úgy, mint az orvosok, ápolók, védőnők – képzési és továbbképzési rendszerének hasznos elemét képezhetné a művi abortusz pszichoszociális vonatkozásainak megismertetése. Milyen háttere lehet az abortusz melletti döntésnek? Milyen érzelmi reakciókat és állapotokat vált ki a terhesség megszakítása a nőben, a partnerben, a családtagokban? Mik lehetnek a beavatkozást igénylő krízis jegyei? A szakember abortusszal kapcsolatos beállítódása kihatással van-e a klienssel való kapcsolatra? Hogyan azonosíthatók a nem megfelelő fogamzásgátlás hátterében álló okok? Az ezzel kapcsolatos tanácsadást hogyan lehet személyre illesztetten felépíteni? Hogyan járulhat hozzá az egészségügyi dolgozó az ismétlődő abortusz megelőzéséhez? Milyen kapcsolati jellemzők erősíthetik a kliensben az együttműködést? Hogyan lehet a klienshez és problémájához jól viszonyulni? A feltett kérdések ismeretátadásán, és szakmai készségek fejlesztésén alapuló megválaszolása hozzájárulhat az egészségügyi ellátás „probléma-érzékenységének” és ezáltal eredményességének fokozódásához. Gawinski, Bennett, Rousseau és Schaff (2002) tanulmányukban bemutatnak egy, az Amerikai Egyesült Államok területén működő és az abortuszszolgáltatásban résztvevő orvosok képzését szolgáló „Reprodukciós Egészség Programot”. A program főként az alapellátásban dolgozók abortusszal kapcsolatos ismereteinek bővítését és képzését megcélozva két fő egységből áll. A *biomedikális tréningek* szerepe, hogy felkészítse a szakembereket a biopszichoszociális szemléletben történő abortusz-ellátás nyújtására, gyakorlatban támogassa az orvosi illetve sebészeti beavatkozás megfelelő módon történő elsajátítását, segítse az ultrahangeljárások alkalmazásának megtanulását és gyarapítsa a résztvevők ismereteit a fogamzásgátlás lehetőségeivel kapcsolatban. Ezt a szakmai képzést egészítik ki a viselkedésre irányuló és a beavatkozás kapcsán érintett szakemberek és páciensek abortusszal kapcsolatos aggodalmait is feldolgozó *pszichoszociális tréningek*. A szerzők ezen a területen is négy fő képzési célt neveztek meg: biopszichoszociális modellben történő gondozás gyakorlati alkalmazásának elősegítése, a gyakorlók pszichoszociális készségeinek fejlesztése, a reflektivitás növelése, és a pszichoszociális aspektust érintő ismeretek bővítése. A 4. táblázat szemlélteti az egyes képzési egységeket és az általuk felvetett főbb kérdésköröket.

OKTATÁSI EGYSÉG	<i>A képzési egység célja és módszerei</i>
	<i>A képzési egységhez kapcsolódó főbb kérdések</i>
BIOMEDIKÁLIS OKTATÓ SZEMINÁRIUM	Célja: családtervezési és abortusz ellátási ismeretek és készségek bővítése kiscsoportos prezentációkon, esettanulmányokon, és modellezésen, közvetlen gyakorlati tapasztaláson keresztül. Hogyan értelmezhető az ultrahang? Hogyan hajtható végre sebészeti abortusz manuális vákuum aspirációval? Mi a gyógyszeres abortusz eljárásmódja? Mik a terhességmegszakítás lehetséges komplikációi és hogyan kezelhetők? Kinek-milyen fogamzásgátlás ajánlott?
KLINIKAI GYAKORLATOK	Célja: az abortusz folyamatának, módjainak, ellátási lehetőségeinek megismertetése a klinikai és az egészségügyi alapellátás területén. Hogyan érzi magát a beavatkozást végző szakember az eljárás folyamán? Mely terhességi hét után nem hajtana végre művi abortuszt? Megfelelő szintűek-e a gyakorlati képességei? Hogyan érez a szakember a fájdalom okozásával kapcsolatban? Milyen szerepben érzi magát (sebész vagy egészségügyi alapellátást szolgáltató)?
MEDIKÁLIS IRÁNYELVEK	Célja: munkatapasztalat biztosítása a művi abortuszt végző klinikákon, a beavatkozás minden szakaszában, képezett szakemberek mellett. Hogyan használható az ultrahang? Hogyan győződhet meg róla, hogy az abortusz befejezett? Hogyan hajtható végre az eljárás hátrahajló méhszáj esetén? Mennyi lidokain elegendő a fájdalom csillapításához?
PSZICHO- SZOCIÁLIS FÓKUSZÚ OKTATÓ SZEMINÁRIUM	Célja: pszichoszociális kérdésekkel kapcsolatos ismeretek átadása: lehetőségekkel kapcsolatos tanácsadás (a gyermek kihordása, adoptáció, abortusz), depresszió, bántalmazás, szexuális abúzus, szexuális zavarok és rendellenességek, fájdalom és veszteség. Mik az abortusz nők egészségére, jól-létére gyakorolt hatásai? Hogyan kezelhető a páciens bánata? Hogyan segítheti a szakember azokat a nőket, akik bántalmazó kapcsolatban élnek? Hogyan gondoskodjanak a nemi erőszak áldozataul esett nőről?
PSZICHO- SZOCIÁLIS FÓKUSZÚ IRÁNYELVEK	Célja: a gyakornokok klinikai munkája során egyéni készségek fejlesztése a kliensekkel folytatott munka során, kliensre szabott „jó-bánásmód” kialakítása in vivo; visszajelzéseken, szituációk elemzésén, kommunikációs helyzetek gyakorlásán, csoportos megbeszéléseken alapul. Hogyan tudja kezelni páciensének érzelmeit, fájdalmát? Hogyan ismerje fel a páciens pszichoszociális szükségleteit? Milyen a kliens megküzdési stílusa? Mennyit, mit mondjon? Tiszták, érthetőek-e a kommunikált irányelvek?
REFLEXIÓS CSOPORT	Célja: személyes és szakmai kérdések elemzése, a páciens – egészségügyi szakember kapcsolatának reflektív megbeszélése; érintett témák: családi hiedelmek és értékek, kulturális hiedelmek és értékek, az élet kezdetének kérdése, jog, felelősség, titoktartás, kételyek. Mik a szakember morális, spirituális és politikai nézetei/érzései az abortusszal kapcsolatban? Hogyan illeszkedik a terhességmegszakítás az életébe, hitébe? Hogyan beszél családjával, partnerével, barátaival róla? Mit mond? Biztonságos lesz? Hogyan érez olyan nővel kapcsolatban, akiknek ismételt beavatkozása lesz?
SZINTÉZIS	A saját szerep és vállalt tevékenységi kör meghatározása.

4. táblázat. Biopszichoszociális szemléletű abortuszellátás oktatásának elemei (Forrás: Gawinski és mtsai. (2002) nyomán, Sz. Makó).

A Gawinski és mtsai. (2002) által bemutatott képzési modell jó példája a művi abortuszt végző orvosok komplex, medikális és pszichoszociális alapokon együttesen nyugvó szakmai felkészítésének.

Továbbá úgy véljük, hogy bár a művi abortusz „rutin műtétnek” számít, nem hagyható figyelmen kívül, hogy érzelmileg megterhelő lehet az abban közreműködő szakemberek számára is, mely hosszútávon egyrészt növelheti az egyéni sérülékenységet, másrészt negatívan befolyásolhatja az orvos - kliens kapcsolatot. Különösen igaz lehet ez olyan helyzetekben, mint a második trimeszteres terhességmegszakítások, vagy a fiatal- és kiskorúak körében végzett beavatkozások, vagy mikor a fogantatás nemi erőszak következménye. Fontosnak tartjuk olyan esetmegbeszélő csoportok működtetését, melyek a „nehéz helyzetek” feldolgozásában segíthetik a szakembereket.

3.4.2. A művi abortusz előtt álló és a műtéti beavatkozáson átesett nők pszichológiai és pszichiátriai támogatásának kérdései

A művi abortusz egészségügyi szakellátásának másik fontos feladata lehet a pszichológiai tanácsadás és szükség esetén a pszichoterápiás munka. A terhességmegszakítás teljes folyamatában szerepet kaphat az érintett nők, esetenként hozzátartozóik támogatása, melynek két nagy szakaszát javasoljuk megkülönböztetni.

3.4.2.1. Pszichológiai támasznyújtás a preabortusz és a kórházi tartózkodás idején

Tekintettel arra, hogy az elhúzódó, ambivalenciával teli, súlyos konfliktusokkal járó döntéshozatali folyamat megnövelheti műtétet követően az érintett nők mentális egészségét érintő pszichés komplikációk, valamint kapcsolati problémák megjelenésének valószínűségét, a tanácsadásnak kiemelt jelentősége lehet a döntés megfelelő módon történő előkészítésében, s segítheti a résztvevőket a lehetőségekhez mért legoptimálisabb megoldás megtalálásában, valamint a kialakult szituációhoz való alkalmazkodásban. Emellett a preabortusz időszakban jelentkező „kritikus helyzetek” kezelésében is támaszt nyújthat.

A terhességmegszakítás előtti időszakban történő konzultáció fontosságát több szakember is hangsúlyozza. A leggyakrabban megnevezett feladatok között szerepel a már fentiekben említett döntéshozatali folyamatokban, pártatlan és nem presszionáló módon történő részvétel; a művi abortuszhoz kapcsolódó nehéz érzések megélésének és kifejezésének bátorítása; a szociális támogatás és a belső erőforrások mobilizálása, szupportív támasznyújtás, megfelelő módon és minőségben zajló abortusszal kapcsolatos

tájékoztató és a műtétre történő felkészítés (Franz és Reardon, 1992; Harris, 2004; Kero és mtsai., 2004; Landy, 1986; Lazarus, 1985; Lemkau, 1991; Mueller és Major, 1989; Wells, 1989). A tanácsadó érzelmi, információs támogatást nyújthat, lehetőséget teremthetve rá segítheti, stimulálhatja az abortusszal kapcsolatos érzelmek, félelmek kifejezését (Landy, 1986). Mueller és Major (1989) – az intervenciók alkalmazkodásban betöltött szerepére rámutatva - azt találták, hogy azok a nők, akiket a műtét előtt, a kutatás részeként rövid, mindössze hét perces tanácsadásban részesítettek, közvetlenül a beavatkozást követően jobb posztabortusz felépülést mutattak, mint a kontroll csoport tagjai. Azok a művi abortuszra várók, kiknél az attribúciók megváltoztatására irányult az intervenció, jobb hangulatról és kevesebb fizikai panaszról számoltak be a műtét után. Legjobb eredményekkel azonban a megküzdési elvárások fokozását szolgáló intervencióban részesülők rendelkeztek, esetükben kevesebb fizikai panaszt és negatív következményekkel kapcsolatos anticipációt mértek a kontroll csoporthoz képest, és kevésbé voltak depressziósak, mint a tanácsadásban nem részesülő társaik, vagy, mint akár az attribúciós csoportba tartozó nők. Meg kell említenünk azt is, hogy a beavatkozás hatása a három héttel későbbi utánkövetés során már nem volt mérhető; mégis jelentősnek tartjuk, hogy pusztán hét percet igénybe vevő, inkább általános, mint személyes jellemzőket beépítő intervenció a posztabortusz felépüléssel összefüggésbe hozható, mérhető különbségeket eredményez terhességmegszakításon átesett nők csoportjai között. A művi vetélés előtti tanácsadás hiánya növeli a posztabortusz időszak negatív kimeneteleinek valószínűségét (Rue, V. M. és mtsai., 2004). Az itt összefoglalt javaslatok és konklúziók többsége nem pszichoterápiás kontextusban született kutatási eredmények elemzését követő diszkussziókban került érintőlegesen megemlítésre.

Ezt kiegészítve a továbbiakban a preabortusz időszak lehetséges pszichológiai feladatainak áttekintő jellegű rendszerezésére törekszünk, melynek elsődleges kiindulópontjául az optimális döntéshozatal feltételét meghatározó szempontok szolgálnak. Coleman és mtsai. (2002) négy olyan aspektust írnak le ennek kapcsán, melyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a kliens a kialakult helyzetet átgondoltabban tudja felmérni és megítélni. Az 5. táblázatban a szerzők által megnevezett döntési jellemzőkhöz lehetséges tanácsadói feladatokat társítottunk.

OPTIMÁLIS DÖNTÉSI JELLEMZŐ	A döntési jellemző meghatározása
	Tanácsadói feladatok
AKARATI	<p>a döntés szabad akaratból született meg; nem volt a háttérben külső kényszer, beleértve például erőszaktól való félelmet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a döntés mellett és ellenében szóló külső és belső érvek széleskörű feltárásának támogatása, súlyozása; ▪ a szabad akarat érvényesülését akadályozó tényezők azonosítása, megoldási lehetőségek, alternatívák átgondolása, kidolgozása
INFORMÁCIÓN ALAPULÓ	<p>az eljárásról kielégítő, elfogulatlan és pontos tájékoztatást kapott az érintett nő és azt meg is értette; ismeri a kockázatokat; tájékoztatást kapott az abortusz lehetséges alternatíváiról</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ az orvosi-egészségügyi tájékoztatás során nem felvállalt, nem megfogalmazott kérdések, kételyek azonosítása, feldolgozása; ▪ szükség esetén szakorvos bevonásával történő ismételt tisztázás; ▪ az abortuszra adott lehetséges pszichológiai reakciók megbeszélése; ▪ a nem kívánt terhesség háttérben álló, fogamzásgátlás sikertelenségével összefüggő tényezők azonosítása; személyes jellemzőkhöz illesztett védekezési alternatívák megtalálásának elősegítése
KONGRUENS	<p>a döntés egybe vágott a nő személyes hitével, vallásával, egyéni értékrendjével; döntésében biztos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a döntési bizonytalanság háttérben álló okok azonosítása, megoldási alternatívák átgondolása; ▪ az értékkonfliktusok feltárása; ▪ a döntéssel járó érzelmek megélésének, kifejezésének támogatása
ELŐNYÖS	<p>a nő érdekét legjobban szolgáló döntés született, figyelembe véve pszichoszociális életét, személyiségének működését, problémamegoldó készségeit/tapasztalatait és önmagával kapcsolatos elvárásait</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ az érintett nő pszichológiai teherbíró képességének felmérése ▪ a nem kívánt terhességgel összefüggésben álló esetleges intra- és interperszonális problémák szűrése ▪ a művi abortusz melletti döntés rövid és hosszú távú személyes és kapcsolati hatásainak felbecslése ▪ a komplikált feldolgozás szempontjából magas rizikójú csoportok szűrése

5. táblázat. Az optimális döntési jellemzők függvényében javasolt intervenciós feladatok a műtet megelőző időszakra vonatkozóan (Forrás: Sz. Makó).

Az 5. táblázatban leírtakkal összhangban és azt kiegészítve, a preabortusz időszakában a pszichológiai tanácsadás nyolc kiemelt feladata között tartjuk számon: a terhesség kimenetelével kapcsolatos, több szempontú helyzetelemzés és a megfontolt döntéshozatal elősegítését (a); a nő belső- és külső erőforrásait meghaladó, a személyiség dezintegrációjának veszélyével fenyegető krízis kezelését, krízisintervenciós feladatok ellátását (b); súlyos kapcsolati konfliktusok fennállása esetén feszültségek oldását, az érintettek közötti problémamegoldás elősegítését (c); az eseménnyel való megküzdést támogató erőforrások mobilizálását (d), a műtetre történő pszichológiai felkészítést (e); a művi abortusz pszichológiai reakcióinak és az elhúzódó, komplikált feldolgozás jegyeinek felismerését szolgáló tájékoztatást (f); a pszichés problémák szempontjából magas rizikójú csoportok szűrését (g); és végül az ismétlődő művi abortuszok kockázatának csökkentését célzó intervenciókat (h).

3.4.2.2. Pszichológiai támasznyújtás jelentősége a posztabortusz idején

Bár a terhesség megszakítása az érintett nő szándékával megegyezően, annak beleegyezésével történt, az esemény veszteséget is jelenthet a nő, a pár és a család szempontjából egyaránt. Valószínűsíthetően a műtétet követően 3 – 6 hónapra tehető azon időszak, ami alatt folyamatosan háttérbe szorul az abortusz miatt érzett szégyen, bűntudat, szomorúság érzése, azaz feldolgozásra kerül az esemény (Adler, 1975; Lazarus, 1985; Shusterman, 1979). A korábbi fejezetekben (ld. 3.2. pont alatt tárgyalt fejezeteket) már bemutatott kutatások egy része egyben arra is rámutat, hogy az eseménnyel összefüggésben megnövekszik a szorongásos zavarok, hangulati rendellenességek, szexuális diszfunkciók és párkapcsolati problémák, szerhasználat és egyéb pszichiátriai problémák megjelenésének kockázata, mely a nők egy részénél még 2-4 évvel később is érezteti negatív hatását. Ezek az eredmények a művi abortusz – nők mentális egészségét, anyai funkcióit, interperszonális kapcsolatait érintő - akadályozott vagy nehezített feldolgozására engednek következtetni és a pszichoterápiás segítségnyújtás szükségességére hívják fel a figyelmet. A komplikált gyász jele lehet az elhúzódozó vagy késleltetett-, a bagatellizáló vagy a túlzott mélységű- és a torzult, azaz valamilyen szomatikus- vagy pszichiátriai kórképekben megjelenő gyász (Lindemann, 1944; Pilling, 2003), melyek mindegyike előfordulhat a művi abortusz eseményét követően. A 6. táblázatban a komplikált feldolgozás valószínűségét növelő általános és a művi abortusz helyzetére illesztett specifikus hajlamosító tényezők kerülnek bemutatásra.

A művi abortuszt megtapasztalt nők pszichoterápiás támogatásának fontosságát tovább erősíti, hogy mint ahogyan azt már a korábbiakban is hangsúlyoztuk, a témával foglalkozó nemzetközi szakirodalom 10-20 százalék közé teszi azok számát, akik érintettek a későbbi mentális és kapcsolati problémák megjelenésében (ld. Coleman és mtsai., 2005). Részben emiatt is a prevenció munkája szempontjából fontos feladatnak tartjuk a preabortusz időszakban a magas rizikójú csoportba tartozók azonosításának és szupportív támogatásának megvalósulását.

<i>Komplikált gyászra hajlamosító tényezők (Pilling, 2003; Lindemann, 1944)</i>	<i>A művi abortusz helyzetére jellemző, komplikált feldolgozásra hajlamosítók</i>
Váratlan veszteség;	A várandósság többségében váratlan, nem tervezett esemény, művi abortusz előtt álló nők esetén a döntéshozatalnak gyorsnak kell lenni.
Túlságosan erős kötődés a halotthoz;	A várandósság tényének beigazolódásától a terhességi hét növekedésével erősödik a magzathoz való kötődés. A második trimeszteres abortuszok magasabb kockázatot jelentenek.
Ambivalens érzések az elhunyttal kapcsolatban; Gyermek illetve fiatal halála;	Az elutasítás és elfogadás együttes megélése. A magzat halála.
Halmozott illetve feldolgozatlan korábbi veszteségek;	Egyéni jellemzők függvénye.
Gyásszal egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek, hiányos szociális kapcsolatok;	Részben egyéni jellemzők függvénye, részben a krízishelyzet konfliktusokkal terhelheti a párkapcsolatot, szülőkkkel való kapcsolatot.
A halál erőszakos úton való bekövetkezése (pl. öngyilkosság, gyilkosság);	A magzat halála szándékolt beavatkozás eredménye.
A túlélő olyan baleset következtében veszít el valakit, amelynek saját maga volt az okozója;	A magzat halála az anya vagy pár döntésének következménye.
Rossz testi vagy lelki egészség;	Egyéni jellemzők függvénye.
A gyászoló anamnézisében depresszió szerepel	Egyéni jellemzők függvénye.
	Az „elbúcsúzás” és a gyászmunka akadályozott, melyben szerepet játszó tényezők: <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Lehet-e gyászolni valakit, akinek a halálát én akartam?” ▪ Nincs „valós” személy, „akiről tudom, hogy milyen” ▪ Nem lehet eltemetni ▪ Mások előtt nem mindig felvállalható; sok esetben titokban tartott

6. táblázat. A művi abortuszhoz kapcsolódóan a komplikált feldolgozás kockázatát növelő tényezők (Forrás: Sz. Makó).

Az abortuszon átesett nők pszichológiai segítségnyújtásának egyik alapját jelenti a veszteség feldolgozásának elősegítése, a gyászmunka támogatása.

„Engedély a szomorúságra” vagy a gyász jogosultsága.

Az érintett nő érezheti úgy, hogy nincs joga gyászolni a művi abortuszt követően, hisz az ő döntésének eredményeképpen került sor a beavatkozásra; vagy nincs helye a gyásznak, hisz a magzat még nem valós személy, akivel kapcsolata lett volna; s a gyors „visszarendeződés”, a veszteségen való mihamarabbi felülkerekedés és továbblépés kulturális elvárás is lehet (Harris, 2004). Mindezen tényezők, kiegészülve azzal, hogy a stigmatizációtól való félelem miatt nehezen felvállalhatóvá vagy teljes mértékben megoszthatatlanná, titokká válhat a terhesség megszakítása, megnehezíti a veszteség feldolgozását. A beavatkozás bagatellizálása, az abortusszal járó érzések elfojtása, tagadása ugyancsak gátját képezhetik a lelki megmunkálásnak. Több szerző is (ld. Harris, 2004; Lemkau, 1988; Ney, Ball és Sheils, 2010) felhívja a figyelmet a gyászmunka

támogatásának fontosságára. A pszichológiai segítségnyújtás hozzájárulhat az abortusz kapcsán megélt érzések kifejezéséhez és feldolgozásához; a magzattól történő elbúcsúzáshoz, szimbolikus eltemetéséhez. A klinikusnak az abortusszal kapcsolatos gyászmunka támogatásakor fel kell készülnie arra is, hogy felszínre hozhat a beavatkozás révén újraéledő, azt megelőző korábbi veszteségeket, traumatikus életeseményeket is. Ilyenkor a klienseket képessé kell tenni arra is, hogy tudatosabb rálátással szemléljék egyes életeseményeik közötti összefüggéseket, valamint segíteni kell őket a művi abortusszal kapcsolatban álló korábbi megoldatlan életeseményeik és konfliktusaik feldolgozásában.

Megbocsátás.

A döntéssel való megbékélést segítheti a beavatkozás miatt érzett harag, büntudat érzésének, a negatív, hibáztató gondolatoknak a feldolgozása (Harris, 2004; Lemkau, 1988; Ney és mtsai., 2010). A megbocsátás egyaránt érintheti a nő saját személyére irányuló, vagy a partnerrel, hozzátartozókkal, esetleg az abortuszban közreműködő egészségügyi személyzettel szemben megfogalmazott negatív érzéseinek megmunkálását. Az érintett nő másoktól (akikkel szemben büntudatot érez) történő bocsánatkérését, mások engesztelését vagy önmaga és a környezet irányába mutatott megbocsátás gyakorlását segítő terápiás ösztönzés hozzájárulhat a büntudattal, haraggal, feszültségekkel teli kapcsolatok tehermentesítéséhez, a megkönnyebbülés és „feloldozás” érzésének megtapasztalásához. Ehhez hasonlóan fontos lehet a környezet és elsősorban a partner felől érkező megbocsátás, vagy empátiás érzések mozgósítása is, különösen azokban a helyzetekben, ahol a felek között nem volt egyetértés a beavatkozás vállalását illetően.

Az önmagáért és másokért érzett felelősségvállalásban történő megerősítés.

A művi abortusz nem csak a magzat ellenében hozott döntés, hanem egyben az érintett nő mentális és szomatikus egészségére is negatív hatással bíró beavatkozás. Éppen ezért az ismétlődő terhességmegszakítások megelőzése a fejlődő élet, az anya és a partner szempontjából egyaránt fontos feladata a pszichológiai tanácsadásnak. Az elégtelen fogamzásgátlás hátterében állhatnak téves hiedelmek, aggodalmak, gátlások, személyes- vagy környezeti korlátok, melyek azonosításával nagyobb hatékonysággal lehet a születésszabályozás személyre illesztettebb formáját megtalálni. Saját szerepének megértése a nehéz vagy fájdalmas életeseményeknek való kitettségben, segíthet elkerülni az újabb hasonló helyzeteket, mérsékelni a szexuális életben jelenlévő rizikómagatartásokat.

Önismeret és belső erőforrások mobilizálása.

A művi abortusz az anyai-, női- vagy házastársi szerepek konfliktusával is járhat. Milyen anya az, aki nem vállalja gyermekét? Képes lesz-e valaha jó anyává válni? Megérdemelheti-e meglévő gyermekeit, ha a testvérük életét kioltja? Vállalható lett volna-e a gyermek egyedülálló nőként? A pszichoterápiás munka célja lehet a megküzdést segítő belső erőforrások megerősítése; vagy például a gyermekvállalást is érintő életcélok tisztázásának és érdekükben hozott változtatásoknak a támogatása.

Támaszforrások mobilizálása.

Tekintettel arra, hogy a társas támasz pozitív összefüggést mutat a nehéz eseményekkel való megküzdéssel, fontos erőforrás lehet a terhességmegszakítás feldolgozásában is. A művi abortusz megoszthatósága, az érintett nő körüli szociális háló kiterjedtsége és minősége meghatározza, hogy a környezetében lesznek-e támaszt nyújtó kapcsolatok az eseményt követően. A beavatkozás titokban tartása, a háttérben álló szégyen és büntudat növelhetik a magára maradottság, az egyedüllét érzését, s problémáival izolálódhat a nő. A tanácsadói vagy terápiás munka egyik felületét képezheti a történetek megbeszélhetőségének, s egyben támogathatja is a segítséget kérő nőt abban, hogy „el tudjon érni” vagy „mozgósítani tudjon” a környezetében lévő más társas támaszt nyújtó forrásokat is.

Ney és mtsai. (2010) bántalmazott és/ vagy művi abortuszt megtapasztalt (vagy abban párjuk révén érintett) páciensek csoportjaival folytatott intenzív pszichoterápiás munka hasznosságát igazolták. 65 fő résztvevő kezelési eredményeit vizsgálták meg 28 olyan paraméter mentén, melyek az alanyok pszichológiai és fizikai jól-létével voltak kapcsolatosak. Minden kliens a házi orvos ajánlásával és egy azt követő szűrés után került be a programba, fennálló depresszió és szorongás miatt. A terápiás folyamat összesen 30-32 két órás ülésből állt, a 4-6 fős csoportokat képező résztvevők heti két alkalommal találkoztak. A múltbéli traumatizáló, veszteséggel járó életeseményeket és következményeik feldolgozását megcélzó munka egy strukturált terápiás tervre épült, mely kiegészült otthoni házi feladatok végzésével is. Az esetek 96 százalékában számoltak be gyermekkori rossz bánásmódról; és 62 százalékuknak volt egy vagy több művi terhesség megszakítása, 50 százalékának vetélése, 39 százalék pedig mindkét terhességi veszteséglményt megtapasztalta. A csoportokban számottevő javulás következett be 21 klinikai változó tekintetében, melyekből néhányat megemlítve: csökkent az önsértő cselekedetek vágya, csökkentek a pesszimista gondolatok, a kontrollálhatatlan félelmek, mérséklődött a harag, szomorúság, magány, reménytelenség, az egyedüllét, a „csapdába

esettség” érzése, és növekedett az önértékelés, jobban élvezték az életet, javultak az interperszonális kapcsolatok. A „valódi én” megtalálását támogató önismeret, a terhességi veszteségek megoszthatósága, a másoktól elfogadott és feléjük tanúsított közeledés, az élet mások hasznára fordítása melletti elköteleződés, mint terápiás változók szoros kapcsolatban álltak a rossz hangulat, szomorúság csökkenésével. A jobb érzésekkel és funkcionálással pedig az életörömrre való képesség „megtanulása”, a veszteség elfogadása, a fenyegető helyzetek felismerése és a közös érdekek megértése mutatott jelentősebb összefüggést. Az eredmények tartósnak bizonyultak a terápiás munkát követő 3 és 6 hónapos utánkövetés során is. Emellett a csoportban résztvevő páciensek többsége képes volt megválni a szorongásra illetve depresszióra szedett gyógyszereiktől, vagy csökkentették a szükséges adagot.

Coyle és Enright (1997) hasonló eredményességről számolt be olyan férfiakkal végzett terápiás munka során, akiket partnerük abortusszal kapcsolatos döntése megviselt. Az intervenciós eljárás a megbocsátás elősegítésére irányult. A résztvevők 12 héten keresztül, heti rendszerességgel, alkalmanként 90 perc ideéig találkoztak. A véletlenszerűen besorolt jelentkezők egyik fele azonnal megkezdhette a munkát, míg a másik fele 12 héttel később (kontrollból-kísérleti csoport) esett át ugyanazon a folyamaton. A terápiás ülések során strukturált módon differenciálták és dolgozták fel a partner abortusza révén megélt érzéseket, ösztönözték a megbocsátást, segítették az empátia és együttérzés megjelenését, valamint erősítették az érintett férfiakat a műtét miatt érzett fájdalom elviselésében, haragjuk, negatív érzelmeik „tartalmazásában”. Az elvárásoknak megfelelően, a kezelést követően sokkal inkább nőtt a megbocsátás, és csökkent a szorongás, a harag, és a gyász mértéke a kontroll csoporthoz képest. A terápiás intervenciók pozitív hatása a munkát később megkezdő (kontrollból-kísérleti) csoport tagjainak estében is mérhető volt. Az eredményeket a három hónappal későbbi utánkövetés is megerősítette. Holmes (2004) esettanulmányában egy olyan 25 éves férfivel folytatott pszichoterápiás munkát mutat be, akinek a partnere eltitkolta a várandósság tényét, s úgy hozott döntést a művi abortusz mellett, hogy a kliens csak a műtétet követően 6 hónappal később szerzett róla tudomást. A páciens a művi abortuszt büntetésként fogta fel, amiért nem figyelt oda eléggé partnerére; úgy érezte, hogy a magzat élete azon múltott, hogy ő inkább a munkával foglalkozott, bűnösnek érezte magát, ami a munka területén megjelenő problémákkal járt együtt. A terápiás folyamat egyik központi részét képezte a büntudat érzésének feldolgozása. A szerző konklúziójában kihangsúlyozza, hogy az egészségügyi

intézményeknek illetve ellátásnak lehetőséget kellene biztosítani partnerük abortusza révén érintett férfiak nagyobb mértékű bevonására és szükség esetén szupportív támogatására is.

Bár az intervenciók eredményességét vizsgáló és alátámasztó kutatások száma még igen korlátozott a területen, a fentiekben részletezett munkák megerősítik a pszichológiai segítségnyújtás szerepét és fontosságát a terhességmegszakításhoz tartozó egészségügyi ellátás folyamatában. A művi abortusz kérdésének pszichoterápiás szemléletű megközelítése segíthet a beavatkozással összefüggésbe hozható negatív intra- és interperszonális kimenetek mérséklésében, és az ismétlődő abortuszok prevenciójában.

4. A MŰVI TERHESSÉGMEGSZÍKÍTÁS RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ PSZICHOLÓGIAI KÖVETKEZMÉNYEIVEL ÉS A KOMPLIKÁLT FELDOLGOZÁST VALÓSZÍNŰSÍTŐ SZITUATÍV-, SZEMÉLYES- ÉS KAPCSOLATI VÁLTOZÓK FELTÁRÁSÁVAL FOGLALKOZÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE

4.1. Problémafelvetés és hipotézisek

A művi abortusz hivatalos engedélyeztetése világszerte az 1950 és 1970-es évek közé tehető, mellyel párhuzamosan az esemény nők mentális állapotára gyakorolt hatásának vizsgálatával foglalkozó pszichológiai és pszichiátriai tanulmányok száma több országban is ugrásszerűen megnőtt (ld. USA, skandináv országok). Magyarországon a művi abortuszok előfordulása a beavatkozás hivatalos engedélyeztetése óta jelentősnek mondható, tárgyévától függően 206.817 és 40.449 között alakult, s még napjainkban is közel minden harmadik fogantatás végződik a terhesség megszakításával. A statisztikai adatok figyelembevételével valószínűsíthető, hogy a fogamzóképes nők többsége élete folyamán valamikor érintetté válik a kérdésben. Mindezek ellenére hazánkban az eseményt kísérő pszichológiai folyamatok és állapotok feltárása a mai napig várat magára, s eddig nem születtek olyan kutatások, melyek a terhesség megszakításával járó pszichológiai folyamatok megismerését céloznák.

A nők nagyszámú érintettsége mellett a művi abortusz lélektani következményeinek megismerését azért is tarjuk kiemelt fontosságúnak, mert egyetértünk a témával foglalkozó azon szerzőkkel, akik felhívják a figyelmet a beavatkozás nők

mentális állapotát érintő negatív következményeire, különböző pszichiátriai problémák – például depresszió, szorongásos rendellenességek, szexuális diszfunkciók – eseményt követő megjelenésének nagyobb kockázatára.

Kutatásunk célja, hogy magyarországi mintán tanulmányozva ismerhessük meg a beavatkozást kísérő pszichológiai reakciókat, s olyan kérdésekre keressünk választ, melyek láthatóvá teszik a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt hatásának átmeneti és/vagy tartós következményeit. Ezzel összefüggésben fontosnak tartjuk megkülönböztetni a terhesség megszakítására adott rövid és hosszú távú, illetve a normatív és patológiás feldolgozást valószínűsítő reakciókat. Átmeneti és rövid távú következmények között tartjuk számon az érintett nők fokozottabb szorongás- és depresszió jellemzőit a beavatkozás idején; hosszú távú kimeneteli lehetőségek között pedig a komplikált gyász jegyeként megjelenő főként neurotikus és depresszív tünetképződést.

A terhesség művi megszakítását az érintettek az egyéni jellemzők, élethelyzetek és az abortusz mellett meghozott döntés háttérében álló okok sokféleségéből eredően nagyon különböző minőségű és intenzitású érzések kíséretében élhetik meg. Ezzel összefüggésben úgy véljük, hogy a nők egy részénél a művi vetélés átmeneti következményekkel bír, míg egy másik részük tartós, elhúzódó reakciókat mutat. A veszteség komplikált és egyben elhúzódó feldolgozásának jelzői lehetnek az érintetteknek hónapokkal az eseményt követően is fennálló vagy megjelenő szorongásos zavarok, abortusszal összefüggő poszt-traumás stressz reakció (továbbiakban MAB-PTSD) és az érzelmi-hangulati élet rendellenességei. Az idői paraméterek meghatározásánál a BNO X. diagnosztikus rendszerét alapul véve a beavatkozást követő hat hónapot jelöltük meg, mint azt az intervallumot, melyet követően azonosítható pszichés problémákat a hosszú távú komplikált kimenetek között tárgyaljuk. Ez összhangban áll azon nemzetközi kutatási eredmények figyelembevételével is, melyek a normatív feldolgozás idejét a beavatkozás utáni 1-3 hónapban állapítják meg (ld. Adler, 1975; Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003; Mueller és Major, 1989).

Jelen munkában kiemelt figyelmet szentelünk a rövid és hosszú távú pszichológiai reakciókkal összefüggésben álló és azokat befolyásoló tényezők azonosítására is. Az eddigi kutatásokkal ellentétben, - melyek egyidejűleg csak néhány változó vonatkozásában vizsgálták ezeket a kapcsolatokat, - a lehetséges moderáló tényezők komplex és rendszerezett áttekintésére törekedtünk. Ennek megfelelően szituatív-, kapcsolati-, valamint egyéni jellemzők mentén csoportosítottuk a valószínűsítetten abortusz-kimenetellel összefüggést mutató egyes változókat. Szűkebb értelemben vett szituatív

tényezők alatt értjük a tehességmegszakítás helyzetéhez kötött olyan specifikumokat, mint például az abortusz kapcsán megjelenő félelmeket vagy a döntés meghozatalának nehézségét, s az abortusz mellett és ellenében megfogalmazott érveket. A kapcsolati változók között kerültek kiemelésre a partnerrel és a szülőkkel való kapcsolati jellemzők, valamint az általánosságban vett társas támasz mennyiségi és minőségi paraméterei. Az abortusz pszichológiai következményeinek kontextusában tárgyalt egyéni változók között pedig a személyiség stresszhelyzettel szembeni eredményességét és ellenálló képességét meghatározó coping-mechanizmusokat és reziliencia jellemzőket, míg a sérülékenységgel összefüggésben a szorongásos reakciókra való hajlamot, a neuroticizmust vizsgáltuk. Úgy véljük, a fentiekben csoportosított változók - elősegítve vagy éppen gátolva a feldolgozási folyamatot - együttesen gyakorolnak hatást az abortuszra adott reakciókra, illetve a rövid és hosszú távú kimenetelre.

A feldolgozás módját és folyamatát számos, a helyzetre jellemző specifikus tényező teszi eltérővé a hagyományos értelemben vett gyázmunkától, melynek elemzésére részletesen „*A művi abortusz előtt álló és a műtéti beavatkozáson átesett nők pszichológiai és pszichiátriai támogatásának kérdései*” című fejezetben tértünk ki. Közülük csak néhányat kiemelve, az, hogy az érintett nő dönt a terhesség megszakítása mellett, azaz közvetlen okozója az embrió/magzat halálának; az, hogy a helyzet nem teszi lehetővé a veszteséggel járó érzések nyílt kifejezését és megélését, a magzattól történő elbúcsúzást; az, hogy az esemény sokszor a közvetlen családi kapcsolatokat is konfliktusokkal terheli, úgy véljük, hozzájárul az elhúzódó, visszatérő vagy túlzott pszichológiai reakciókban és pszichiátriai zavarokban megmutatkozó komplikált feldolgozás megnövekedett kockázatához. A nők mentális egészségének támogatása szempontjából kiemelt jelentőségűnek tartjuk az abortusz miatt súlyos pszichológiai reakciókat mutató érintettek akut kríziskezelését, s a későbbi problémák megjelenése szempontjából magas rizikójú csoportba tartozók korai szűrését és számukra a pszichológiai segítségnyújtás elérhetővé tételét. Ez utóbbi munka feltételét képezi, hogy meghatározásra kerüljenek az egyes pszichés problémák megjelenését valószínűsítő rizikótényezők. A műtéti időszakban történő szűrés, tájékoztatás és a pszichológiai támogatás felajánlása hozzájárulhat ahhoz, hogy a komplikált feldolgozás szempontjából veszélyeztetett nők felismerjék önmagukon a figyelmeztető jeleket, s szükség esetén időben szakember segítségét kérhessék. Összefoglalóan kutatásunk kiemelt célja a művi abortusszal összefüggő rövid és hosszú távú pszichológiai reakciók leírása, és az azokkal összefüggésben álló, valamint a

komplikált feldolgozást valószínűsítő pszichés zavarok megjelenésének kockázatát növelő szituatív-, kapcsolati- és egyéni tényezők azonosítása.

Munkánk a témában született eddigi kutatások zömétől az alábbiakban felsorolt egy vagy több szempont valamelyike mentén különül el:

- közvetlen adatgyűjtésen alapul, mely lehetővé teszi a nők aktuális mentális állapotának leíró jellegű meghatározását; szemben az adatbázis alapú kutatásokkal, melyek egyes pszichiátriai zavarok meglétére pusztán az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor kapott diagnózisok alapján következtetnek;
- prospektív longitudinális adatgyűjtésen alapul, mely lehetővé teszi az abortuszra adott rövid távú és az azt követő pszichológiai reakciók változásának nyomonkövetését és objektív szempontú felmérését; szemben azokkal a kutatásokkal, melyek pusztán retrospektív beszámolókra alapozva vonnak le következtetéseket a nők beavatkozás idején mutatott reakcióira és az eseményt követő változási folyamatokra vonatkozóan;
- a pszichés problémák valószínűsítésére az erre a célra kidolgozott mérőeszközök felhasználásával törekszik; szemben azokkal a kutatásokkal, melyek egyes zavarok meglétére vagy hiányára kizárólag egyéni beszámolók alapján, a tüneti jellemzők gyakoriságának és intenzitásának meghatározása nélkül következtetnek;
- a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid és hosszútávú hatásait és az esemény feldolgozásának jellemzőit meghatározó változókat egy modellben kezeli (ld. 2. ábra), szemben azon kutatásokkal, melyek a terhesség megszakításával összefüggésben a kimeneteli és/vagy az azt meghatározó változók egy szűk szegmensét vizsgálják.

A fentiekben leírtakkal összhangban és azt kiegészítve hipotéziseinket (H0) a következőkben foglaljuk össze:

H0/1: A művi abortusz a nők aktuális mentális állapotára hatással bír, distresszel teli életesemény. Ennek következtében a beavatkozás idején magasabb szorongás és depresszió értékeket mérhetünk.

H0/2: A művi vetélés során mért szorongás és depresszió jellemzők csak részben magyarázhatók a műtét/orvosi beavatkozás következtében megélt aggodalommal, s olyan tényezőkkel is összefüggésben állnak, mint a terhesség megszakításához kapcsolódó szituatív változók, az érintett nő kapcsolati- és személyiségjellemzői.

H0/2/a: A szorongás és depresszió magasabb értékeiben megmutatkozó distressz összefüggésben áll az abortusz kapcsán megfogalmazódó félelmekkel, a

döntéshozatal nehézségével, a műtéti beavatkozás mellett és ellenében megfogalmazódó érvekkel; párkapcsolati problémákkal; terhelt szülő-gyermek kapcsolattal; az egyéni sérülékenységet növelő személyiségjellemzőkkel (pl. neuroticizmussal) és veszteséggel járó életesemények korábbi megtapasztalásával.

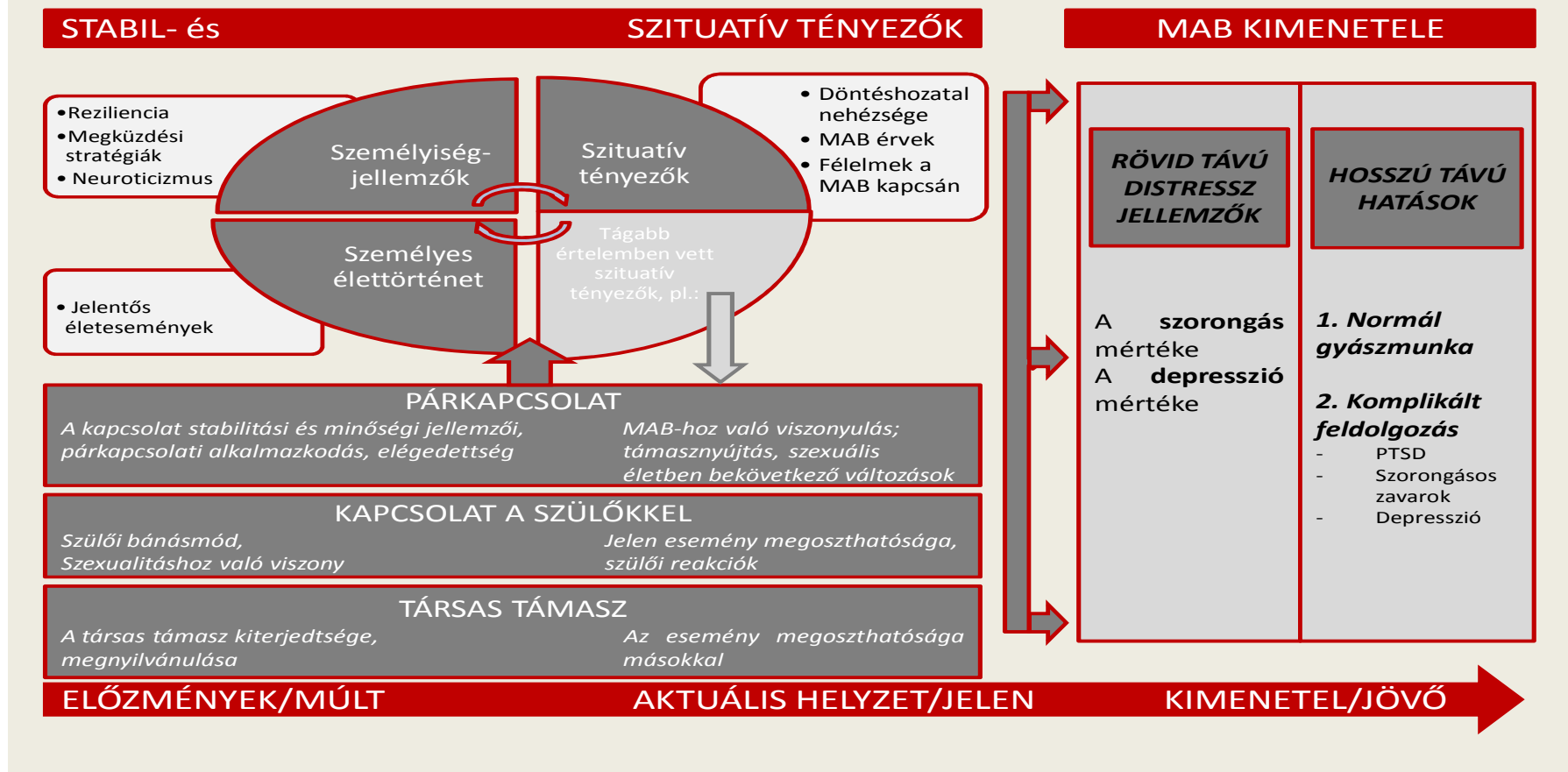
H0/2/b: A distressz jellemzők mérsékeltebb megjelenésével a környezet felől érkező támogatás és a nő személyes erőforrásai mutatnak összefüggést.

H0/3: A műtéti beavatkozást követő hat hónappal későbbi részvételhez való viszonyulás, azaz az együttműködés vagy távolmaradás elsősorban a nők intraperszonális jellemzőivel mutat összefüggést.

H0/4: A beavatkozással járó veszteség - a komplikált feldolgozással összefüggésben - a nők egy számottevő részénél pszichés problémákat okoz, melyek elsősorban szorongásos és depresszív tünetképződésben, valamint MAB-PTSD formájában jelentkeznek fél évvel a műtétet követően.

H0/5: A beavatkozás során mért szituatív, kapcsolati és egyéni változók mentén bejósolható a fél évvel későbbi pszichés problémák megjelenésének kockázata. Az egyes zavarok megjelenésének nagyobb valószínűségét magyarázó tényezők a beavatkozáskor magas distresszel összefüggő szituatív-, kapcsolati- és egyéni változók közül kerülnek ki.

A művi abortusz nők pszichés státuszára gyakorolt rövid és hosszú távú hatása



2. ábra. A művi abortusz pszichológiai kimenetelével összefüggésben álló tényezők (Forrás: Sz. Makó).

4.2. A kutatás módszertana

4.2.1. Az adatgyűjtés módja

A művi abortusz pszichológiai vonatkozásaival foglalkozó jelen kutatás - a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Intézményi és a Dél-dunántúli Regionális Kutatásetikai Bizottságának megelőző engedélyével és a befogadó egészségügyi intézmény vezetőjének támogatásával - a Pécsi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján valósult meg.

Az aktuálisan a műtéti beavatkozás miatt klinikán tartózkodó nők kutatásban való részvétele önkéntességen alapult. A felkérés két lépésben zajlott. Első ízben az osztályon dolgozó ügyeletes nővér tett említést a kutatásról a művi abortusz előtt álló pácienseknek. Majd azok számára, akik nyitottak voltak az együttműködésre, az adatgyűjtésben közreműködő nyújtott további részletes információkat a részvétel feltételeiről, így a célkitűzésről, az együttműködés módjáról és a további teendőkről. A részvételi szándékról itt nyilatkoztak a megkérdezettek.

Az adatgyűjtés a tereshességmegszakítás orvosi protokolljának figyelembevétele mellett és ahhoz teljes körűen alkalmazkodva történt. E szerint azok a nők, akiknek még nem volt ezt megelőzően terhességi eseménye - a műtéti eljárás előkészítése, azaz a méhszáj előzetes, vegyi úton történő tágítása céljából - a beavatkozás előtti napon-, míg azok a nők, akiknek volt már születe, a terhesség megszakításának napján kerültek be a klinikára.⁷ Ennek megfelelően a nők tájékoztatása, beleegyezésük kérése s az adatgyűjtés az osztályos felvételt követő esti (két napos klinikán tartózkodás) vagy a korareggeli (egy napos klinikán tartózkodás) órákban, zavartalan körülmények biztosítása mellett történt, a klinika aktuálisan rendelkezésre álló valamely rendelőhelyiségében. A vizsgálati adatlapot kétszemélyes helyzetben, míg a kérdőíveket – instrukciót követően - személyes kitöltésen alapulva vettük fel, mely összességében átlagosan 1,5-2 órát vett igénybe résztvevőnként.

Tekintettel arra, hogy a kutatásról szóló tájékoztatás tartalmazta a műtétet követő 6 hónappal későbbi utánkövetéssel kapcsolatos információkat is, a nők személyes elérhetőségüket megadva adták beleegyezésüket későbbi megkeresésükbe. Az első fázisban csak néhányan⁸ jelezték, hogy nem kívánnak részt venni a további, fél év múlva esedékessé váló adatgyűjtésben, melynek okai között szerepelt jelen graviditásnak, illetve

⁷ Jelen protokoll a 12. hétig bezárólag történő művi abortuszokra vonatkozik.

⁸ Részletesen ld. „A vizsgálati minta demográfiai jellemzői” című fejezetben.

megszakításának az eltitkolása a környezet – főként a partner és/vagy a szülők – elől, vagy olyan indokok, melyekben a beavatkozáson való „túllevést” vagy az újra felidézés elkerülését hangsúlyozták (pl. „szerintem nem lesz ennek semmi következménye fél év múlva, ez jó döntés, így van helyén”; „nem hiszem, hogy fél év múlva bármi mást mondanék, vagy másképp vélekednék, mint most”, „szerintem minden rendben lesz, bízom benne, hogy az életem a normál kerékvágásban fog haladni”, „nem gondolom, hogy fél év múlva fel kellene újra hánytorgatni a történeteket, ha kimegyek innen, magam mögött akarom hagyni”).

Az első fázis tesztanyagának felvételében pszichológia szakos egyetemista hallgatók is közreműködtek, akiket fél napos képzés keretén belül készítettünk fel az adatgyűjtés módjára, formájára, az esetlegesen felmerülő váratlan helyzetek kezelésére, biztosítva ezáltal az egységes szemlélet és az adatgyűjtés optimális személyi feltételeinek kialakítását is.

Tekintettel arra, hogy az első fázisban történő részvételre első ízben a kórházi személyzet kérdezett rá, a visszautasítók számára és főbb demográfiai jellemzőire vonatkozóan nem rendelkezünk adatokkal.

A második fázisban való közreműködés esedékessé válásakor, azaz fél évvel a műtéti beavatkozást követően – telefonon vagy postai úton - ismételten megkeresésre kerültek az érintett nők, akiket egy újabb személyes interjúra és/vagy kérdőívek kitöltésére kértünk. A felkérés kimenetelei (pl. nem vállalkozik a második fázisban való részvételre; csak a kérdőívek kitöltését vállalja; elérhetőség megváltozása miatt nem vehető fel vele a kapcsolat) részletesen dokumentálásra kerültek.

<i>Előkészítő fázis</i>	<i>Első fázis</i>	<i>Második fázis</i>	<i>Adatfeldolgozás és elemzés</i>
<p><i>Terápiás tapasztalatokból kiinduló kérdésfeltevés és a kutatás előkészítése</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A kérdésfeltevés megfogalmazása • Kutatás módszertanának előkészítése • Etikai engedélyeztetés • Együttműködés kialakítása a befogadó intézménnyel • Az adatgyűjtés protokolljának kialakítása • Az adatfelvételben közreműködő, végzős pszichológia szakos hallgatók felkészítése a munkára 	<p><i>Adatgyűjtés a terhesség megszakításának idején</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Művi abortusz mellett döntő nők önkéntes bevonása a kutatásba • Adatgyűjtés: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vizsgálati adatlap – kitöltése személyes beszélgetésen alapult ○ Kérdőívek – kitöltésük önbeszámolón alapult <i>Személyiség kérdőív - NEO-PI-R</i> <i>Coping – MMPK</i> <i>Reziliencia – CD-RISC</i> <i>Szülői bánásmód – HPBI</i> <i>Párkapcsolati alkalmazkodás – DAS</i> <i>Társas támasz – MOS-SSS</i> <i>Szorongás, depresszió – HADS</i> <i>Életesemények – Paykel féle LES</i> • Rendszeres konzultáció az adatgyűjtésben közreműködő hallgatókkal 	<p><i>Adatgyűjtés a terhességmegszakítást követő 6. hónapban</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Az első kutatási fázisban résztvevők megkeresése és • Adatgyűjtés: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interjú és/vagy ○ Kérdőívek – kitöltésük önbeszámolón alapult <i>Párkapcsolati alkalmazkodás – DAS</i> <i>Szorongás, depresszió – HADS</i> <i>Derogatis-féle tünetlista SCL-90R</i> <i>Poszttraumás stressz - PDS</i> 	

7. táblázat. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásainak vizsgálatát célzó kutatás szakaszai (Forrás: Sz. Makó).

4.2.2. A vizsgálati minta demográfiai jellemzői

A célcsoportot a művi abortusz mellett - válsághelyzetre történő hivatkozással - döntő, 18. életévüket betöltött, felnőtt nők alkották. A kutatásban történő részvételre 130 nő vállalkozott, azonban az egyes kérdőívek hiányos kitöltése miatt 11 résztvevő kizárásra került.

A továbbiakban részletezett elemzések alapját 119 művi abortusz mellett döntő nő adatai szolgáltatták. A vizsgálati minta átlagéletkora 30,2 év (SD: 6,94; min.: 18,45; max.: 44,79) volt. A beavatkozás típusa szerint 69 nőnek (58%) volt már korábban valamilyen szülészeti eseménye, így a műtét miatti kórházi tartózkodása egy napos volt; míg 50 nőnek (42%) nem volt, így a beavatkozás és annak előkészítése két napos kórházi protokoll szerint történt.

A vizsgálati minta többségében középfokú képesítéssel rendelkezett (N=64; 53,8%); őket követték a már felsőfokú diplomával rendelkezők (N=38; 31,9%); majd az alacsonyabb iskolát végzetek (N=17; 14,3%). Munkavisztonnyal 61 nő (51,3%) rendelkezett; 22-en (18,5%) tanulói jogviszonyban álltak; 18-an (15,1%) gyermekükkel tartózkodtak otthon (pl. GYES, GYED); s 16 nő (13,4%) munkanélküli volt; s végül 2 fő (1,6%) egyéb, a fentiekbe nem besorolható kategóriába tartozott.

A nők párkapcsolati státuszát tekintve, a megkérdezettek 26,9 százaléka (N=32) házasságban; míg 22,7 százaléka (N=27) élettársi kapcsolatban; és 26,9 százaléka (N=32) (tartós elköteleződés nélküli) párkapcsolatban élt. A minta 23,5 százaléka (N=28) egyedülálló volt. A kapcsolatban élők átlagosan 5,88 éve voltak együtt (SD: 6,04; min.: 0,1; max.: 20) partnerükkel; míg az egyedülállóknak átlagosan 1,48 éve nem volt tartós párkapcsolata (SD: 2,99; min.: 0; max: 10).

A nők 42 százaléka (N=50) még nem rendelkezett gyermekkel; 22,7 százaléka (N=27) egy; 25,2 százaléka (N=30) kettő; 10,1 százaléka (N=12) három vagy annál több gyermekkel rendelkezett. A megkérdezettek 68,9 százaléka (N=82) nyilatkozott úgy, hogy ezt megelőzően még nem volt terhességmegszakítása; a nők 25,2 százaléka (N=30) egy; 5,8 százaléka (N=7) kettő vagy annál több művi abortusza volt már korábban. A kutatásban résztvevők többségének egyéb terhességi veszteségélménye, úgy, mint spontán vetélése (91,6%; N=109), extrauterin graviditása (98,3%, N=117) és halva szülése (99,2%, N=118) nem volt.

A kutatásban résztvevő nők 30,3 százaléka (N=36) jelezte, hogy jelen terhesség előzményeképpen nem használtak fogamzásgátló módszert; s bevallásuk szerint a nők 8,4

százaléka (N=10) természetes úton (pl. megszakításos közösülés, naptár módszer) védekezett; 33,6 százalékuk (N=40) óvszerrel; 4,2 százalékuk (N=5) esemény utáni tablettával; 12,6 százalékuk (N=15) rendszeresen alkalmazott fogamzásgátló tablettával; s végül 8,4 százalékuk (N=10) hüvelyi-kémiai (pl. hüvelykúp) s 1,7 százalékuk (N=2) hüvelyi-mechanikai (pl. spirál) úton védekezett.

A művi abortusz idején a kutatásban résztvevők 10,1 százaléka (N=12) valamilyen módon jelezte, hogy nem kíván részt venni a fél évvel későbbi adatfelvételben. Az utánkövetésen történő megjelenéssel kapcsolatos további elemzések külön fejezetben kerülnek tárgyalásra. Emellett a demográfiai adatokkal összefüggő, fentiekben túli statisztikai feldolgozásokat ugyancsak a kutatási eredményeket bemutató fejezetek tartalmazznak.

4.2.3. A kutatásban alkalmazott módszerek bemutatása

4.2.3.1. Vizsgálati adatlap

A 9 oldal terjedelmű vizsgálati adatlap részben a kutatásban résztvevő minta demográfiai jellemzőinek azonosítását, részben pedig a művi abortusz pszichológiai feldolgozásában valószínűsíthetően szerepet játszó személyes és kapcsolati változók feltárását szolgálta. Felvételére a preoperatív időszakban került sor.

Az adatlapon található kérdések formájukat tekintve három fő csoportba oszthatók:

- konkrét adatok megadását kérő kérdések, például: születési dátum; egy háztartásban élő gyermekek- és felnőttek száma; hány ember tud jelen terhességének megszakításáról.
- konkrét adatokat, választási alternatívák megadásával kérő kérdések, például:
„A terhesség megszakítása melletti döntését kivel beszélhette meg?
a.) partnerével, b.) szüleivel, c.) közeli hozzátartozóval, d.) baráttal, e.) munkatárssal, f.) ismerőssel, g.) orvosával, h.) senkivel, i.) egyéb:”.
- nyitott kérdések, például: „Kérem, röviden fejtse ki a terhesség megszakítása ellen szóló érveit!, Vannak-e félelmei a művi abortusz kapcsán, ha igen, kérem, nevezze meg milyen jellegűek?”

A kérdések témájukat tekintve, ugyancsak csoportosíthatók voltak, öt fő területet érintettek:

- Szociodemográfiai adatok, például: születési idő, iskolai végzettség, családi állapotról-, munkaviszonyra-, lakhatásra vonatkozó kérdések.
- Korábbi- és aktuális várandósságra/művi abortuszra vonatkozó kérdések, például: volt-e a jelen terhességet megelőzően művi abortusza, halva szülése, vetélése; vagy milyen érvek szólnak a terhesség megszakítása mellett és ellenében, elsődlegesen ki hozta meg a megszakítás melletti döntést.
- A partnerrel és a párkapcsolattal, szexuális élet jellemzőivel kapcsolatos kérdések, például: a partnerrel folytatott szexuális élet gyakorisága, és az együttlétekkel való elégedettség a jelen terhességet megelőző- és az annak nyilvánvalóvá válását követő, műtét körüli időszakában; vagy a partner hogyan viszonyul a terhesség megszakításához; mennyire jelent támaszt a műtét körüli időszakban.
- Származási családra, tágabb környezetre vonatkozó kérdés, például milyen volt a szülők sexualitáshoz való viszonya az alany neveltetésének idején.
- A kutatásban résztvevő nő általános egészségi állapotára, betegséglelményekre vonatkozó kérdések, például volt-e korábban lelki eredetű problémája.

A vizsgálati adatlap felvétele személyesen történt, ideje résztvevőnként 40 és 60 perc között mozgott.

4.2.3.2. Kérdőíves eljárások

A kutatás mindkét szakaszában felvételre kerültek kérdőívek, melyek fókuszukat tekintve az egyénre vonatkozó pszichológiai szimptomák meglétét (SCL-90R; HADS, PDS); az életeseményeknek (P-LES), a személyiség általános jellemzőinek és specifikus változóinak (pl. coping mechanizmusok, reziliencia) (NEO-PI-R; CD-RISC; MMPK) feltárását; valamint társas/párkapcsolati jellemzők (DAS; HPBI; MOS SSS) azonosítását célozták.

4.2.3.2.1. Derogatis-féle Tünetlista (*Symptom Checklist, SCL-90R*)

A Derogatis által 1977-ben közölt tünetlista olyan önkitöltésen alapuló kérdőív, amely különböző pszichés és szomatikus szimptomák meglétének és súlyossági fokának mérésére alkalmas. A mérőeszköz 90 tételből áll, melyeket a kitöltők egy ötpontos skála mentén értékelnek, ahol a két szélső érték a 0 - az egyáltalán nem, és a 4 - a nagyon zavaró jellegét jelzi az adott tünetnek. A mérőeszköz 9 skálából áll, melyek: a szomatizáció (SOM), a kényszeresség (O-C), az interperszonális érzékenység (INS), a depresszió (DEP), a

szorongás (ANX), az ellenségesség (HOS), a fóbia (PHO), a paranoia (PAR), a pszichoticizmus (PSY), valamint a fenti skálák egyikébe sem sorolt – ugyanakkor gyakran előforduló testi és pszichés tüneteket leíró - tételek csoportja (Derogatis, 1977). Az értékelés során három – a klinikai problémák előrejelzésében releváns - index is számítható: a Globális Súlyossági Index (GSI), a Pozitív Tünet Distressz Index (PSDI), Pozitív Tünet Összes (PST).

Meg kell említenünk, hogy több olyan kutatás is ismert, melyekben a tünetlista eredeti faktorstruktúráját nem sikerült igazolni s ezáltal megkérdőjeleződik a módszer többdimenziós volta. A hazai vizsgálati mintán elvégzett feltáró faktorelemzés az SCL-90R unidimenzionalitását erősíti meg, azaz inkább egy általános pszichológiai distressz mutatónak tekinthető, mintsem egymástól jól elkülönülő, pszichiátriai tünetegyüttesek mentén történő differenciálást lehetővé tevő eszköznek. Emellett a mérőeszköz hazai adaptálása során kapott eredmények a magyar változat megbízhatóságát (Cronbach-alfa mutatók értéke 0,73-tól 0,97-ig terjed), érvényességét és a klinikai és normál minta elkülönítésére való alkalmasságát igazolták (Unoka és mtsai., 2004).

Az SCL-90R-t a nemzetközi kutatások széles körben használják a pszichológiai distressz mérésére hatékonyságvizsgálatokban, mentális zavarok szűrésére, valamint pszichofarmakológiai kezelésekkel összefüggésben mutatott javulás detektálására (Rózsa, 2009; Unoka és mtsai, 2004).

Jelen kutatásban a résztvevőknek a művi terhességmegszakítás óta megjelenő panaszokat kellett jelezniük, külön megjelölve azon tüneteket, melyeket egyértelműen az abortusznak tulajdonítanak.

4.2.3.2.2. *Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)*

Zigmond és Snaith (1983) által kifejlesztett, önbeszámolón alapuló skála, melyet klinikai betegpopuláció hangulatának felmérésére dolgoztak ki a szerzők. Jelenleg széles körben alkalmazzák a gyakorlat és a kutatás területén egyaránt. A mérőeszköz 14 tételt tartalmaz, melyeket a kitöltők egy – a, b, c, d választási lehetőséget biztosító - négyfokú Likert-skálán értékelnek; ennek megfelelően az egyes válaszok pontértéke 0-3-ig változhat, egy-egy skála összpontszáma pedig 0-21 közötti értékkel bírhat.

Bár vannak szerzők, akik három faktoros modellt igazoltak (ld. Barth és Martin, 2005; Dunbar, Ford, Hunt és Der, 2000; Friedman, Samuelian, Lancrenon, Even és Chiarelli, 2001), a magyar mintán történő felmérések Zigmond és Snaith (1983) által is

azonosított két skálát, a szorongást (HADS-A) és depressziót (HADS-D) különböztetik meg (ld. Muszbek és mtsai., 2006; Tiringer és mtsai., 2008). A kérdőív pszichometriai mutatói jók, a szorongásos és depressziós tünetek és zavarok vizsgálatának megbízható, magas belső konzisztenciát mutató (Cronbach-alfa mutatók értéke 0,81-et meghaladó mindkét skála esetén) és érvényes eszköze. A klinikai jelzőhatár 8 és afeletti pontérték (Perczel Forintos, Kiss és Ajtay, 2005; Snaith, 2003; Tiringer és mtsai., 2008).

4.2.3.2.3. *Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, PDS)*

A skálát Foa, Cashman, Jaycox és Perry (1997) dolgozták ki a DSM-IV poszttraumás stressz betegség diagnosztikus kritériumainak felhasználásával. Az önbeszámolón alapuló módszer kitér a traumatizáló életeseménnyel összefüggésben megjelenő tünetek előfordulásának („Milyen gyakran?”) és intenzitásának („Mennyire volt nyugtalanító?”) azonosítására; a különböző életterületekre – úgy, mint munkára, társadalmi/közösségi- és családi életre – kifejtett hatásának értékelésére és az eseményhez való aktuális viszonyulásra (pl. az értékelő milyen mértékben tudott megbirkózni az eseménnyel). A PDS – az elkerüléssel, az újraéléssel és a hiperarousal szimptomákkal összefüggésben - 17 tünet mentén valószínűsíti a PTSD fennállását. A vizsgálati személyeknek egy 0-tól 3-ig terjedő skálán kell megítélniük az adott tünet előfordulásának gyakoriságát, illetve azt követően, hogy mennyire hat rájuk nyugtalanítólag. Az előfordulás alapján elérhető pontérték 0 és 51 között változik, mely a poszttraumás stressz-zavar tüneteinek súlyosságát jelzi.

A mérőeljárást mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutató munkában jó hatékonysággal alkalmazzák.

Magyarországi adaptációján Perczel Forintos és mtsai. (2005) dolgoznak.

Jelen kutatásban az egyes tételeket a művi abortusz speciális helyzetére illesztetten módosítottunk, így például: „Nyugtalanító gondolatai vagy emlékképei voltak a traumát okozó eseményekről, amelyek akarata ellenére jutottak az eszébe.” helyett „Nyugtalanító gondolataim, emlékképeim voltak a terhességem megszakításával kapcsolatban, melyek akaratom ellenére jutottak eszembe.”.

4.2.3.2.4. *Paykel-féle Életesemény Kérdőív (Paykel Life Events Scale vagy Scaling of Life Events, P-LES)*

A skálát Paykel, Prusoff és Uhlenhuth (1971) fejlesztette ki a Holmes és Rahe (1967 id. Paykel és mtsai., 1971) féle „Social Readjustment Rating Scale” módosításával. A módszer célja között szerepelt, hogy az egyes élettörténeti események által keltett stresszhatás és a pszichiátriai zavarok, szomatikus megbetegedések közötti lehetséges összefüggések igazolásának objektív mérőeszköze legyen. Ennek megfelelően, számos olyan kutatás született, mely a szuicid kísérletet, depressziót, szkizofréniát, alkoholdependenciát a megelőző negatív életesemények kontextusában vizsgálta (ld. Nagy, 2004; Paykel, Prusoff és Myers, 1975). Az eredeti lista 61 életeseményt sorol fel, közöttük olyanokat, mint *házastárs halála, vagy, munkahely elvesztése, vagy családtag súlyosabb/tartósabb betegsége*. A kitöltőnek egy 0-tól 20-ig terjedő skálán kell értékelnie, hogy az adott helyzet - megítélése szerint - milyen mértékben lehet megterhelő egy átlagember számára, valamint hogy az elmúlt – az adatfelvétel szempontjából releváns - időszakban megtörtént-e vele vagy sem. Ez utóbbi, szubjektíve átélt események pontértékeinek összege mutatja meg az aktuális élethelyzet stresszhatásának mértékét.

A skála magyar adaptációjával kapcsolatos eredményeket Tringer és Veér (1977) közölte. A szerzők a magyar változatot minimális módosításokkal – például egyes, összetett események különbontása, vagy az értékelésre alkalmazott Likert-skála terjedelmének csökkentése - véglegesítették.

Jelen kutatásban a kérdőív 28 életeseményt felsoroló rövidített, módosított változata (Perczel Forintos és mtsai., 2005) került felhasználásra. A vizsgálati személyek feladata az volt, hogy megjelöljék az életükben valaha előforduló eseményeket, illetve azokat, melyek az abortuszt megelőző egy esztendőben megtörténtek velük. A résztvevők emellett azt is értékelték egy 0-tól 5-ig terjedő Likert-skálán, hogy a kérdőívben szereplő élethelyzetek érzelmileg milyen mértékben terheltek meg, ahol a 0 az egyáltalán nem viselte meg, az 1 enyhe-, míg az 5 nagyon súlyos érzelmi hatást jelölte. A válaszadóknak arra is lehetőségük volt, hogy felsoroljanak olyan eseményeket, amelyek bár nem kerültek említésre a kérdőívben, de megtörténtek velük és érzelmileg megterhelőek voltak számukra.

4.2.3.2.5. *NEO-PI-R személyiség kérdőív (Neuroticizm-Extraversion-Openness Personality Inventory Revised, NEO-PI-R)*

A személyiség megismerésének és leírásának Öt Faktor Modelljén alapuló, 240 állítást tartalmazó kérdőív több lépésben történő kidolgozása Costa és McCrae (1992) nevéhez

fűződik. A szerzők a mérőeszközt egészséges, felnőtt személyek személyiségjellemzőinek azonosítására dolgozták ki. A kérdőívet kitöltőnek a válaszlapon található ötfokú skálán kell bejelölnie véleményét, attól függően, hogy milyen mértékben ért egyet az adott állítással. A NEO-PI-R öt fő faktorskálával és ezen belül további hat alszkálával rendelkezik, melyek önmagukban és egymással mutatott interakciójukban is értelmezési keretet biztosítanak. Egy skála 8 állítást tartalmaz, ennek megfelelően 8 és 40 pont közötti értéket vehet fel; az összetartozó alszkálákra adott pontszámok összege pedig a faktorskála pontértékét adja. A személyiség kérdőív által mért fő dimenziók között van a neuroticizmus (N), az extraverzió (E), a nyitottság (O), a barátságosság (A) és a lelkiismeretesség (C).

A NEO-PI-R-rel kapcsolatban végzett számos reliabilitás- és validitásvizsgálat a mérőeszköz jó pszichometriai paramétereit igazolja. Több nyelvre lefordították - közülük csak néhányat említve, olasz (Terracciano, 2003), francia (Rolland, Parker és Stumpf, 1998), észt (Kallasmaa, Allik, Realo és McCrae, 2000), török (Gülöz, 2002), koreai (Piedmont és Chae, 1997) -, melynek megfelelően alkalmazása széles körben elterjedt.

Magyar adaptációjával kapcsolatos adatokat Juhász (2002) közölt, eredményei a mérőeszköz megbízhatóságát és érvényességét alátámasztották. A Cronbach-alfa értékek főskálák esetén 0,73 és 0,87; míg alszkáláknál – a lágylelkűség, érzékenység (ATM: 0,36) és az értékek (OVA: 0,38) kivételével – 0,54 és 0,79 közé estek. A faktorszerkezet megegyezik a Costa és McCrae (1992) által közöltekkel.

Jelen kutatásban a személyiség kérdőív egy fő skálája – a neuroticizmus (N) - került értékelésre.

4.2.3.2.6. *Conor-Davidson Reziliencia Skála (Conor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)*

A reziliencia mérésére Conor és Davidson (2003) által kidolgozott skála olyan, a konstruktummal összefüggésben tárgyalt személyes jellemzők azonosításával foglalkozik, mint például a szívósság, ellenállóképesség, szilárdság, változásokhoz való alkalmazkodás, vagy kapcsolati erőforrások mobilizálásának képessége. A mérőeljárás 25 állítást tartalmaz, melyeket egy 5 fokú, 0-tól (egyáltalán nem igaz) 4-ig (szinte mindig igaz) terjedő skálán kell értékelnie a kitöltőnek, aszerint, hogy az adott kijelentést milyen mértékben tartja jellemzőnek önmagára nézve. A kérdőívben elért magasabb értékek magasabb rezilienciát feltételeznek.

A mérőeszközt számos kultúrkörben – közülük néhányat kiemelve kínai (Yu és Zhang, 2007), iráni (Khoshouei, 2009), dél-afrikai (Jørgensen és Seedat, 2008), indiai (Singh és Yu, 2010) - lefordították, és megbízhatóságát, érvényességét igazolták.

A CD-RISC magyar adaptációjával kapcsolatos eredményeket Gy. Kiss és mtsai. (2012) közölték. A hazai klinikai mintát és normál populációt egyaránt bevonó kutatás jó reliabilitás (Cronbach-alfa: 0,94) és validitás mutatókat igazolt.

4.2.3.2.7. *Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív (MMPK)*

Az Oláh Attila által 1986-ban publikált 80 itemes coping preferenciák kérdőív és annak jelen kutatásban alkalmazott - Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív néven ismert - rövidített, 51 tételből álló változata olyan fogalmak mérését szolgálja, melyek szerepet játszanak a stresszel való megküzdésben. A kérdőív annak tisztázását segíti, hogy a személy milyen arányban használ feszültségelaboráló, vagy éppen elhárító, feszültség kiürítő stratégiákat. Önjellemzésen alapul, a vizsgálati személyeknek azt kell eldöntenie és értékelnie egy négyfokú Likert-skálán – ahol az 1-szinte soha, a 4-mindig – hogy szorongást kiváltó, fenyegető, stresszel teli helyzetekben a felsorolt magatartásmódok, megküzdési stratégiák általában mennyire jellemzőek rá.

Az empirikus kialakítású mérőeljárás nyolc skálával rendelkezik, melyek a problémacentrikus reagálás, a támaszkeresés, a feszültség kontroll, a figyelem elterelés, az emóciófókusz, az emóció kiürítés, az önbüntetés, a belenyugvás. A skálák Cronbach-alfa mutatói 0,5 és 0,75 közé esnek (Oláh, 2005).

A kérdőív mindkét változatát több hazai kutatásban is jó eredményességgel alkalmazták (ld. Kovács, 2011; V. Komlósi és Rózsa, 2011).

4.2.3.2.8. *Párkapcsolati Alkalmazkodás Skála (Dyadic Adjustment Scale, DAS)*

A párkapcsolati jellemzők mérésére kidolgozott önbeszámolón alapuló kérdőív Spanier (1976) nevéhez kötődik. A szerző szerint az alkalmazkodás – mely a házasság egészéről nyújt képet és arról, hogy a partnerek hogyan tekintenek kapcsolatukra – egy állandóan változó folyamat, amely a jól és a rosszul alkalmazkodás dimenziója mentén bármely időpontban értékelhető. Az alkalmazkodást olyan szempontok kontextusában vizsgálja, mint a házasságon (párkapcsolaton) belüli zavaró eltérések, a partnerek közötti feszültségek, összetartozás, elégedettség, fontos dolgokban való egyetértés. A mérőeljárás 32 tételből áll, ezen belül 30 öt, hat vagy hétfokú Likert-skála mentén értékelhető, 2 pedig dichotóm. A skálán 0-151 pontszám érhető el, a magasabb pontérték a párkapcsolati

alkalmazkodás magasabb szintjére utal. Emellett Spanier (1976) négy alszkálát különböztetett meg, a diádikus konszenzust, a diádikus elégedettséget, a diádikus kohéziót és az érzelmek kifejezését. Az eredeti kérdőív a párkapcsolati alkalmazkodás mérésének megbízható (Cronbach-alfa: 0,96; alszkálák Cronbach-alfa értékei:0,73-0,94) és érvényes eszköze.

A mérőeszközt számos nyelvre lefordították - melyekből csak néhányat kiemelve német (Dinkel és Balck, 2006), portugál (Gomez és Leal, 2008), spanyol (Youngblut, Brooten és Menzies, 2006), kínai (Shek, 1994) – és pszichometriai stabilitását igazolták.

A kérdőív magyar adaptációja még várat magára, azonban egy 253 várandós nőt bevonó kutatásunkban magas belső konzisztencia értékeket találtunk, a DAS egészére vonatkozó Cronbach-alfa mutató 0,95, míg az egyes alszkáláké pedig 0,71 és 0,9 között mozgott (Sz. Mako és Deak, 2013). Ezeket az értékeket támasztja alá a családi életciklusok eltérő szakaszaiban lévő párok adatainak elemzése is (Vajda, 2011).

4.2.3.2.9. Szülői Bánásmód Kérdőív (*Parental Bonding Instrument, PBI*)

Parker, Tupling és Brown 1979-ben publikálták a Szülői Bánásmód Kérdőívet és módszertani leírását. A mérőeljárás retrospektív módon tárja fel a válaszadó percepcióját a szülői bánásmódról. A felnőttek (16 év feletiek) aszerint töltik ki a 25 állításból álló kérdőívet, ahogyan az első 16 életévük alapján szüleikre emlékeznek. Az anyával és az apával kapcsolatos emlékek külön-külön kerülnek értékelésre. A válaszok egy négyfokú Likert-skálán jelölhetők, attól függően, hogy a szülőre milyen mértékben illik, illetve jellemző az adott kijelentés; ennek megfelelően az értékelés tételenként 0 és 3 pont között változhat.

A kérdőívet számos nyelvre – többek között spanyol (Gómez-Beneyto, Pedrós, Tomás, Aguilar és Leal, 1993), japán (Kitamura és Suzuki, 2006), holland (Arrindell, Hanewald és Kolk, 1989), francia (Mohr, Preisig, Fenton és Ferrero, 1999) – lefordították és jó reliabilitás és validitás jellemzőit igazolták. A Parker és mtsai. (1979) által kidolgozott verzió két faktorból, a gondoskodásból (szeretet, törődés vs. elutasítás) és túlvédésből (önállóság, függetlenség bátorítása vs. korlátozás) áll.

A kérdőív H-PBI néven ismert magyar adaptációja Tóth és Gervai (1999) szerzőpáros nevéhez kötődik. A hazánkban felvett adatokból – más kutatások eredményeivel összhangban (ld. Cubis, Lewin és Dawes, 1989; Murphy, Brewin és Silka 1997 id. Tóth és Gervai, 1999) – három fő faktort lehetett elkülöníteni, melyek a szeretet-törődés, túlvédés és a korlátozás nevet kapták. Ennek alapján a szerzők a kérdőív 25 tételét

három skálába rendezték, az egyes skálaértékeket az adott tételekre kapott pontszámok összege adja (Szeretet-törődés: 0-36; Túlvédés: 0-21; Korlátozás: 0-18). Cronbach-alfa értékek mindhárom skálára kiszámolva 0,92, 0,82 és 0,83 voltak.

Jelen kutatásunkban a vizsgálatban résztvevők az anyára vonatkozóan töltötték ki a kérdőívet.

4.2.3.2.10. Társas támasz kérdőív (*Medical Outcomes Study – Social Support Survey, MOS SSS*)

A MOS SSS a társas támogatás mértékének mérését szolgáló kérdőíves eljárás. Megalkotói, Sherbourne és Stewart (1991) egy rövid, többdimenziós, a társas támasz különböző formáinak differenciálására képes önkitöltő eszköz kidolgozására törekedtek. A véglegesített változat a két évig tartó Medical Outcomes Study-ban résztvevő 2.897 fő, krónikus panaszokkal küzdő páciens-től nyert adatok elemzésére épül. A szerzők a mérőeszköz kialakításakor legfőbb szempontnak a támogatás észlelt hozzáférhetőségét tartották. A MOS SSS 20 tételt tartalmaz, egy a társas támaszt nyújtó szociális háló kiterjedtségét, míg 19 az érzelmi és információs-, az instrumentális vagy kézzelfogható-, pozitív szociális interakción alapuló- és affektív támasz valamely formájára kérdez rá. A kitöltőnek azt kell eldöntenie egy ötfokú Likert-skálán – ahol az 1 a soha, az 5 a mindig -, hogy az adott támaszfajta milyen gyakran áll rendelkezésére. Ennek megfelelően az elérhető pontszám 19 és 95 között alakulhat; a magasabb érték erősebb támogatást jelent. Az eredeti kérdőív jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik, a társas támasz mérésének megbízható (Cronbach-alfa: 0,97; alsókálák Cronbach-alfa értékei: 0,91-0,96) és érvényes eszköze (Sherbourne és Steeart, 1991).

Ezt megerősítik számos kultúrkörben zajló, MOS SSS adaptációjával kapcsolatos más munkák is, úgy, mint malaysiai (Rushidi, Amir és Mahmood, 2004), Kanadában angol és francia (Robitaille, Orpana és N. McIntosh, 2011), kínai (Yu, Lee és Woo, 2004) kutatások eredményei.

Magyar adaptációja nem ismert. Jelen kutatásból nyert adatokat elemezve, a kérdőív megbízhatósága magas (Cronbach-alfa: 0,96; alsókálák Cronbach-alfa értékei: 0,86-0,95). Magyar nyelvre Forgács és Németh (é.n.) fordította, jelen kutatásban - az általunk eszközölt kisebb változtatásokkal – ez a verzió került felhasználásra.

Kérdőív* *betűrendben	Szerzők Magyar adaptáció	A mérőeszköz főbb jellemzői					Adatfelvétel	
		Mért változó	x ¹ :y ²	Tételek	Értékelés	Cronbach- α ³	I. fázis	II. fázis
CD-RISC	Conor és Davidson (2003) Gy. Kiss és mtsai. (2012)	Reziliencia Alsk. pl. Szívósság, Kontroll	1:5 -	25	5 fokú Likert- skála ⁴ (0-4)	0,89 0,94	✓	
DAS	Spanier (1976) Sz. Makó és Deák (2013) ⁵ , Vajda (2011) ⁵	Párkapcsolati alkalmazkodás Alsk. pl. Konszenzus, Elégedettség	1:4 u.a.	32	5-6-7 fokú Lks., (0- 4,5,6), 2 item dichotóm	0,96 0,95	✓	✓
HADS	Zigmond és Snaith (1983) Muszbek és mtsai. (2006); Tiringér és mtsai. (2008)	Szorongás, Depresszió	2:0 u.a.	14	4 fokú Lks. (0-3)	0,83; 0,82 >0,82; >0,81	✓	✓
HPBI	Parker, Tupling és Brown (1979) Tóth és Gervai (1999)	Szülői bánásmód Szeretet, Tülvédés, Korlátozás	2:0 3:0	25	4 fokú Lks. (0-3)	0,74 - 0,88 0,82 – 0,92	✓	
MMPK	Oláh (2005)	Coping stratégiák Alsk. pl. Problémacentrikus, Önbüntető	8:0	51	4 fokú Lks. (1-4)	0,5 – 0,75	✓	
MOS SSS	Shebourne és Stewart (1991) Sz. Makó (nem publikált) ⁵	Társas támasz Alsk. pl. Érzelmi/információs, Kapcsolati	1:4 u.a.	19+1	5 fokú Lks. (1-5)	0,97 0,96	✓	
NEO-PI-R⁶	Costa és McCrae (1992) Juhász (2002)	Személyiségjellemzők Sk. pl. Neuroticizmus	5:30 u.a.	240	5 fokú Lks. (1-5)	0,86-0,92 0,73-0,87	✓	
PDS	Foa, Cashman, Jaycox és Perry (1997) Perczel Forintos és mtsai. (2005)	Poszttraumatikus stressz betegség	1:0 u.a.	49 17+5	4 fokú Lks. (0-3)	- -		✓
P-LES	Paykel, Prusoff és Uhlenhurth (1971) Tringer és Veér (1977)	Stressz-hatású életesemények	1:0 1:5	61 64 (28)	21 fokú Lks. (0-20) 7 fokú Lks. (1-7)	- -	✓	
SCL-90R	Derogatis (1977) Unoka és mtsai. (2004)	Pszichés- és szomatikus szimptomák⁷	9:0 u.a.	90	5 fokú Lks. (0-4)	0,71-0,85 0,73-0,97		✓

¹x: skálák, ²y= alskálák; ³A táblázat a fő skálákra vonatkozó Cronbach- α értékeket tartalmazza; ⁴Továbbiakban rövidítve: Lks.; ⁵Elsődlegesen nem a kérdőív adaptációját célzó kutatásból származó adatok; ⁶A kérdőív 5 fő skálája közül jelen kutatásban a neuroticizmus adatai kerültek elemzésre; ⁷A kérdőív további három index illetve mutató számítására is lehetőséget kínál

8. táblázat. A művi abortusz pszichológiai vonatkozásait vizsgáló kutatásban alkalmazott kérdőívek főbb jellemzőinek összefoglaló táblázata.

4.2.3.3. Interjú

Fél évvel a beavatkozást követően az érintett nőkkel interjú készült az eseményt követő feldolgozási folyamatok jellemzőire fókuszálva. Jelen munka nem tartalmazza az interjúból nyert információk feldolgozását, az eredményeket külön tanulmányban tervezzük megjelentetni.

4.2.4. Statisztikai elemzés

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS 17.0 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; Chi² próba; korrelációs vizsgálatok; egy- és többszemponos, összetartozó- és függetlenmintás varianciaanalízis, Bonferroni-féle páros összehasonlítás, valamint lépésenkénti többszörös lineáris regresszió-analízis. Varianciaanalízis esetén, ahol a szórás homogenitás nem teljesült, a Robust-tesztet használtuk.

4.3. Kutatási eredmények

4.3.1. A művi abortusz rövid távú pszichológiai jellemzői

4.3.1.1. Szituatív tényezők és a nők mentális állapota a művi vetélés idején

4.3.1.1.1. Szorongás és depresszió a műtéti beavatkozáskor

A kórházi tartózkodás idején mért *szorongás* átlaga a kutatásban résztvevők teljes csoportjára (N=118) nézve 10,04 (SD:4,28), míg a *depresszióé* 7,08 (SD: 4,81).

Jelen eredmények összehasonlításra kerültek a várandóssági esemény kapcsán ugyancsak érintett, a gyermekvárás időszakában lévő kismamák normál populációjának értékeivel (Sz. Mako és Deak, 2013), valamint nőgyógyászati műtét előtt álló nők csoportjainak szorongás és depresszió átlagaival (Tóth, Sz. Makó, Deák és Vajda, 2011). A részletes eredményeket a 9. táblázat tartalmazza.

Vizsgálati csoport	Szorongás		Depresszió	
	M	SD	M	SD
Művi abortusz (N=118)	10,04	4,28	7,08	4,81
Várandós nők (N=307)	5,19	3,68	2,89	2,69
Nőgyógyászati műtétes (N=60)	10,95	2,96	5,9	2,26

9. táblázat. A HADS-sal mért szorongás és depresszió átlagai és szórás értékei művi abortuszra váró, várandós és nőgyógyászati műtét előtt álló nők körében.

A vizsgálati csoportok közötti különbség mind a szorongás ($F[2; 153,86]=119,23$; $p<0,001$), mind a depresszió ($F[2; 145,77]=70,41$; $p<0,001$) tekintetében szignifikáns. Ezen belül a művi abortuszon átesettek és a nőgyógyászati műtétes csoport szorongás és depresszió skálán elért átlagai különböznek statisztikailag jelentősen a várandós nőktől, ez utóbbiak mindkét klinikai változó esetében lényegesen alacsonyabb értékekkel voltak jellemezhetőek; ezzel szemben a vizsgálati csoport e tekintetben sokkal nagyobb hasonlóságot mutatott a nőgyógyászati műtetre váró nők körével (ld. 9. táblázat).

A terhességmegszakítás előtt álló nők jelentős többsége (68,6%; $N=81$) a klinikai határérték feletti szorongásszinttel rendelkezett; s csak kisebb hányaduk (31,4%; $N=37$) esetén volt ez az érték 7 vagy annál kevesebb, azaz tartozott a normál tartományba.

A depresszió vonatkozásában valamivel mérsékeltebb értékeket kaptunk, magyarországi eredmények adatainak (Tiringer és mtsai., 2008) figyelembevételével 9 ponttól meghúzva az övezethatárt, a művi abortuszon átesett nők 35,6 százaléka ($N=42$) mutatta a klinikai értelemben vett depresszió jegyeit; míg ha a nemzetközi szakirodalomban (Snaith, 2003) meghatározott tartományokat (normál $<8\leq$ klinikai zavar) vettük alapul, akkor ez az érték 47,5 százalékra ($N=56$) nőtt.

4.3.1.1.2. Félelmek a műtéti beavatkozás idején

A megkérdezett nők mindössze 17,8 százaléka ($N=21$) nem számolt be félelemről a művi abortusz kapcsán, s jelentős többségük (82,2 %; $N=97$) egy vagy több tényezővel kapcsolatos félelmet fogalmazott meg. A résztvevőket egyben arról is megkérdeztük, hogy ha vannak félelmeik, azok milyen természetűek. A kapott válaszokat három független értékelő csoportosította, melynek alapján 6 fő kategória volt létrehozható, ezek: félelem az invazív beavatkozástól (1), a későbbi esetleges szövődményektől (2), az invazív beavatkozástól és későbbi szövődményektől együttesen (3), a haláltól (4), a haláltól és bármely más tényezőtől (invazív beavatkozástól vagy szövődménytől) együttesen (5), és egyéb, a fentiekbe nem besorolható okoktól (6).

Ennek alapján a teljes minta 20,3 százaléka (N=24) az invazív beavatkozástól, vagy annak valamely tényezőjétől – például tüszúrástól, altatástól – félt. A nők 23,7 százaléka (N=28) a későbbi szövődményektől, azon belül is a majdani esetleges gyermekvállalást negatívan befolyásoló kimeneteli lehetőségektől tartott. A résztvevők 12,7 százaléka (N=15) pedig mindkét, fentiekben leírt okot megemlítette. A nők 13,6 százaléka (N=16) a halált is megjelölte – vagy önmagában (6,8%; N=8), vagy valamely más tényezővel együttesen (6,8%; N=8) –, mint félelmének forrását. Az egyéb változókat megnevezők százalékos aránya 11,9 (N=14) volt.

Azok a kutatásban résztvevő nők, akik a művi abortusz idején félelmekről számoltak be – szemben azokkal, akik nem -, magasabb szorongásértékeket értek el ($M_{\text{van félelme}}: 10,49; SD: 4,05; M_{\text{nincs félelme}}: 8,24; SD: 4,84$) ($t[115]=-2,23, p<0,05$). A depresszió kapcsán – a beavatkozás idején történő felmérés eredményeit figyelembe véve - ez a különbség a két csoport között nem nyert alátámasztást ($M_{\text{van félelme}}: 7,36; SD: 4,67; M_{\text{nincs félelme}}: 6,05; SD: 5,34$) ($t[115]= -1,14, p>0,05$). A 10. táblázat a műtéti beavatkozás idején mért szorongás és depresszió félelmek típusa szerinti átlag és szórás értékeit tartalmazza. A félelem háttérben álló okok mindegyike esetén a klinikai határérték feletti szorongás volt mérhető; míg a normál övezetnél magasabb depressziót a haláltól és bármely más tényezőtől való félelmet együttesen jelzők mutattak.

A félelem típusa	Szorongás		Depresszió	
	M	SD	M	SD
...az invazív beavatkozástól	9,62 ^k	3,67	7,46	4,56
...a későbbi szövődményektől	9,89 ^k	3,62	6,43	4,25
...az invazív beavatkozástól és a későbbi szövődményektől	12,13 ^k	4,36	8,47	5,77
...a haláltól	11,87 ^k	4,99	7,00	3,12
...a haláltól és bármely más tényezőtől	12,12 ^k	3,39	10,00 ^k	4,00
...egyéb	9,61 ^k	4,65	6,54	5,42

M^k: klinikai határérték feletti átlag

10. táblázat. A félelmek típusa szerinti szorongás és depresszió átlagok és szórás értékek.

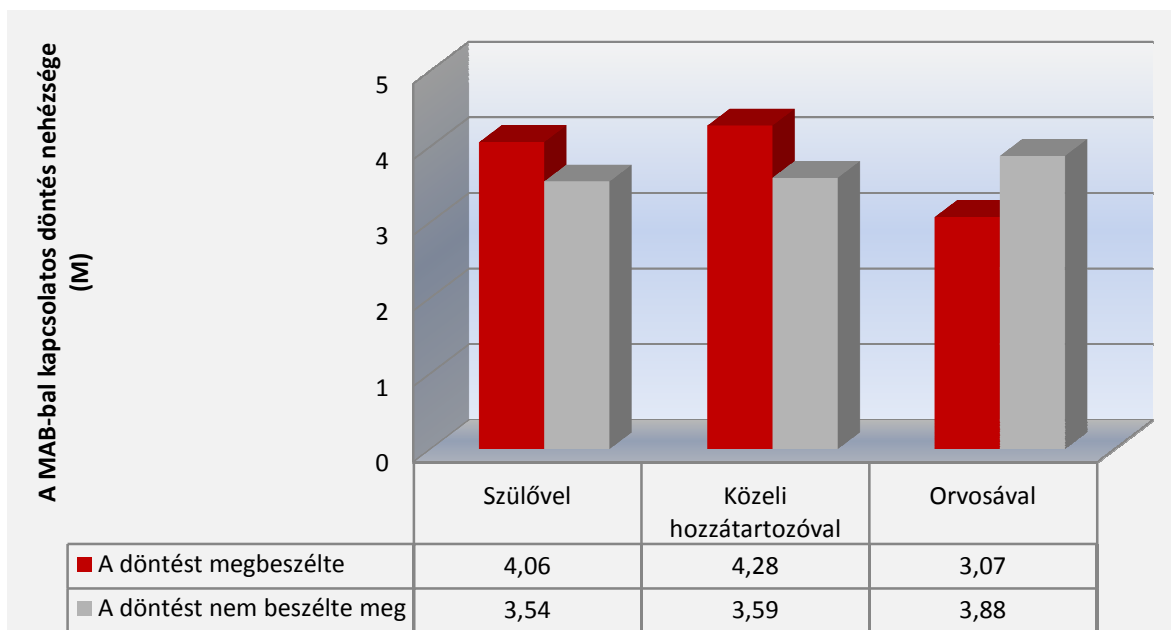
Azon nők csoportja, akik félelmekről számoltak be a terhességmegszakítás kapcsán, átlagosan nehezebbnek ítélték a beavatkozás melletti döntéshozatalt ($M_{\text{van félelme}}: 3,89; SD: 1,28; M_{\text{nincs félelme}}: 3,17; SD: 1,5$) ($t[112]=-2,2; p<0,05$).

4.3.1.1.3. A döntéshozatal és a művi abortusz melletti és elleni érvek

A nők az abortusz melletti döntés nehézségét egy 1-től 5-ig terjedő skálán jelölve átlagosan 3,76 pontra (SD: 1,34) értékelték. A nők többsége számára (63,9%, N=76) a döntéshozatal nehéznek, illetve nagyon nehéznek bizonyult, 16 százalékuk (N=19) közepes értéket jelölt és 16 százalék (N=19) nyilatkozott úgy, hogy számára a döntéshozatal egyáltalán nem vagy enyhe mértékben okozott nehézséget.

A nők 79 százaléka (N=94) döntését megbeszélte partnerével; 44,5 százaléka (N=53) szülei valamelyikével; 24,4 százaléka (N=29) közeli hozzátartozóval; 37,8 százalék (N=45) közeli baráttal; 4,2 százalék (N=5) munkatárssal és 13,4 százalék (N=16) orvosával; a nők 3,4 százaléka (N=4) senkivel sem beszélt az abortuszról; s 1,6 százalék (N=2) egyéb személyt jelölt meg.

Amennyiben az érintett nők döntésüket megbeszélték szüleikkel ($t[112]=-2,09$; $p<0,05$) vagy közeli hozzátartozójukkal ($t[112]=-2,44$; $p<0,05$), nehezebbnek ítélték a döntéshozatalt, szemben azokkal, akik ezt nem tették meg. Ezzel ellentétben azok számára, akik orvosukkal beszéltek meg ($t[112]=2,19$; $p<0,05$) könnyebbnek bizonyult az abortusszal kapcsolatos döntés (ld. 1. diagram).



1. diagram. A művi abortusszal kapcsolatos döntéshozatal nehézsége, attól függően, hogy az érintett nő kivel beszélt meg.

Ha az érintett nő döntését megbeszélte orvosával, alacsonyabb mértékű depresszió jellemezte a beavatkozás idején, mint abban az esetben, ha ezt nem tette meg ($M_{\text{megbeszélte}}: 4,25; SD: 3,23; M_{\text{nem beszélt meg}}: 7,52; SD: 4,88$) ($t[116]=2,59; p<0,05$).

A nők átlagosan 1,91 érvet (SD: 0,84; min: 1; max: 4) jelöltek meg a terhesség megszakítása mellett és 0,6-ot (SD: 0,67; min: 0; max: 3) ellenében. A megkérdezettek 36,1 százaléka (N=43) egy; 39,5 százaléka (N=47) kettő; 20,2 százaléka (N=24) három és 3,4 százaléka (N=4) négy terhességmegszakítás melletti érvet említett. Az esetek egy jelentős részében (48,7%, N=58) a terhességmegszakítás ellenében nem neveznek meg érvet; a nők 42 százaléka (N=50) egy; 7,6 százaléka (N=9) kettő ellenérvet említett, s egy fő (0,8%) mondott hármat.

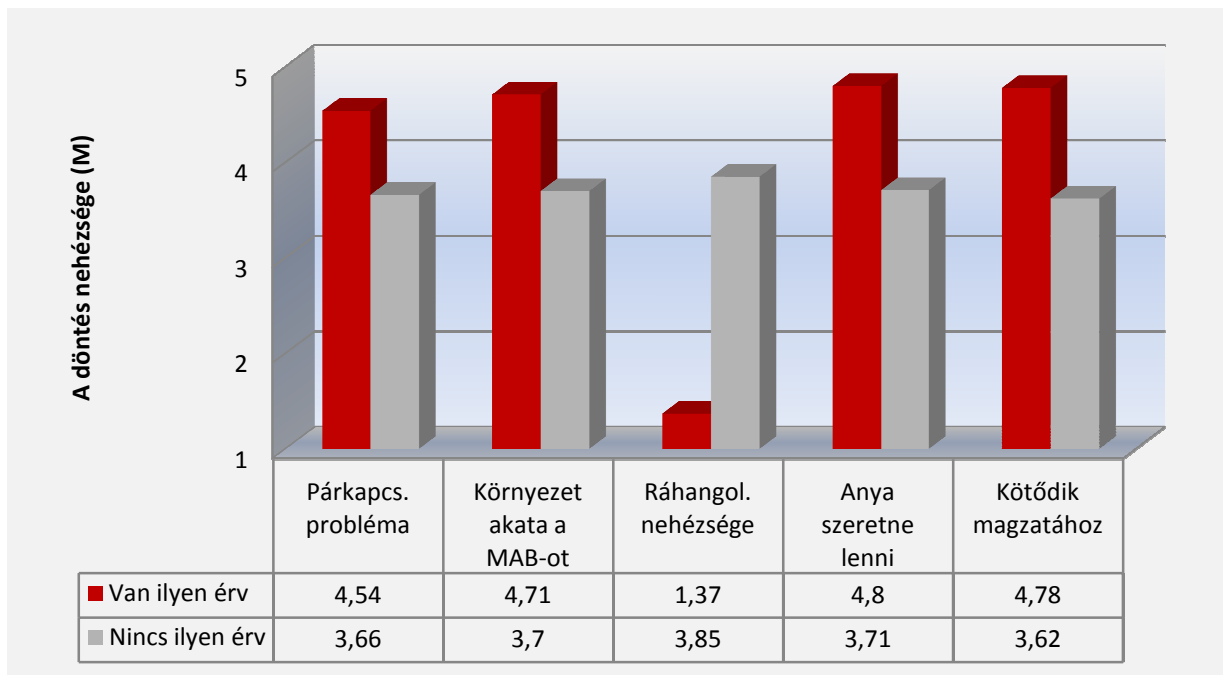
Míg a terhesség megszakítása mellett megnevezett indokok száma nem ($r=0,12; p>0,05$), addig az ellenében megfogalmazott érvek száma pozitívan korrelált mind a döntés nehézségével ($r=0,3; p<0,01$), mind a beavatkozás során megélt szorongás ($r=0,3; p<0,01$) és depresszió mértékével ($r=0,21; p<0,05$). A döntéshozatal nehézsége és a műtét idején mért szorongás ($r=0,32; p<0,01$) és depresszió ($r=0,24; p<0,05$) között ugyancsak pozitív korreláció volt.

A kutatásban résztvevő nők a művi vetéléssel összefüggésben álló érveik mindegyikét megnevezhették, melynek alapján a beavatkozás mellett szóló indokok közül 15, az ellenében szóló érvek közül pedig 8 volt megkülönböztethető. A 11. táblázat az egyes érvek vizsgálati csoportra jellemző százalékos előfordulását szemlélteti.

Érv a művi abortusz mellett	N	%	Érv a művi abortusz ellenében	N	%
Egzisztenciális, anyagi okok	80	67,2	Kötődés a magzathoz	14	11,8
Egyedülálló szülőség miatti aggodalom	26	21,8	Bűnösség érzése	14	11,8
Életkorra való hivatkozás	21	17,6	Szereti a gyermekeket	12	10,1
A várandósság, mint akadály célokban, tervekben	18	15,1	Félelem, hogy nem lehet többé gyermeke	7	5,9
A magzatot érintő egészségügyi problémák magas kockázata	15	12,6	Szeretne anya lenni	5	4,2
Párkapcsolati problémák	13	10,9	Meglévő gyermekének testvért szeretne	5	4,2
Befejezett családtervezés, egyéb családi kötelezettség	12	10,1	Ellenkező nemű gyermeket szeretne	5	4,2
Az anya egészségi állapota	8	6,7	A műtéti beavatkozástól való félelem	2	1,7
Környezete akarja a művi abortuszt	8	6,7	Egyéb	0	0
Segítség hiánya	5	4,2			
Érzelmileg nem tud ráhangolódni a gyermekvállalásra	4	3,4			
Nemrégiben szült	4	3,4			
Kezdődő ismeretség	3	2,5			
Szülői szerepekben való bizonytalanság	2	1,7			
Egyéb (pl. kezdődő ismeretség, segítség hiánya, bizonytalan apaság)	7	5,8			
Erőszak, abúzus, vérfertőzés	0	0			

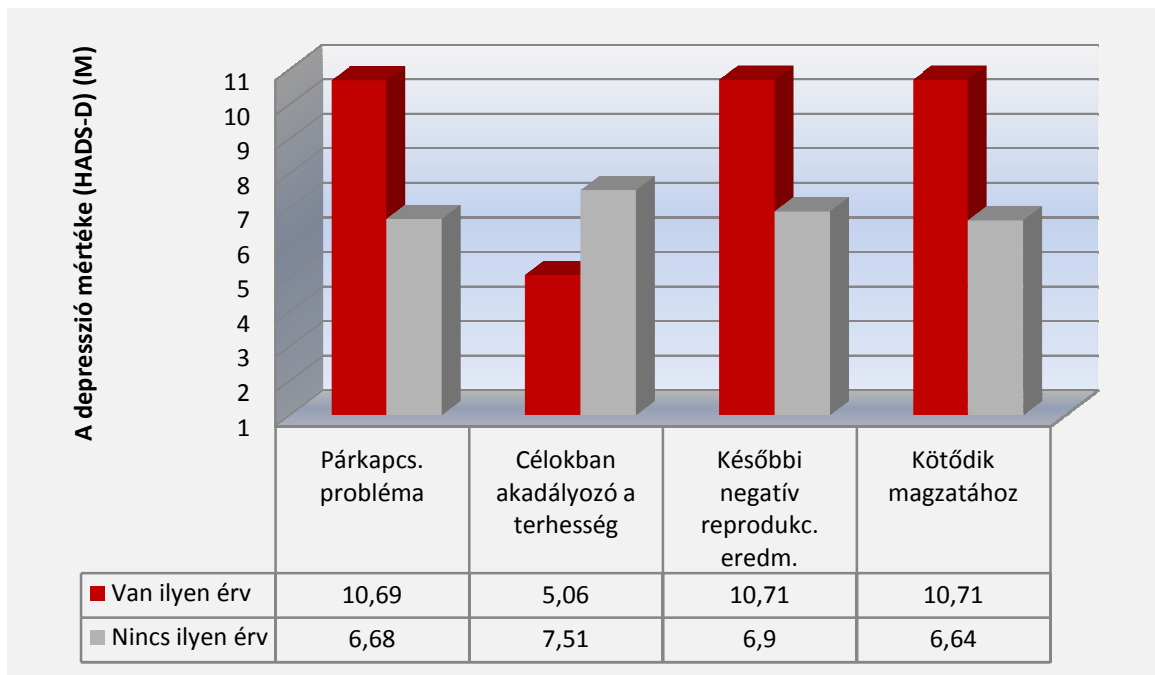
11. táblázat. A művi abortusz mellett és ellenében megfogalmazott érvek százalékos előfordulása.

Az abortusz melletti érvek tartalmi jellemzőit elemezve, nehezebbnek ítélték a döntéshozatalt azok a nők, akik párkapcsolati problémákat jeleztek ($t[39,93]=-4,4$; $p<0,001$), vagy ha valaki az érvek között említette, hogy a környezet akarta a terhesség megszakítását ($t[13,4]=-4,48$; $p<0,001$) és könnyebbnek, ha a várandósságra való ráhangolódás nehézségéről számoltak be ($t[112]=3,84$; $p<0,001$). Fokozódott a döntési nehézség, ha valaki az abortusszal szembeni ellenérvként hozta fel, hogy anya szeretne lenni ($t[7,99]=-4,55$; $p<0,01$), vagy azt, hogy kötődik magzatához ($t[60,69]=-6,56$; $p<0,001$) (ld. 2. diagram).

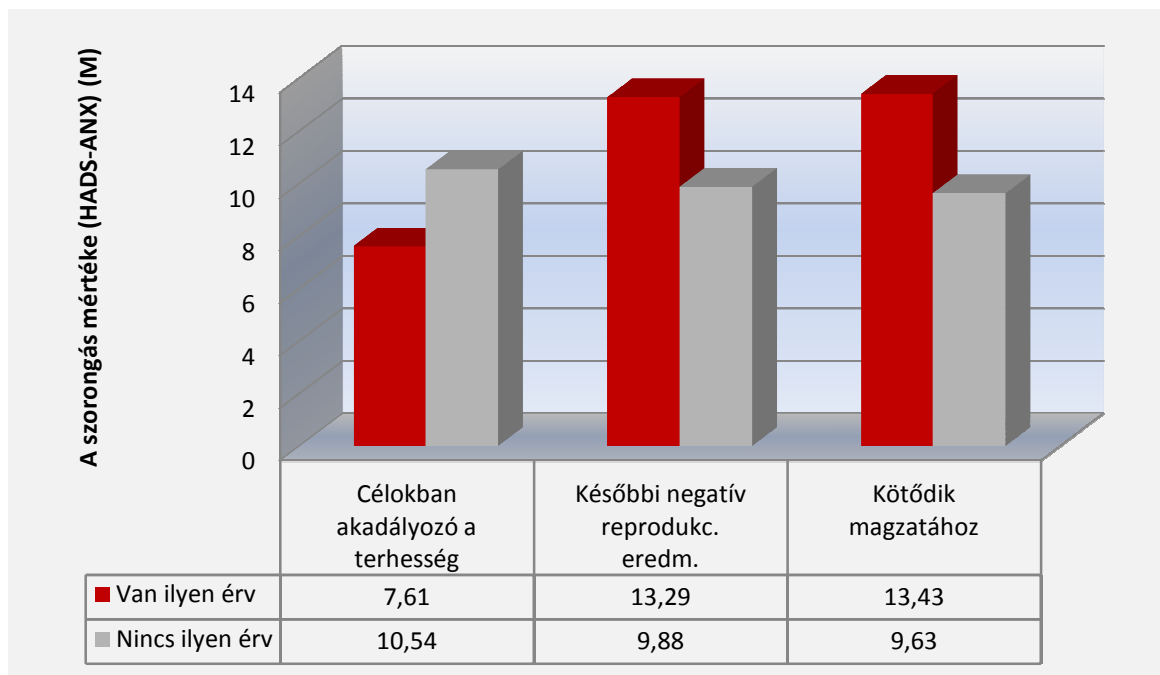


2. diagram. A döntés nehézsége az abortusz mellett és ellenében szóló érvek meglétének vagy hiányának függvényében.

Egyes érvek megléte vagy hiánya a beavatkozás idején mért szorongás és depresszió értékével ugyancsak összefüggésben áll. Így magasabb depresszió jellemezte azokat a nőket, akik az abortusz melletti érvek között párkapcsolati problémákat ($t[115]=-2,93$; $p<0,01$), az ellene szóló érveknél pedig a későbbi reprodukciós sikerességgel kapcsolatos aggodalmakat, félelmeket ($t[115]=-2,07$; $p<0,05$) és a magzathoz való kötődést ($t[115]=-3,09$; $p<0,01$) említették (ld. 3. diagram). Magasabb szorongást mutattak azok a vizsgálati személyek, akik az abortusz ellenében olyan érveket neveztek meg, miszerint tartanak attól, hogy későbbiekben nem lehet gyermekük ($t[115]=-2,07$; $p<0,05$), valamint kötődnek a magzathoz ($t[115]=-3,25$; $p<0,01$) (ld. 4. diagram). Azok a nők, akik a várandósságot, mint a célokban, tervekben történő akadályozó-tényezőt jelölték meg az abortusz melletti döntésük megerősítéseként, alacsonyabb szorongás ($t[115]=2,75$; $p<0,01$) és depresszió ($t[115]=2,02$; $p<0,05$) értékeket mutattak (ld. 3-4. diagram).



3. diagram. A művi beavatkozás idején mért depresszió mértéke az abortusz mellett és ellenében szóló érvek meglétének vagy hiányának függvényében.



4. diagram. A művi beavatkozás idején mért szorongás mértéke az abortusz mellett és ellenében szóló érvek meglétének vagy hiányának függvényében.

4.3.1.2. Kapcsolati változók és a nők mentális állapota a beavatkozás idején

4.3.1.2.1. Művi abortusz és párkapcsolati jellemzők a terhességmegszakítás idején

A párkapcsolati alkalmazkodás jellemzőivel kapcsolatos értékek, valamint más csoportok – úgy, mint várandós- és nőgyógyászati műtétre váró nők – átlagaival történő összehasonlításnak az eredményei a 12. táblázatban kerülnek szemléltetésre.

Párkapcsolati alkalmazkodás változója (DAS és alszkálái)	Vizsgálati csoport	M	SD	F
Konszenzus	Művi abortusz (N=115)	49,89	9,69	F[2; 462]=4,82**
	Várandós nők (N=304)	52,72	7,73	
	Nőgyógyászati műtétes (N=46)	51,56	8,94	
Érzelmek kifejezése	Művi abortusz (N=115)	9,63	2,22	F[2; 460]=2,29
	Várandós nők (N=304)	9,79	2,04	
	Nőgyógyászati műtétes (N=44)	9,07	2,24	
Elégedettség	Művi abortusz (N=115)	36,41	9,59	F[2; 111,32]=13,79***
	Várandós nők (N=304)	41,09	6,76	
	Nőgyógyászati műtétes (N=47)	38,02	6,98	
Kohézió	Művi abortusz (N=115)	16,36	4,17	F[2; 104,34]=9,31***
	Várandós nők (N=305)	17,97	3,33	
	Nőgyógyászati műtétes (N=47)	16,00	4,99	
Párkapcsolati alkalmazkodás (DAS összes)	Művi abortusz (N=115)	112,29	22,41	F[2; 95,55]=9,51***
	Várandós nők (N=302)	121,57	17,62	
	Nőgyógyászati műtétes (N=41)	113,49	21,86	

p<0,01; *p<0,001

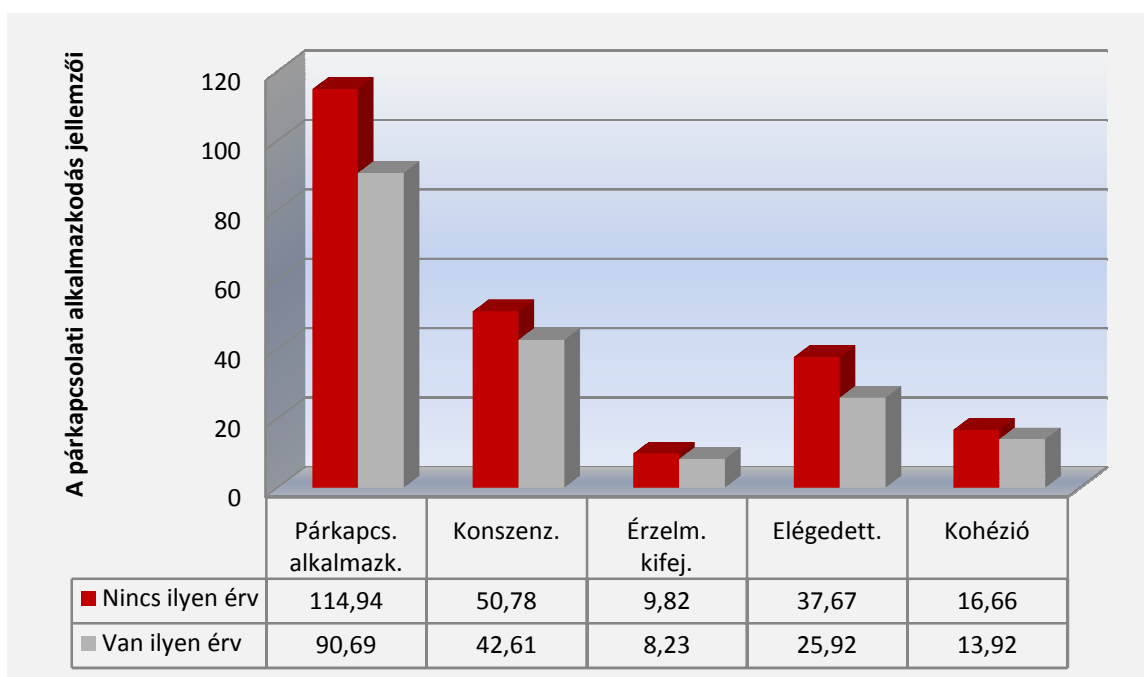
12. táblázat. A párkapcsolati alkalmazkodás átlagai és szórás értékei művi abortuszra váró, várandós és nőgyógyászati műtét előtt álló nők körében.

A művi abortuszon átesett nők a konszenzus, az elégedettség, a kohézió és a párkapcsolati alkalmazkodás összesített mutatójában különböztek a várandós nők csoportjától; az átlagok minden esetben a terhességmegszakítás mellett döntőknél voltak alacsonyabbak (ld. 12. táblázat).

A párkapcsolati alkalmazkodás és a beavatkozás idején mért szorongás között negatív korreláció volt ($r=-0,36$; $p<0,01$), akárcsak az alkalmazkodás jellemzőit meghatározó további skálák – úgy mint, a konszenzus ($r=-0,28$; $p<0,01$), az érzelmek kifejezése ($r=-0,37$; $p<0,01$), a párkapcsolati elégedettség ($r=-0,37$; $p<0,01$) és a kohézió ($r=-0,22$; $p<0,05$) – mindegyike esetén.

A szorongáshoz hasonlóan, fordított kapcsolat volt megfigyelhető a depresszió és a párkapcsolati alkalmazkodást mérő egyes változók között is, így a rossz hangulat negatívan korrelált a párkapcsolati alkalmazkodással ($r=-0,37$; $p<0,01$), a konszenzussal ($r=-0,33$; $p<0,01$), az érzelmek kifejezésével ($r=-0,32$; $p<0,01$), az elégedettséggel ($r=-0,35$; $p<0,01$), valamint a kohézióval ($r=-0,24$; $p<0,05$).

Emellett a párkapcsolati elégedettség ($r=-0,25$; $p<0,01$) és a párkapcsolati alkalmazkodás ($r=-0,22$; $p<0,05$) is negatívan korrelált az abortusz mellett hozott döntés nehézségével. Abban az esetben, ha egy nő kapcsolati problémákat jelölt meg a művi abortusz melletti döntés érveként, a párkapcsolati alkalmazkodás ($t[112]=3,88$; $p<0,001$) és annak minden dimenziója, a konszenzus ($t[112]=2,94$; $p<0,01$), az érzelmek kifejezése ($t[112]=2,47$; $p<0,05$), az elégedettség ($t[112]=4,49$; $p<0,001$), és a kohézió ($t[112]=2,26$; $p<0,05$) is alacsonyabb színvonalú volt (ld. 5. diagram).



5. diagram. A párkapcsolati alkalmazkodás jellemzői, ha az abortusz melletti döntést párkapcsolati probléma is indokolja.

Azok a nők, akik a művi vetélés kapcsán nem jeleztek félelmeket, átlagosan magasabb elégedettséggel jellemezték párkapcsolatukat, mint azok, akik valamilyen abortusszal kapcsolatos aggodalmat jeleztek ($M_{\text{nincs félelme}}: 41,45$; $SD: 6,99$; $M_{\text{nincs félelme}}: 35,24$; $SD: 9,76$) ($t[112]=2,7$; $p<0,01$).

A művi vetélés *szexuális életre* gyakorolt hatását a szeretkezések gyakoriságának és a szexuális együttlétekkel való elégedettségnek a függvényében vizsgáltuk. A vizsgálatban

résztevők hetente átlagosan 3,11 (SD: 2,15) szexuális együttlétről számoltak be, míg a terhesség beigazolódásától a műtéti beavatkozásig terjedő időszakban ez a szám 1,27-re (SD: 1,89) csökkent. A két érték közötti különbség statisztikailag jelentősnek mondható ($t[112]=10,08$; $p<0,001$).

A teljes minta 11,8 százaléka (N=14) a rosszulleteket; 11,8 százaléka (N=14) a nemi vágy csökkenését; 20,2 százaléka (N=24) negatív érzéseket (pl. szomorúság) jelölt meg; s 40,3 százalék (N=48) egyéb okokat (pl. zavaró gondolatok, a baba tudata, párkapcsolati problémák) nevezett meg a szexuális aktivitás csökkenésének vagy megszűnésének hátterében.⁹ A szexuális együttlétekkel való elégedettség ugyancsak számottevően – egy 5 fokú skálán értékelve 4,43 pontról 2,58-ra - csökkent a terhesség beigazolódását követően ($t[106]=9,65$; $p<0,001$).

A szexuális együttlétek gyakoriságában beállt változások alapján a nők három csoportját lehetett megkülönböztetni. A kutatásban résztvevők 41,2 százalékánál (N=49) átmenetileg vagy tartósan (pl. a kapcsolat megszakadása miatt) megszűnt a nemi élet; 31,1 százalék (N=37) az együttlétek számának csökkenésről számolt be; és 24,4 százalék (N=29) nem jelzett változást és egy esetben sem számoltak be növekedésről (N=0); a nők 3,4 százaléka (N=4) nem volt besorolható a fenti csoportokba. A csoportok között különbség mutatkozott az érzelmek kifejezésében ($F[2; 66,51]=3,6$; $p<0,05$); a Bonferroni-féle páros összehasonlítás alapján azon nők, akik nem jeleztek változást a szeretkezések gyakoriságában magasabb átlagot értek el (M: 10,46; SD: 1,99) azoknál, akiknél átmenetileg megszűnt a nemi élet (M: 9,11; SD: 2,35). Emellett a depresszióban is szignifikánsan különböztek a csoportok ($F[2; 66,73]=4,13$; $p<0,05$), a Bonferroni-féle páros összehasonlítás alapján a változást nem jelzők alacsonyabb depresszió értékeket mutattak (M: 5,14; SD: 3,76), mint a csökkenést jelzők (M: 8,19; SD: 5,84). Az egyes csoportok között nem volt különbség a szorongás ($F[2; 111]=1,78$, $p>0,05$), az abortusz mellett ($F[2; 112]=0,17$, $p>0,05$) és ellenében szóló érvek száma ($F[2; 112]=0,14$, $p>0,05$), valamint a döntéshozatal nehézsége ($F[2; 64,91]=0,85$, $p>0,05$) tekintetében.

A nők 4,2 százalékának (N=5) a partnere nem tudott a jelen terhességről és a megszakítás tényéről; 5,1 százalék (N=6) esetében pedig ellenezte a beavatkozást. A megkérdezettek 50 százalékánál (N= 59) párjuk egyetértett a művi abortusz melletti döntéssel; a terhességmegszakítás előtt állók 28,8 százaléka (N=34) jelezte, hogy partnere bármely irányú döntésében támogatja; és 7,6 százalék (N=9) volt azok aránya, akik esetén

⁹ A szexuális aktivitás csökkenésének hátterében egy résztvevő több okot is megjelölhetett.

a férfi szerette volna a terhesség megszakítását; a fentiekbe nem besorolható partneri viszonyulások az egyéb kategóriában 4,2 százalékot (N=5) tettek ki.

Ezen csoportok különböztek egymástól a párkapcsolati alkalmazkodás két skálájában: az érzelmek kifejezésében ($F[5; 108]=2,38; p<0,05$) és a párkapcsolati elégedettségben ($F[5; 108]=2,36; p<0,05$); azokban az esetekben, ahol a partner nem tudott a terhesség megszakításáról (M: 7,6; SD: 4,04) az érzelmek kifejezése rosszabb hatékonyságú, szemben azokkal a helyzetekkel, ahol a partner egyetértett a terhesség megszakításával (M: 10,00; SD: 1,87), vagy az érintett nőt bármelyirányú döntésében támogatta (M: 9,97; SD: 2,24), valamint alacsonyabb kapcsolati elégedettségről számoltak be azok a nők, akik esetén a partner szeretné a beavatkozást (M: 30,55; SD: 5,94), mint akik partnere egyetértett jelen terhesség megszakításával (M: 38,32; SD: 8,01). A terhesség megszakításának idején mért szorongás ($F[5; 111]=1,3; p>0,05$) és depresszió ($F[5; 111]=1,14; p>0,05$) vonatkozásában azonban nem volt eltérés a nők között attól függően, hogy a partner hogyan viszonyult a terhesség megtartásának vagy megszakításának kérdéséhez. Ehhez hasonlóan nem volt különbség a csoportok között az abortusszal kapcsolatos döntéshozatal nehézségének ($F[5; 15,01]=1,26; p>0,05$) megítélésében sem.

A vizsgálati minta 15,1 százaléka (N=18) partnerét egyáltalán nem érzékelte támogatónak, ezzel szemben 54,6 százalék (N=65) jelezte, hogy párja teljes mértékben támaszt jelent számára az abortusz időszakában. A beavatkozás idején tapasztalt partneri támogatás nők által megítélt mértéke közepesen erős korrelációt mutatott a párkapcsolati alkalmazkodással ($r=0,64; p<0,01$), továbbá azon belül a konszenzussal ($r=0,47; p<0,01$), érzelmek kifejezésével ($r=0,5; p<0,01$), a kapcsolati elégedettséggel ($r=0,67; p<0,001$), valamint a kohézióval ($r=0,51; p<0,01$). A partneri támasz megtapasztalása ugyancsak pozitívan korrelált a szeretkezések gyakoriságával ($r=0,23; p<0,05$) és a szexuális együttlétekllel való elégedettséggel ($r=0,36; p<0,01$) a terhesség és műtét körüli időszakban, és az elégedettség esetén azt megelőzően ($r=0,3; p<0,01$) is. A nők csoportjai, attól függően, hogy az abortusz kapcsán megfogalmaztak-e félelmeket vagy sem, nem különböztek annak tekintetében, hogy párjukat milyen mértékben tartották támogatónak a terhességmegszakítás idején ($t[35,61]=1,52; p>0,05$). Ugyanakkor a partneri támasz megtapasztalásának mértéke negatív kapcsolatban állt a beavatkozás idején mért szorongással ($r=-0,33; p<0,01$) és depresszióval ($r=-0,23; p<0,05$). A partneri támasz és a döntéshozatal nehézsége között nem volt korrelációs kapcsolat ($r=-0,07; p>0,05$). Azok a nők, akik az abortusz melletti döntésük indokaként párkapcsolati problémákat is jeleztek, alacsonyabb támaszt tapasztaltak a partner részéről a beavatkozás idején, szemben azokkal,

akik ezt az érvet nem említették ($t[114]=2,96$; $p<0,01$) ($M_{\text{van ilyen érv}}: 2,77$, $SD: 1,53$; $M_{\text{nincs ilyen érv}}: 4,04$, $SD: 1,45$).

4.3.1.2.2. A művi abortusz szülőkkel való megoszthatósága, arra adott szülői reakciók és a szülői bánásmód lehetséges összefüggései a döntéshozattal és a nők beavatkozás körüli mentális állapotával

A vizsgálatban résztvevő nők édesanyjukkal való kapcsolatukat a Szülői Bánásmód Kérdőív segítségével értékelték. A 13. táblázat tartalmazza az abortuszon átesett nők egyes skálákra adott átlag és szórás értékeit, összehasonlítva azokat a Tóth és Gervai (1999) által publikált, a magyar adaptáció során nyert, nők alcsoportjára vonatkozó normatív adatokkal. A két minta között nincs különbség az anyai szeretet-törődés dimenziójában, azonban a művi abortusz csoportjába tartozó nők – az országos reprezentatív mintához képest – kevésbé élték meg anyjukat túlvédőnek, s inkább jellemezték a vele való kapcsolatukat korlátozónak (ld. 13. táblázat).

Szülői bánásmód (HPBI) - Anyai	Vizsgálati csoport	M	SD	t
Szeretet-törődés	Művi abortusz (N=112) Országos reprezentatív minta ($N_{\text{nők}}=169$)	27,17 28,7	8,21 6,6	$t[111]=-1,97$
Túlvédés	Művi abortusz (N=112) Országos reprezentatív minta ($N_{\text{nők}}=169$)	7,26 9,1	4,8 4,8	$t[111]=-4,06^{***}$
Korlátozás	Művi abortusz (N=112) Országos reprezentatív minta ($N_{\text{nők}}=169$)	8,53 6,2	4,55 3,7	$t[111]=5,42^{***}$

*** $p<0,001$

13. táblázat. A szülői bánásmód átlagai és szórás értékei művi abortusz előtt álló nők és országos reprezentatív minta körében.

A szülői bánásmód jellemzői és a beavatkozás során mért szorongás ($p>0,05$) és depresszió ($p>0,05$), valamint az abortusszal kapcsolatos döntéshozatal nehézsége ($p>0,05$) nem korrelált. S a nők csoportjai a szülői bánásmód dimenzióiban (szeretet-törődés ($t[110]=0,71$; $p>0,05$); túlvédés ($t[110]=-0,26$; $p>0,05$); korlátozás: ($t[110]=-0,79$; $p>0,05$) nem különböztek attól függően, hogy a terhesség megszakításával kapcsolatosan fogalmaztak-e meg félelmeket vagy sem.

A művi vetelés idején a nők eltérően nyilatkoztak arról, hogy szüleik tudtak-e az aktuális terhességről, s amennyiben tudtak, hogyan reagáltak, illetve ha nem tudnak, hogyan reagáltak volna a megszakítás szándékára.

A kutatásban résztvevők 52,9 százalékánál (N=69) az anya tudott a fogantatásról és az abortuszról; 35,3 százalékuk (N=42) esetén nem volt tudomása az eseményről; s a megkérdezettek 11,8 százaléka (N=14) különböző okból kifolyólag nem válaszolt erre a kérdésre. Az anyák vélt vagy valós reakcióit illetően további három csoportba volt sorolható a minta, 58 százalék (N=69) nyilatkozott úgy, hogy édesanyja reakciója „pozitív”, azaz elfogadó és megértő az eseménnyel kapcsolatban; míg 21,8 százalék (N=26) „negatív”, elutasító, ellenző vélt vagy valós reakciót jelzett; s 8,4 százalék (N=10) esetén az anya már nem él, azaz viszonyulása pozitív-negatív vonatkozásban nem megítélhető, végül a fentiekben is már említett 11,8 százaléktól (N=14) nem érkezett válasz a kérdésben.

A megkérdezettek 37,8 százaléka (N=45) osztotta meg apjával az aktuális állapotot; 60,5 százalékuk (N=72) nem; s a nők 1,7 százaléka (N=2) nem válaszolt. A kutatásban résztvevők 35,3 százaléka (N=42) az apának „pozitív”, míg 34,5 százaléka (N=41) „negatív” reakciót tulajdonított. A nők 11,8 százalékánál (N=14) az apa nem élt, azaz nem volt megosztható az esemény, s 18,5 százalékuktól (N=22) nem érkezett válasz erre a kérdésre.

Azok a nők, akik édesanyjukkal megosztották jelen várandósság tényét, szeretetteljesebbnek és törődőbbnek jellemezték kapcsolatukat ($M_{\text{anya tudja}}: 29,34; SD: 6,42; M_{\text{anya nem tudja}}: 23,88; SD: 9,34$) ($t[66,03]=3,25; p<0,01$), s kevésbé tartották őt korlátozónak ($M_{\text{anya tudja}}: 7,62; SD: 3,97; M_{\text{anya nem tudja}}: 9,95; SD: 5,09$) ($t[72,45]=-2,45; p<0,05$) vagy túlóvónak ($M_{\text{anya tudja}}: 6,24; SD: 4,52; M_{\text{anya nem tudja}}: 8,85; SD: 4,81$) ($t[97]=-2,75; p<0,01$). A szeretet és törődés skála mentén eltértek a csoportok attól függően is, hogy a terhességmegszakításra adott anyai reakciót hogyan értékelték ($F[2; 18,97]=8,23; p<0,01$). A Bonferroni-féle páros összehasonlítás alapján a negatív anyai viszonyulást jelzők esetén volt a legalacsonyabb ez az érték, megkülönböztetve őket a másik két csoporttól ($M_{\text{negatív}}: 20,84; SD: 9,24; M_{\text{pozitív}}: 29,38; SD: 6,4; M_{\text{anya nem él}}: 27,78; SD: 8,36$).

A döntés nehézsége szerint különböztek a csoportok attól függően, hogy az anya tudott-e az eseményről, vagy sem, így azok a nők, akik édesanyjának tudomása volt az aktuális élethelyzetről, nehezebbnek ítélték meg az abortusszal kapcsolatos döntéshozatalt ($M_{\text{anya tudja}}: 4,02; SD: 1,22$), szemben azokkal, akik - bár különböző okoknál fogva, de - nem osztották meg ($M_{\text{anya nem tudja}}: 3,45; SD: 1,49$) terhességmegszakítási szándékukat

($t[99]=2,12$; $p<0,05$). Ez a különbség a csoportok között nem volt azonosítható az anya terhességmegszakításra adott reakciójától (negatív, pozitív, nem él) függően ($F[2; 98]=1,45$; $p>0,05$).

A beavatkozás idején mért szorongás ($t[102]=-0,15$; $p>0,05$) és depresszió ($t[102]=-0,83$; $p>0,05$) tekintetében a nők csoportjai nem különböztek, ezen klinikai változók értékei hasonlóan alakultak azok között, akik édesanyjukkal megosztották az eseményt és azok között, akik ezt nem tették. Ellenben a csoportok között a depresszió tekintetében statisztikailag számottevő különbség volt azonosítható az anyai reakcióval, illetve annak hiányával összefüggésben ($F[2; 101]=4,24$; $p<0,05$). A Bonferroni-féle páros összehasonlítás alapján azok a nők, akiknek nem élt az édesanyja és emiatt nem tudták vele megosztani az aktuális életeseeményt, a depresszió magasabb mértékét mutatva különböztek mind a pozitív, mind a negatív anyai reakciókat jelzők csoportjától ($M_{\text{anya nem él}}: 11,78$; SD: 5,45; $M_{\text{pozitív}}: 6,94$; SD: 4,76; $M_{\text{negatív}}: 6,81$; SD: 4,68).

A döntés meghozatalának nehézsége tekintetében nem volt különbség a nők csoportjai között, attól függően, hogy édesanyjuknak elmondták-e jelen terhesség megszakításának szándékát vagy sem ($t[110]=0,63$; $p>0,05$), s a csoportok között ugyancsak nem volt különbség az apák reakciójától függően sem ($F[2; 48,8]=1,87$; $p>0,05$).

Attól függően összehasonlítva a csoportokat, hogy az érintett nő apjának volt-e tudomása a terhesség megszakításáról, vagy nem, - az anyáknál kapott eredményekhez hasonlóan – nem volt kimutatható különbség sem a beavatkozás idején mért szorongás ($t[114]=-0,05$; $p>0,05$), sem a depresszió ($t[114]=0,45$; $p>0,05$) tekintetében. S az apák terhességmegszakításra adott reakciójának függvényében sem volt különbség a beavatkozás idején mért klinikai változók – azaz a szorongás ($F[2; 93]=0,56$; $p>0,05$) és depresszió ($F[2; 93]=0,18$; $p>0,05$) - mértékét illetően a vizsgálatban résztvevő nők egyes csoportjai között.

A nők 46,2 százaléka ($N=55$) jelezte, hogy szülei serdülőkorában tabuként kezelték a szexualitást; a megkérdezettek 42,9 százaléka ($N=51$) pedig arról számolt be, hogy szüleivel nyitottan beszélhetett a szexről. A kutatásban résztvevők fennmaradó százaléka (10,9%, $N=13$) egyéb, a fenti csoportokba nem sorolható szexualitáshoz kapcsolódó szülői viszonyulást jelzett. Azon nők, akiknek szülei tabuként viszonyultak a szexualitáshoz a szülői bánásmód szeretet-törődés skáláján ($M_{\text{tabu}}: 23,89$; SD: 9,01; $M_{\text{nyitott-megbeszélő}}: 31,1$; SD: 5,12) ($t[81,42]=-4,89$; $p<0,001$) alacsonyabb, míg a korlátozás ($M_{\text{tabu}}: 9,81$; SD: 4,65; $M_{\text{nyitott-megbeszélő}}: 6,63$; SD: 3,71) ($t[99]=3,78$; $p<0,001$) és túlvédés ($M_{\text{tabu}}: 8,73$; SD: 4,98;

$M_{\text{nyitott-megbeszélő}}$: 5,84; SD: 4,17) ($t[99]=3,16$; $p<0,01$) terén magasabb értékeket értek el, szemben a szexuális kérdésekben nyitott szülőket jelzőkkel. Azon nők körében, akik édesanyjukkal beszéltek az eseményről, közel kétszer annyian jelezték, hogy szüleikkel serdülőkorukban nyitottan lehetett beszélni a szexualitásról, szemben azzal, hogy tabuként kezelték a témát; míg ahol az anya nem tudott a beavatkozásról, jóval nagyobb volt azok aránya, akik úgy élték meg, hogy serdülőkorukban szüleik tabuként kezelték a szexszel kapcsolatos kérdéseket ($\chi^2=12,66$; $p<0,001$). Azoknál, akik édesanyjukat az abortusszal kapcsolatos döntés kapcsán támogatóknak érték meg, nagyobb arányban fordultak elő a szexualitásról serdülőkorban szüleikkel nyitottan beszélni tudók száma; míg azok körében, ahol az anya reakciója negatív, elutasító volt, vagy nem élt, négyszer illetve kétszer annyian voltak, akik azt jelezték, hogy a szexualitással kapcsolatos kérdések tabunak számítottak a családban ($\chi^2[2]=14,07$; $p<0,001$). Az, hogy a szülők tabuként vagy nyitottan kezelték a kérdést, sokkal inkább a művi vetélés előtti szexuális élettel, semmint a terhesség és abortusz körüli időszakot jellemző nemi élettel volt összefüggésben. Azaz azon nők, akik serdülőkorukban nyitottan tudtak beszélni a szexualitással kapcsolatos kérdéseikről szüleikkel, a terhességet megelőző időszakot illetően gyakoribb szexuális együttlétekről ($M_{\text{nyitott-megbeszélő}}$: 3,43; SD: 2,04; M_{tabu} : 2,62; SD: 1,84) ($t[101]=-2,13$; $p<0,05$) és magasabb szexuális élettel való elégedettségéről ($M_{\text{nyitott-megbeszélő}}$: 4,57; SD: 0,67; M_{tabu} : 4,24; SD: 0,98) ($t[103]=-2,01$; $p<0,05$) számoltak be, szemben azokkal, kiknél a származási családban tabuként kezelték a kérdést. Ezzel szemben sem a gyakoriság ($t[100]=1,07$; $p>0,05$), sem az elégedettség ($t[95]=0,59$; $p>0,05$) kapcsán nem volt különbség a két csoport között a műtét körüli időszakban.

4.3.1.2.2. *Társas támasz jellemzők és rövid távú hatások*

Az átfogóbb - partneri és szülői kapcsolatokon túl megjelenő – társas támogatottság jellemzők között szerepelt az érzelmi-információs-, a kézzelfogható-, a pozitív szociális interakción alapuló-, és az affektív támasz, valamint ezek összességéből eredő általános támogatottság azonosítása is. A 14. táblázat a Társas Támasz (MOS) kérdőív egyes skáláinak átlagait, szórását tartalmazza, összehasonlítva az eredményeket várandós- és nőgyógyászati műtétre váró nőktől nyert értékekkel. A kézzelfogható- és az affektív támasz tekintetében a várandós- és az abortuszon áteső nők különböztek egymástól, mindkét támaszforma alacsonyabb értékeivel volt jellemezhető ez utóbbi csoport.

Társas Támasz Kérdőív (MOS és alszkálái)	Vizsgálati csoport	M	SD	F
Érzelmi-információs	Művi abortusz (N=115)	33,92	6,69	F[2; 219]=0,77
	Várandós nők (N=50)	34,96	5,65	
	Nőgyógyászati műtétes (N=57)	35,03	6,64	
Kézzelfogható	Művi abortusz (N=115)	17,17	3,37	F[2; 122,96]=4,18*
	Várandós nők (N=50)	18,44	2,19	
	Nőgyógyászati műtétes (N=59)	17,61	3,65	
Pozitív szociális interakción alapuló	Művi abortusz (N=115)	16,68	3,28	F[2; 222]=1,2
	Várandós nők (N=50)	17,12	2,54	
	Nőgyógyászati műtétes (N=60)	17,45	3,55	
Affektív	Művi abortusz (N=115)	12,75	2,6	F[2; 125,88]=7,24***
	Várandós nők (N=50)	14,06	1,74	
	Nőgyógyászati műtétes (N=61)	13,25	2,63	
Társas támasz (MOS összes)	Művi abortusz (N=115)	80,52	14,46	F[2; 215]=1,86
	Várandós nők (N=45)	84,52	10,47	
	Nőgyógyászati műtétes (N=43)	83,2	14,84	

*p<0,05; ***p<0,001

14. táblázat. A társas támasz jellemzők átlagai és szórás értékei művi abortuszra váró, várandós és nőgyógyászati műtét előtt álló nők körében.

A műtét idején mért szorongás és társas támasz összesített értéke ($r=-0,27$; $p<0,01$), és minden egyes skálája (érzelmi-információs: $r=-0,2$; $p<0,05$; kézzelfogható támasz: $r=-0,2$; $p<0,05$; pozitív szociális interakció: $r=-0,33$; $p<0,01$; affektív támasz: $r=-0,28$; $p<0,01$) között gyenge erősségű, negatív irányú korreláció volt. Az érzelmi-információs támasz kivételével hasonló tendencia volt megfigyelhető a depresszió és a társas támasz különböző formái (társas támasz összesített: $r=-0,23$; $p<0,05$; kézzelfogható támasz: $r=-0,2$; $p<0,05$; pozitív szociális interakció: $r=-0,26$; $p<0,01$; affektív támasz: $r=-0,3$; $p<0,01$) között. A döntés nehézsége és társas támasz között korrelációs kapcsolat nem volt ($p>0,05$). Attól függően, hogy a nők beszámoltak-e félelmekről vagy sem a műtét kapcsán, az egyes csoportok nem mutattak eltérést a különböző támaszformák, - úgy, mint az érzelmi-információs ($t[23,19]=-1,07$; $p>0,05$), a kézzelfogható ($t[112]=-0,79$; $p>0,05$), a pozitív szociális interakció ($t[112]=-0,71$; $p>0,05$), az affektív- ($t[24,08]=-0,96$) és az összesített ($t[23,42]=-0,92$; $p>0,05$) társas támogatás - megtapasztalt mértékében.

Arra a kérdésre, hogy hány emberre számíthat, a 119 fős vizsgálati mintából pusztán 48 nő adott választ. Az egyes csoportok – mint a nőgyógyászati műtetre várók, a várandósok és az abortusz előtt állók - különböztek attól függően, hogy hány embert jelöltek meg ($F[2; 85,36]=3,45$; $p<0,05$). A művi vetelés kapcsán érintettek átlagosan kevesebb támaszforrásról számoltak be, mint a műtetre váró nők ($M_{\text{abortusz}}: 4,56$; $SD: 2,63$;

$M_{\text{m\u00fct\u00e9t}}$: 6,23; SD: 4,04). Az abortuszr\u00f3l \u00e1tlagosan 4,75 ember (SD: 2,89) tudott az \u00e9rintett n\u0151 környezet\u00e9ben. Sem a t\u00e1maszforr\u00e1sok-, sem a m\u00fct\u00e9t kapcs\u00e1n beavatottak sz\u00e1ma \u00e9s a szorong\u00e1s, a depresszi\u00f3, valamint az abortusszal kapcsolatos d\u00f6nt\u00e9shozatali neh\u00e9zs\u00e9g k\u00f6z\u00f6tt nem volt igazolható korrel\u00e1ci\u00f3s kapcsolat ($p>0,05$).

4.3.1.3. Egy\u00e9ni jellemz\u0151k \u00e9s a n\u0151k ment\u00e1lis \u00e1llapota a beavatkoz\u00e1s idej\u00e9n

4.3.1.3.1. Probl\u00e9mahelyzetekkel val\u00f3 megk\u00fcd\u00e9s, reziliencia \u00e9s a m\u00favi abortusz r\u00f6vid t\u00e1v\u00fa kimenetele k\u00f6z\u00f6tti összef\u00faggu\u00e9sek

A kutatásban résztvev\u0151 n\u0151k nehéz helyzetekkel szembeni megk\u00fcd\u00e9si jellemz\u0151inek, személyes er\u0151forr\u00e1saiknak felm\u00e9r\u00e9se a Megk\u00fcd\u00e9si M\u00f3d Preferencia K\u00e9rd\u0151\u00edvvel \u00e9s a Reziliencia Sk\u00e1l\u00e1val t\u00f6rt\u00e9nt. Vizsg\u00e1lati csoportunk a probl\u00e9macentrikus reag\u00e1l\u00e1s, fesz\u00falts\u00e9g kontroll, figyelemelterel\u00e9s, em\u00f3ci\u00f3f\u00f3kus \u00e9s em\u00f3ci\u00f3 ki\u00fcr\u00edt\u00e9s ter\u00e9n különb\u00f6z\u00f6tt az orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta \u00e1tlagait\u00f3l, mely coping mechanizmusok k\u00f6z\u00fcl ez ut\u00f3bbi eset\u00e9n alacsonyabb \u00e9rt\u00e9kkel, m\u00edg a t\u00f6bbin\u00e9l magasabb \u00e1tlagokkal b\u00edrta (ld. 15. t\u00e1bl\u00e1zat).

Megk\u00fcd\u00e9si M\u00f3d Preferencia K\u00e9rd\u0151\u00edv (MMP sk\u00e1l\u00e1i)	Vizsg\u00e1lati csoport	M	SD	t
Probl\u00e9macentrikus reag\u00e1l\u00e1s	M\u00favi abortusz (N=117)	3,03	0,48	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,77	0,38	5,77***
T\u00e1maszkeres\u00e9s	M\u00favi abortusz (N=117)	2,6	0,62	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,49	0,59	1,95
Fesz\u00falts\u00e9g kontroll	M\u00favi abortusz (N=117)	2,87	0,51	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,5	0,28	7,91***
Figyelemelterel\u00e9s	M\u00favi abortusz (N=117)	2,48	0,53	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,37	0,36	2,26*
Em\u00f3ci\u00f3f\u00f3kus	M\u00favi abortusz (N=117)	2,41	0,46	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,16	0,34	5,91***
Em\u00f3ci\u00f3 ki\u00fcr\u00edt\u00e9s	M\u00favi abortusz (N=117)	1,94	0,53	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,08	0,48	-2,76*
\u00d6nb\u00fcttet\u00e9s	M\u00favi abortusz (N=117)	2,22	0,55	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,31	0,55	-1,68
Belenyugv\u00e1s	M\u00favi abortusz (N=117)	2,09	0,57	t[116]=
	Orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta (N=632)	2,08	0,53	0,23
Reziliencia Sk\u00e1la (RS)	M\u00favi abortusz (N=117)	66,3	14,52	
	Norm\u00e1l kontroll (N=318)	68,78	13,25	t[111]=-1,8
	Kr\u00f3nikus beteg (N=246)	63,66	19,77	t[111]=-1,93

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

15. t\u00e1bl\u00e1zat. A megk\u00fcd\u00e9si m\u00f3d különb\u00f6z\u0151 form\u00e1inak \u00e9s a rezilienci\u00e1nak az \u00e1tlagai \u00e9s sz\u00f3r\u00e1s \u00e9rt\u00e9kei m\u00favi abortusz el\u0151tt \u00e1ll\u00f3 n\u0151k \u00e9s orsz\u00e1gos reprezent\u00e1t\u00edv minta k\u00f6r\u00e9ben.

A feszültségkontroll ($r=-0,27$; $p<0,01$) és a reziliencia ($r=-0,42$; $p<0,01$) negatívan, ezzel szemben az emóció kiürítés ($r=0,39$; $p<0,01$) és az önbüntetés ($r=0,38$; $p<0,01$) pozitívan korrelált a beavatkozás során mért szorongás mértékével. Ehhez hasonlóan a feszültségkontroll ($r=-0,35$; $p<0,01$), az emóciófókusz ($r=-0,2$; $p<0,05$), a reziliencia ($r=-0,48$; $p<0,01$) és a depresszió között negatív, míg az emóció kiürítés ($r=0,24$; $p<0,01$) és az önbüntetés ($r=0,23$; $p<0,05$) valamint a depresszió között pozitív korrelációs kapcsolat volt igazolható.

Továbbá a feszültségkontroll ($r=-0,25$; $p<0,01$) és a reziliencia ($r=-0,27$; $p<0,01$) negatívan korrelált a döntés nehézségével, ezzel szemben a támaszkeresés ($r=0,2$; $p<0,01$) és az önbüntetés ($r=0,23$; $p<0,05$) gyenge pozitív korrelációs kapcsolatot mutatott a döntéshozatali nehézséggel.

Az abortusszal kapcsolatos félelmek megléte illetve hiánya szerint csoportosítva a vizsgálatban résztvevő nőket, az aggodalmakat jelzőket a támaszkeresés ($M_{\text{van félelme}}: 21,44$; $SD: 4,57$; $M_{\text{nincs félelme}}: 18,29$; $SD: 5,77$) ($t[114]=-2,72$; $p<0,01$) és az emóció kiürítés ($M_{\text{van félelme}}: 15,97$; $SD: 4,34$; $M_{\text{nincs félelme}}: 14,05$; $SD: 3,02$) ($t[40,59]=-2,41$; $p<0,05$) magasabb átlagai jellemezték.

4.3.1.3.2. Neuroticizmus, valamint korábbi pszichés problémák és a művi abortusz rövid távú hatásai közötti összefüggések

Tekintettel arra, hogy a NEO-PI-R kérdőív hazai leíró-statisztikai feldolgozása folyamatban van, a vizsgálati csoport átlag és szórás értékeinek más mintákkal történő összehasonlításától ehelyütt eltekintünk.

A neuroticizmus a döntéshozatal nehézségével nem ($p>0,05$), addig mind a beavatkozás idején mért szorongással ($r=0,47$; $p<0,01$), mind a depresszió mértékével ($r=0,36$; $p<0,01$) pozitív korrelációs kapcsolatban állt. Ezen eredményeket mintegy kiegészíti, hogy azon nőket, akik életük folyamán lelki eredetű problémákról számoltak be, a beavatkozáskor magasabb szorongás ($M_{\text{pszichés probléma volt}}: 11,39$; $SD: 3,98$; $M_{\text{pszichés probléma nem volt}}: 9,52$; $SD: 4,3$) ($t[116]=-2,17$; $p<0,05$) és neuroticizmus ($M_{\text{pszichés probléma volt}}: 147,51$; $SD: 21,76$; $M_{\text{pszichés probléma nem volt}}: 137,36$; $SD: 22,01$) ($t[112]=-2,24$; $p<0,05$) értékek jellemezték. Kiemelendő, hogy a szorongás mértéke a korábbiakban előforduló lelki problémák meglététől vagy azok hiányától függetlenül, mindkét csoportnál a klinikai jelzőérték felett húzódott.

4.3.1.4. Demográfiai változók és egyéni élettörténeti események a művi abortusz rövid távú hatásaival összefüggésben

4.3.1.4.1. Demográfiai jellemzők és a művi abortusz rövid távú kimenetele közötti összefüggések

A kutatásban résztvevő nők életkora és a szorongás ($r=0,09$; $p>0,05$), a depresszió ($r=0,08$; $p>0,05$) és a döntéshozatal ($r=-0,05$; $p>0,05$) között nem volt igazolható korrelációs kapcsolat. Ehhez hasonlóan az iskolai végzettség szerinti csoportosítás esetén sem különböztek az egyes csoportok a szorongás ($F[2; 115]=0,02$; $p>0,05$), a depresszió ($F[2; 115]=0,09$; $p>0,05$) és a döntéssel járó nehézség tekintetében ($F[2; 111]=0,14$; $p>0,05$).

A nők családi állapotától függően – azaz, hogy az érintett nő egyedülálló, kapcsolatban-, élettársi- vagy házastársi viszonyban él-e – nem volt különbség az egyes csoportok között sem a beavatkozáskor mérhető szorongás ($F[3; 114]=1,55$; $p>0,05$), sem a depresszió ($F[3; 114]=0,68$; $p>0,05$), sem a döntéshozatal nehézségének megítélésében ($F[3; 110]=0,26$; $p>0,05$). Ugyanakkor, ha az abortusz idején egyedülálló és nem egyedülálló nők csoportját hasonlítottuk össze a három változó mentén, akkor az egyedülállók magasabb szorongást mutattak szemben azokkal, akik valamilyen kapcsolati státuszban éltek ($M_{\text{egyedülálló}}: 11,76$; $SD: 3,92$; $M_{\text{nem egyedülálló}}: 9,5$; $SD: 4,27$) ($t[116]=-2,3$; $p<0,05$).

A gyermekkel még nem rendelkező és a gyermekkel már rendelkező nők csoportja sem különbözött egymástól a szorongás ($t[116]=0,12$; $p>0,05$) és depresszió ($t[116]=0,94$; $p>0,05$) kórházi tartózkodás idején mért szintjében, és a döntéshozatal nehézségének megítélésében ($t[112]=0,69$; $p>0,05$). Attól függően, hogy korábban volt-e már abortuszuk, vagy sem, nem volt különbség a szorongás ($t[116]=0,03$; $p>0,05$), a depresszió ($t[116]=0,9$; $p>0,05$) és a döntési nehézség ($t[112]=-1,06$; $p>0,05$) tekintetében a nők csoportjai között.

4.3.1.4.2. Élettörténeti események és a művi abortusz rövid távú kimenetele közötti összefüggések

A kutatásban résztvevő nők a Paykel-féle (1970) Életesemény Kérdőív rövidített változatának kitöltésével különböző, az életük egésze során vagy az elmúlt egy év folyamán megtörtént életeseményeket és azok érzelmi hatását jelölték. A kérdőív által megnevezett 28 életesemény előfordulásának százaléka, valamint a nők által értékelt hatásának átlaga és szórása a 16. táblázatban került részletezésre. A megkérdezettek

legalább egy harmadát érintő - életük folyamán előforduló - események közé tartoznak a különböző veszteségélmények, úgy, mint közeli hozzátartozó halála; magzat elvesztése; vagy viták, veszekedések a partnerrel; életszínvonalban bekövetkező változások; lakóhelyváltozások. Az elmúlt egy év többeket érintő történései között is szerepelnek ugyancsak a partnerkapcsolatban megtapasztalt konfliktusok; elválás, különélés a partnertől; az életszínvonalbeli változások; költözés. Míg érzelmileg legerőteljesebb hatást kiváltók a különböző halálesemények és a közeli hozzátartozó felől érkező abúzusok.

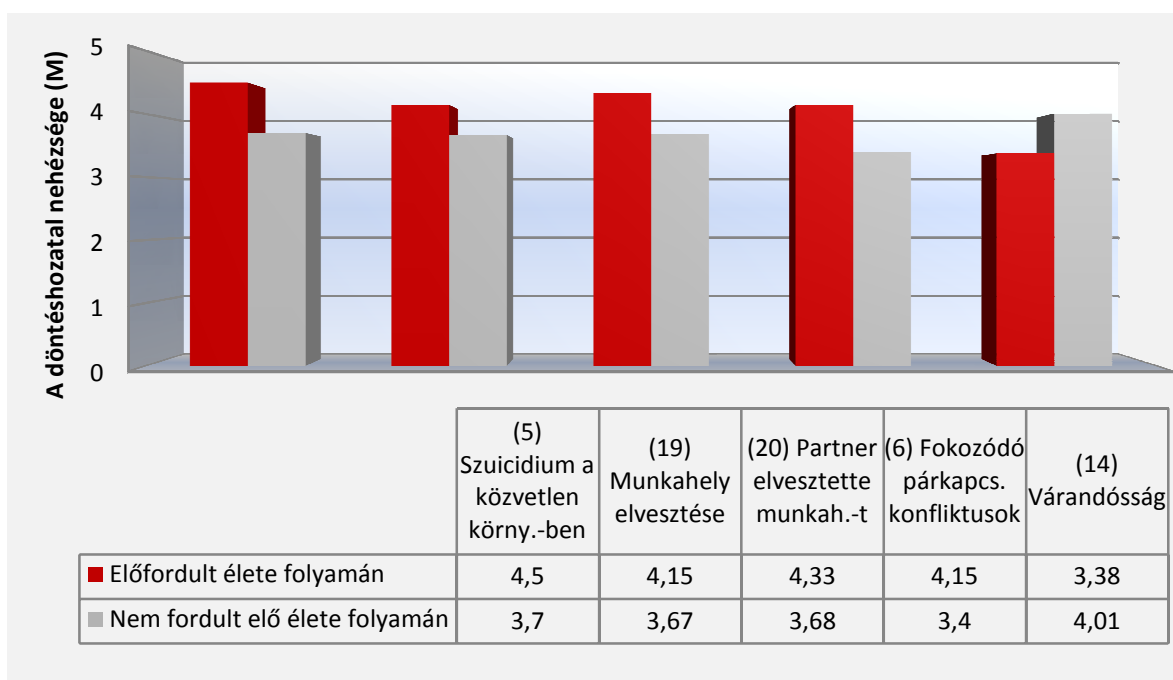
Életesemény bekövetkezte	Az érintettek százaléka <i>a nő élete folyamán</i>			<i>Érzelmi hatás (1-5): M</i>	
	Az érintettek százaléka <i>az elmúlt egy évben</i>			SD	
1. Házastárs halála	2,5	5	15. Művi abortusz	26,9	3,5
	---	---		1,7	1,57
2. Gyermekek halála	0,8	5	16. Magzat elvetélése (spontán)	7,6	4
	---	---		3,4	1,41
3. Közeli hozzátartozó halála	33,6	4,22	17. Családtagnál súlyosabb, tartósabb betegsége	21,8	3,92
	5,9	0,95		0,8	1,11
4. Közeli barát halála	14,3	4	18. Saját súlyosabb testi betegsége	6,7	3,5
	3,4	0,87		2,5	0,93
5. Öngyilkosság a közvetlen környezetben	8,4	4,3	19. Munkahely elvesztése	21,8	3,96
	0,8	1,06		2,5	1,2
6. Fokozódó viták, veszekedések, nézeteltérések a partnerrel	48,7	3,88	20. Házastárs/partnere elvesztette munkáját	15,1	3,47
	17,6	1,12		3,4	1,23
7. Elválás a partnertől, különélés	31,1	4	21. Nyugdíjaztatás	0,8	2,00
	12,6	1,06		---	---
8. Szakítás baráttal, barátnővel	26,1	3,93	22. Munkahelyi tartós problémák	16,8	3,68
	10,9	0,92		4,2	0,88
9. Egyedül neveli a gyermekét	19,3	2,39	23. Alapvető változás az életszínvonalban	47,9	3,72
	5	1,75		10,9	1,09
10. Szülő-gyermek tartós konfliktus	13,4	3,69	24. Erőszak, bűncselekmény áldozata lett	6,7	4
	1,7	1,35		0,8	1,15
11. Gyermek elhagyta az otthont	5	3,5	25. Gyakori durva bánásmód közeli hozzátartozója felől	10,1	4,27
	1,7	1,97		3,4	0,9
12. Gyermekek születése	26,1	2,71	26. Hatósági procedúrák	9,2	3,82
	0,8	2,21		1,7	1,08
13. Új személy jelent meg a családban	22,7	2,85	27. Lakóhely változása	36,1	2,03
	4,2	1,95		10,1	1,78
14. Terhesség	35,3	2,78	28. Természeti csapás	3,4	
	3,4	1,7		---	

16. táblázat. Az abortusz előtt álló nők életében bekövetkező életesemények és érzelmi hatásuk.

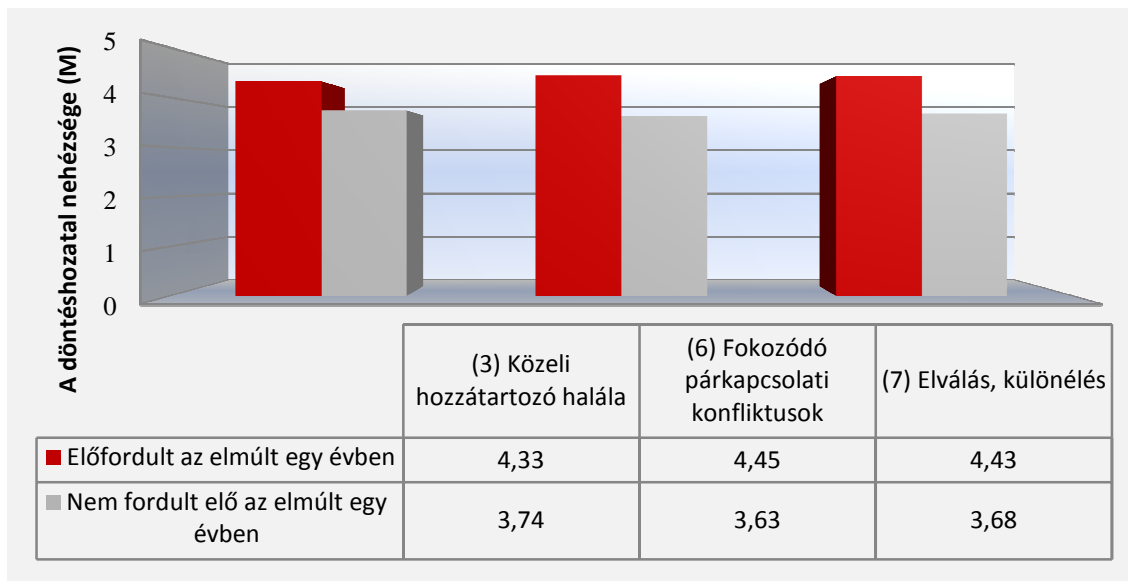
A továbbiakban az egyes életesemények átélése vagy megtapasztalásának hiánya szerint hasonlítottuk össze a nők csoportjait a beavatkozás során mért szorongás és depresszió,

valamint a művi abortusz melletti döntéshozatal nehézsége mentén. Az összehasonlításba azon élettörténeti események szerepelnek, melyek a vizsgálatban résztvevő nők több mint 5 százalékát érintették életük folyamán valamikor (ld. 16. táblázatban kiemelve).

A döntés nehézségével összefüggésben azokat a nőket, akiknek élete folyamán valamikor előfordult öngyilkosság a közvetlen környezetben ($t[16,38]=-3,05$; $p<0,01$), ő ($t[67,8]=-2,09$; $p<0,05$) vagy partnere ($t[60,42]=-3,25$; $p<0,01$) elvesztette munkahelyét, vagy ha a párkapcsolatban fokozódó vitákról, nézeteltérésekről ($t[101,89]=-3,12$; $p<0,01$) számoltak be, nehezebb döntéshozatal jellemezte. Csakúgy, mint azokban az esetekben, ha az elmúlt egy éven belül közeli hozzátartozót veszített el ($t[9,53]=-2,37$; $p<0,05$), vagy fokozódó párkapcsolati konfliktusokat ($t[50,39]=-3,69$; $p<0,001$), illetve a partnertől történő különválást ($t[110]=-1,99$; $p<0,05$) jelzett. Azok a nők, akik életük folyamán már voltak várandósok, könnyebbnek ítélték a döntéshozatalt ($t[69,99]=2,32$; $p<0,05$). (ld. 6-7. diagram)

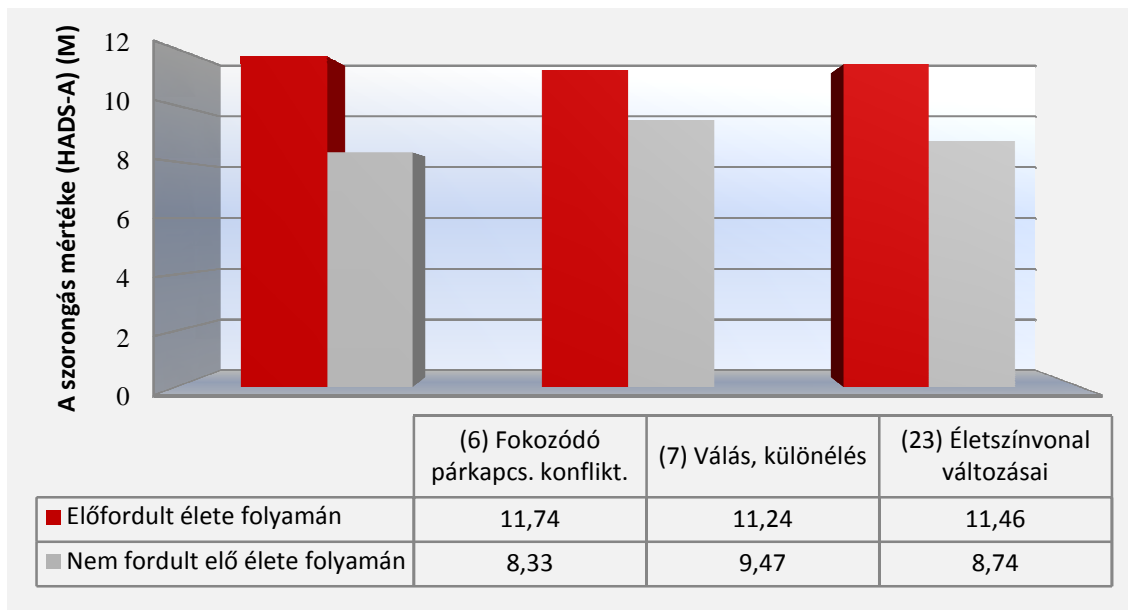


6. diagram. A művi abortusz melletti döntéshozatal nehézsége a nő élete folyamán bekövetkező események függvényében.

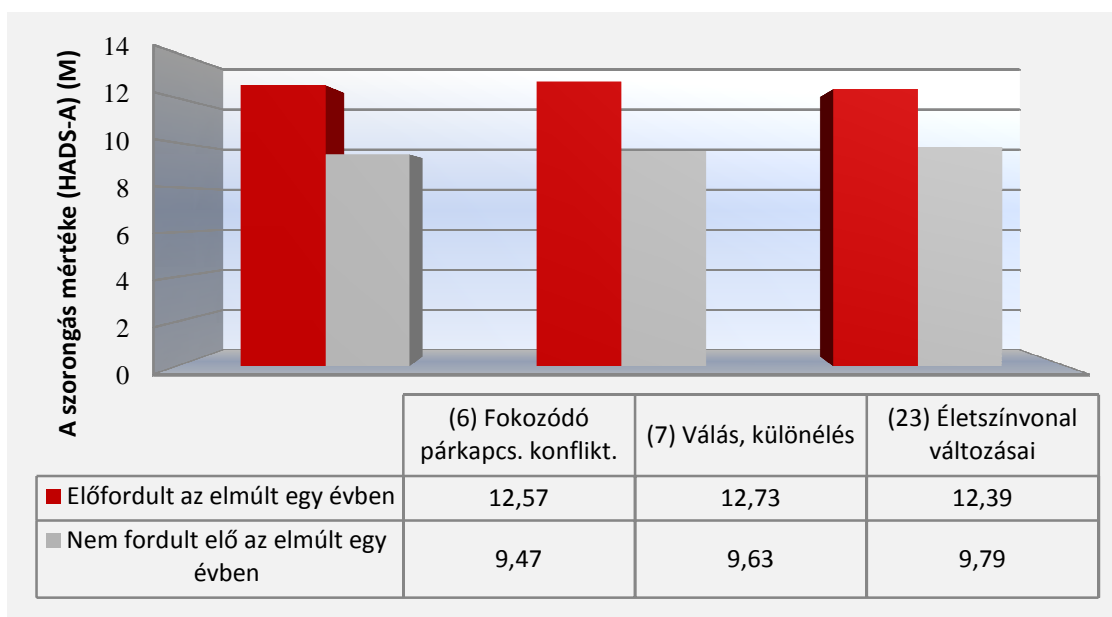


7. diagram. A művi abortusz melletti döntéshozatal nehézsége az elmúlt egy évben bekövetkező események függvényében.

Azok a nők, akik életük folyamán valamikor, vagy az elmúlt egy éven belül a partnerükkel fokozódó vitákról, veszekedésekről, nézeteltérésekről (élete folyamán: $t[114]=-4,65$; $p<0,001$; elmúlt egy évben: $t[114]=-3,1$; $p<0,01$), vagy válásról, különélésről (élete folyamán: $t[114]=-2,11$; $p<0,05$; elmúlt egy évben: $t[114]=-2,68$; $p<0,01$) számoltak be, vagy életszínvonalbeli változásokat (élete folyamán: $t[113]=-3,58$; $p<0,001$; elmúlt egy évben: $t[113]=-2,09$; $p<0,05$) jeleztek, szignifikánsan magasabb szorongást éltek át azokkal szemben, akik ezen életeseményeket nem tapasztalták meg. Ehelyütt fontos megjegyezni, hogy a szorongás átlagai - függetlenül az életesemény megtapasztalásától - mindegyik csoportban a klinikai jelzőérték felett húzódtak. (ld. 8-9. diagram)

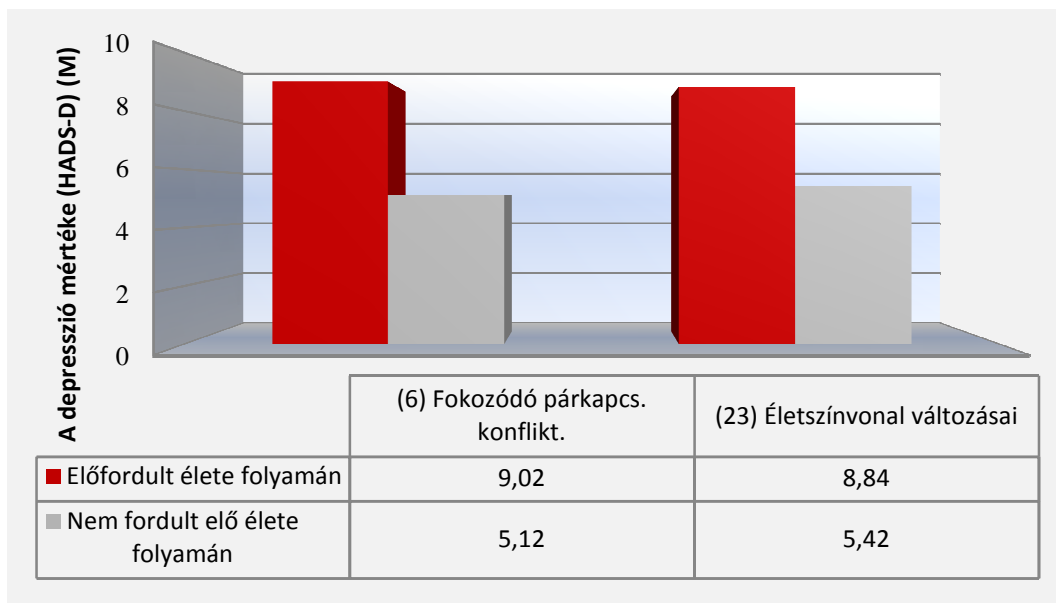


8. diagram. A szorongás mértéke a nő élete folyamán bekövetkező események függvényében.

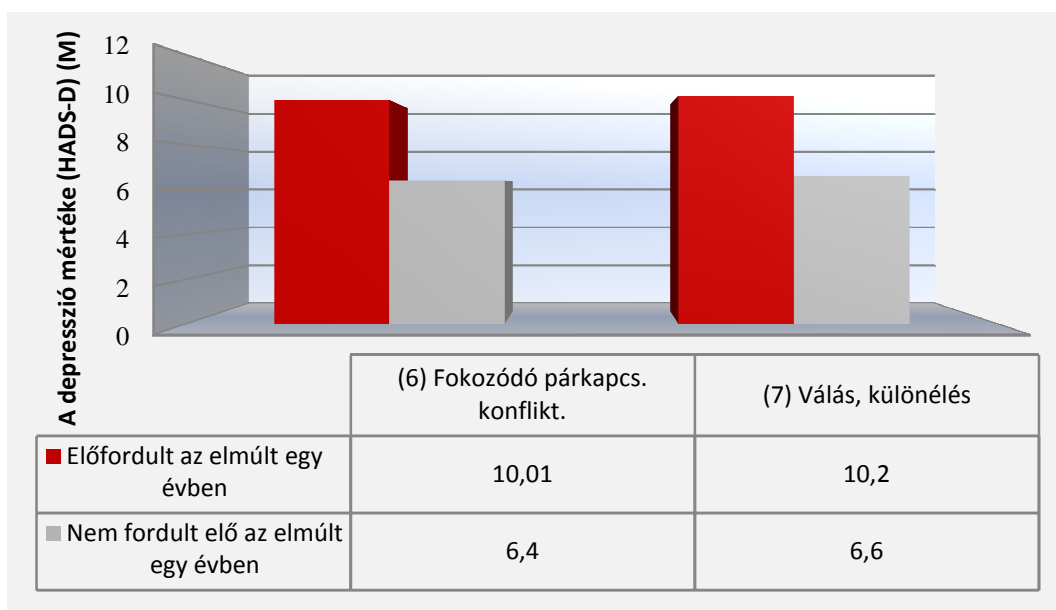


9. diagram. A szorongás mértéke az elmúlt egy évben bekövetkező események függvényében.

A depresszió magasabb átlagait mutatták a beavatkozás idején azok a nők, akik fokozódó veszekedéseket, párkapcsolati konfliktusokat (életük folyamán: $t[114]=-4,7$; $p<0,001$; elmúlt egy évben: $t[114]=-3,29$; $p<0,001$), vagy életük folyamán valamikor megtapasztalt alapvető életszínvonal változást ($t[113]=-4,02$; $p<0,001$), illetve az elmúlt egy évben – beleértve az abortusz körüli és miatti szakításokat - a partnertől történő elválást, különélést jeleztek ($t[114]=-2,75$; $p<0,01$). (ld. 10-11. diagram)



10. diagram. A depresszió mértéke a nő élete folyamán bekövetkező események függvényében.



11. diagram. A depresszió mértéke az elmúlt egy évben bekövetkező események függvényében.

Pozitív korrelációs kapcsolat volt igazolható a terhességi veszteségek – azaz a művi abortusz ($r=0,64$; $p<0,01$) és a spontán vetélés ($r=0,84$; $p<0,01$) – érzelmi érintettségének intenzitása és a döntéshozatal nehézsége között. Családtag súlyos és tartós betegségének érzelmi hatása ugyancsak pozitív kapcsolatban állt a döntés meghozásának nehézségével

($r=0,65$; $p<0,01$). Ezen utóbbi életesemény a szorongással ($r=0,52$; $p<0,01$) és a depresszióval ($r=0,44$; $p<0,05$) is pozitív összefüggést mutatott.

4.3.2. A művi abortusz hosszú távú pszichológiai jellemzői

4.3.2.1. A fél évvel későbbi utánkövetéshez való viszonyulás, azaz a megjelenéssel vagy elutasítással összefüggésben álló tényezők

A kutatás első szakaszában résztvevők 26,9 százaléka ($N=32$) együttműködő volt, azaz megjelent a második forduló adatfelvételén vagy postai úton eljuttatva vállalta a kérdőívek kitöltését. A nők 41,2 százaléka ($N=49$) már vagy a beavatkozás idején, vagy a hat hónappal későbbi megkereséskor elutasította a további együttműködést, illetve a levélben történő megkeresésre nem válaszolt. Végezetül 30,3 ($N=36$) százalék nem volt elérhető, mert nem adta meg elérhetőségét, vagy a megadott cím vagy telefon nem volt megfelelő, s 2 nő (1,7%) nem volt besorolható a fenti kategóriákba.

A három csoport között szignifikáns különbség volt a támaszkereső ($F[2; 112]=3,1$; $p<0,05$), az emóciófókuszú ($F[2; 112]=3,25$; $p<0,05$) és az emóció kiürítésen alapuló ($F[2; 112]=3,14$; $p<0,05$) megküzdési stratégiák, valamint a párkapcsolati kohézió ($F[2; 110]=5,09$; $p<0,01$) és a szülői bánásmód szeretett-törődés ($F[2; 107]=3,23$; $p<0,05$) dimenziójában. A Bonferroni-féle páros összehasonlítás alapján az együttműködőkre ($M: 2,49$; $SD: 0,62$) és a nem elérhetőkre ($M: 2,48$; $SD: 0,64$) kevésbé volt jellemző a támaszkeresés, szemben az elutasítókkal ($M: 2,77$; $SD: 0,58$). Az együttműködőkre ($M: 1,84$; $SD: 0,52$) és az elutasítókra ($M: 1,88$; $SD: 0,48$) kevésbé volt jellemző az emóció kiürítés, mint a nem elérhetőkre ($M: 2,13$; $SD: 0,58$). S az együttműködőkre ($M: 2,29$; $SD: 0,46$) kevésbé volt jellemző az emóciófókusz, mint a nem elérhetőkre ($M: 2,57$; $SD: 0,5$). A kapcsolati változók közül a párkapcsolati kohézió és a szülői szeretet-törődés tekintetében a nem elérhetők csoportjára voltak jellemzők a legalacsonyabb értékek, megkülönböztetve őket ezáltal a kohézió esetén az együttműködőktől és elutasítóktól egyaránt ($M_{nem\ elérhető}: 14,59$; $SD: 4,98$; $M_{együttműködő}: 17,16$; $SD: 3,52$; $M_{elutasító}: 17,25$; $SD: 3,25$), s szülői szeretet vonatkozásában pedig az elutasítók csoportjától ($M_{nem\ elérhető}: 25,12$; $SD: 8,29$; $M_{elutasító}: 29,45$; $SD: 7,35$).

Demográfiai jellemzőiket tekintve, az életkor alapján ugyancsak különbözött a három csoport egymástól ($F[2; 114]=6,23$; $p<0,01$), a nem elérhetők átlagéletkora ($M:$

27,03; SD: 7,5) alacsonyabb volt, mint az együttműködő (M: 32,52; SD: 6,31) vagy elutasító (M: 30,88; SD: 6,26) társaiké. Emellett a nem elérhető csoportjában inkább az alap és középfokú végzettség, míg az együttműködőknél és az elutasítóknál a közép és felsőfokú végzettség volt jellemzőbb ($\chi^2[4]=16,78$; $p<0,01$). Családi állapot tekintetében nem volt igazolható különbség a csoportok között ($\chi^2[6]=8,79$; $p>0,05$). Annak tekintetében, hogy a nő rendelkezik-e gyermekkel vagy sem ($\chi^2[2]=3,65$; $p>0,05$), illetve volt-e korábban abortusza vagy sem ($\chi^2[2]=0,98$; $p>0,05$) ugyancsak nincs különbség a második fordulóhoz való viszony vonatkozásában létrehozott csoportok között.

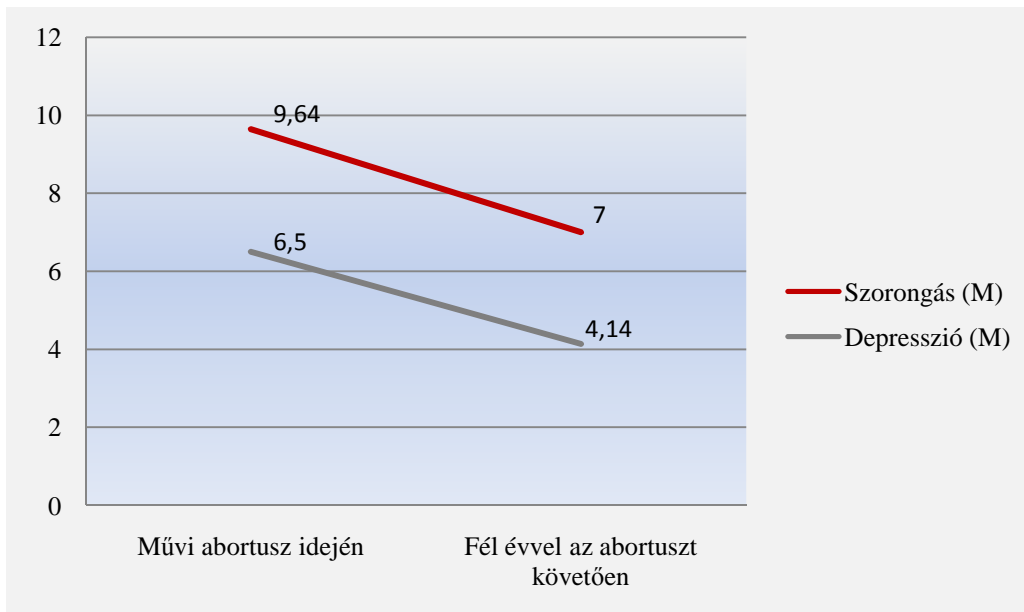
Az élettörténeti események közül a nem elérhető körében nagyobb arányban fordult elő életük folyamán szülő-gyermek közötti tartós konfliktus ($\chi^2[2]=9,65$; $p<0,01$) és a partner munkahelyének elvesztése ($\chi^2[2]=7,81$; $p<0,05$).

4.3.2.2. Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően

A terhesség megszakítását követően fél évvel a HADS-sal mért szorongás és depresszió átlagai szignifikánsan csökkentek a beavatkozás idején mérthez viszonyítva ($F[1; 27]=9,07$; $p<0,01$), s mindkét skála esetén a klinikai határérték alá, azaz a normál tartományba estek. A szorongás mindenkor magasabb értékeket mutatott, mint a depresszió ($F[1; 27]=55,32$; $p<0,001$). A szorongás és a depresszió között az interakció nem szignifikáns ($F[1; 27]=0,11$; $p>0,05$) (ld. 12. diagram).

A második szakaszban résztvevő nők 53,4 százaléka továbbra is a klinikai határérték feletti szorongásszinttel rendelkezett, s a depresszió tekintetében ez az érintettség 17,9 százalék volt.

Az második szakaszban mért szorongás pozitívan korrelált az első szakaszban mért szorongással ($r=0,43$; $p<0,05$), s ugyanez a közepesen erős kapcsolat volt megfigyelhető a két időpontban felvett depresszió értékek között ($r=0,4$; $p<0,05$), valamint a második szakaszban mért depresszió és a műtéti beavatkozáskor azonosított szorongás ($r=0,53$; $p<0,01$) között.



12. diagram. A szorongás és depresszió mértéke az abortuszon átesett nők körében az első és második felvétel időpontjában.

Az elemzések kiterjedtek a szorongás és depresszió lehetséges prediktorainak meghatározására is. A kapcsolati változók közül a párkapcsolati alkalmazkodás-, a szülői bánásmód- és a társas támasz egyes skálái; a személyes változók közül a coping mechanizmusok típusai, a reziliencia és a neuroticizmus; végül a művi abortusszal közvetlenül összefüggő változók közül a döntés nehézsége, az abortusz mellett és ellenében hozott érvek száma, a partneri támasz mértéke, a szexuális együttlétek gyakorisága a terhesség és a műtéti beavatkozás körül, valamint a szexuális együttlétekkel való elégedettség ugyanebben az időszakban képezték a klinikai változók bejósolásával összefüggő lépésenkénti többszörös lineáris regresszió-analízis alapját.

A második felvétel idején mért szorongás tekintetében a kapcsolati változók közül az anyai bánásmód túlvédés dimenziója (41,3%); a személyes változókból az emóció kiürítés (32,7%) és a reziliencia (13,7%); valamint az abortusszal összefüggő változók közül a terhesség megszakítása elleni érvek száma (20,6%) bizonyult jelentős prediktor-változónak (részletesen ld. 17. táblázat).

A depressziót a kapcsolati változók közül a párkapcsolatban az érzelmek kifejezése (9,8%) és az anyai túlvédés (41,4%); a személyes változók közül a neuroticizmus (57,3%); és végül a művi vetéléssel összefüggő változók közül a szexuális együttlétekkel való elégedettség mértéke (43,9%) jósolta be legnagyobb valószínűséggel (részletesen ld. 17. táblázat).

Mért változók		<i>Klinikai változók</i>	
		<i>Szorongás</i>	<i>Depresszió</i>
<i>Kapcsolati változók</i>	<i>Párkapcsolati alkalmazkodás (DAS)</i>		9,8% Érzelmek kifejezése ($\beta=-0,31$; $t=-2,19$; $p<0,05$)
	Konszenzus; Érzelmek kifejezése; Elégedettség; Kohézió	---	
	<i>Szülői bánásmód (HPBI)</i>	41,3% Túlvédés ($\beta=0,64$; $t=4,19$; $p<0,001$)	41,4% Túlvédés ($\beta=0,6$; $t=4,2$; $p<0,001$)
	Szeretet-törődés; Túlvédés; Korlátozás		
	<i>Társas támasz (MOS)</i>		
	Érzelmi-információs; Kézzelfogható; Pozitív szociális interakció; Affektív támasz	---	---
<i>Személyes változók</i>	<i>Megküzdési mód (MMP)</i>		
	Problémacentrikus reagálás; Támaszkeresés; Feszültség kontroll; Figyelemelterelés; Emóciófókusz; Emóció kiürítés; Önbüntetés; Belenyugvás	32,8% Emóció kiürítés ($\beta=0,47$; $t=3$; $p<0,01$)	---
	<i>Reziliencia (RS)</i>	13,7% Reziliencia ($\beta=-0,38$; $t=-2,48$; $p<0,05$)	---
	Reziliencia		
	<i>Neuroticizmus SK</i>		57,3% Neuroticizmus ($\beta=0,76$; $t=5,79$; $p<0,001$)
	Neuroticizmus	---	
<i>MAB-bal összefüggő változók</i>	A döntés nehézsége	---	---
	A terhességmegszakítás ellen szóló érvek száma	20,6% MAB elleni érvek ($\beta=0,45$; $t=2,28$; $p<0,05$)	---
	A terhességmegszakítás mellett szóló érvek száma	---	---
	A partneri támasz mértéke	---	---
	A szexuális együttlétek gyakorisága a terhesség körül	---	---
	A szexuális élettel való elégedettség a terhesség körül	---	43,9% A szexszel való elégedettség ($\beta=-0,66$; $t=-3,95$; $p<0,01$)

17. táblázat. A művi abortuszt követően fél évvel mért szorongás és depresszió prediktor-változói.

4.3.2.3. A Derogatis-féle Tünetlista által jelzett panaszok fél évvel a beavatkozást követően

A kutatásban résztvevő nők fél évvel a beavatkozást követően az SCL-90-R segítségével értékelhették, hogy különböző panaszok milyen mértékben fordulnak náluk elő az abortusz

óta. A 18. táblázatban kerül részletezésre a normatív és klinikai minta, valamint a vizsgálati csoport művi vetelés óta előforduló panaszai alapján számított skálák átlagai és szórás értékei.

Tünet	Normatív minta (N=528)		Klinikai minta (N=174)		Művi abortusz csoport (N=29)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Szomatizáció	0,53	0,53	1,42	1,06	0,6	0,72
Kényszeresség	0,69	0,62	1,56	1,03	0,79	0,77
Interpersz.érzékenység	0,7	0,65	1,41	1,07	0,66	0,7
Depresszió	0,83	0,73	2,01	1,17	1,13	0,95
Szorongás	0,66	0,62	1,66	1,04	0,72	0,75
Ellenségesség	0,64	0,67	1,11	0,99	0,61	0,71
Fóbia	0,47	0,52	1,42	1,1	0,49	0,61
Paranoia	0,62	0,67	1,29	0,92	0,7	0,77
Pszichoticizmus	0,38	0,47	0,95	0,85	0,45	0,59
GSI	0,62	0,5	1,46	0,88	0,72	0,67

18. táblázat. Az SCL-90-R tünetlista átlag és szórás értékei.

Mivel a normatív minta adatai átlag és szórás formájában voltak hozzáférhetőek (Unoka és mtsai., 2004), ezért egymintás t-próbákkal vizsgáltuk az egyes csoportok közötti különbségeket. A művi abortuszon átesett nők csoportjának skála átlagai egy esetben sem különböztek a normatív minta átlagaitól (szomatizáció: $t[28]=0,53$; $p>0,05$; kényszer: $t[28]=0,68$; $p>0,05$; interperszonális érzékenység: $t[28]=-0,28$; $p>0,05$; depresszió: $t[28]=1,71$; $p>0,05$; szorongás: $t[28]=0,44$; $p>0,05$; ellenségesség: $t[28]=-0,23$; $p>0,05$; fóbia: $t[28]=0,2$; $p>0,05$; paranoia: $t[28]=0,57$; $p>0,05$; pszichoticizmus: $t[28]=0,64$; $p>0,05$; GSI: $t[28]=0,79$; $p>0,05$).

Ellenben minden egyes tünetegyüttesből álló klinikai kép – úgy mint a szomatizáció ($t[28]=-6,13$; $p<0,001$), a kényszer ($t[28]=-5,44$; $p<0,001$), az interperszonális érzékenység ($t[28]=-5,7$; $p<0,001$), a depresszió ($t[28]=-4,97$; $p<0,001$), a szorongás ($t[28]=-6,76$; $p<0,001$), az ellenségesség ($t[28]=-3,77$; $p<0,01$), a fóbia ($t[28]=-8,23$; $p<0,001$), a paranoia ($t[28]=-4,13$; $p<0,001$) és a pszichoticizmus ($t[28]=-4,67$; $p<0,001$) -, valamint a globális súlyossági index (GSI) ($t[28]=-5,95$; $p<0,001$) mentén szignifikánsan különbözött az abortuszon átesett nők csoportja a klinikai minta átlagaihoz képest. Minden esetben a terhességmegszakításon átesett nők csoportja mutatott alacsonyabb értékeket.

A nőknek lehetősége nyílt arra, hogy az egyes tünetek megjelenése kapcsán azt is jelöljék, melyeket tulajdonítják egyértelműen a művi abortusznak (ld. 19. táblázat).

Tünet (T)		Panaszt abortusznak tulajdonítók százaléka (MAB%)	
T	MAB%	T	MAB%
Fejfájás	13,8	Meg nem értettség érzése	3,4
Idegesség, belső bizonytalanság érzés	24,1	Hányinger, könnyen felfordul a gyomra	6,9
Akaratlan dolgok, szavak, amelyeket nem tud a gondolataiból kiűzni	27,6	Alárendeltnek érzi magát másokkal szemben	3,4
Gyengeség vagy szédülés	10,3	Izomfájdalom, érzékenység	3,4
Szexuális érdektelenség, örömtelenség	20,7	Elalvása nehéz	3,4
Az az érzés, hogy leginkább mások felelősek az Ön problémáiért	3,4	Hideg vagy meleg hullámok	6,9
Probléma visszaemlékezni dolgokra	13,8	El kell kerülnie bizonyos dolgokat, helyeket, vagy tevékenységeket, mert azok zavaróak Önnek	17,2
Felületesség vagy gondatlanság miatti aggodalom	3,4	Gondolatai üressé válnak	6,9
Könnyen bosszúsnak vagy felingereltnek érzi magát	6,9	Gombócérzés a torokban	3,4
Mellkasi vagy szívűtűji fájdalom	3,4	Reménytelenség a jövőre nézve	20,7
Csökkenő energia, vagy lelassultság érzése	3,4	Gyengeségérzés testének különböző részeiben	3,4
Az elműlás vagy a halál gondolata	10,3	Halálra gondol, vagy meghalásra	13,8
Olyan hangok hallása, amelyet mások nem hallanak	3,4	Bántja, ha az emberek nézik, vagy beszélnek Önről	3,4
Reszketés, remegés	3,4	Hajnali ébredés	3,4
Étvágytalanság	3,4	Az alvás nem pihentető vagy zavart	3,4
Könnyen sírva fakad	17,2	Olyan elképzelései vannak, amelyekkel mások nem értenek egyet	3,4
Csapidában érzi magát	3,4	Rettegéssel, pánikkal járó időszak	6,9
Olyan hangulatkitörés, melyet nem tud kontrollálni	17,2	Értéktelennek érzi magát	10,3
Önvádlás különböző dolgok miatt	17,2	Félelem attól, hogy nyilvánosság előtt elájul	3,4
Derékfájdalom	3,4	Az az érzés, hogyha hagyja, az emberek kihasználják	6,9
Magányosság érzése	13,8	Zavaró szexuális gondolatok	13,8
Szomorúság érzése	24,1	Az a gondolat, hogy Önt meg kell büntetni bűneiért	6,9
Tűlzott aggodalom dolgok miatt	3,4	A gondolat, hogy valami komoly testi baja van	6,9
Érdektelenség a dolgok iránt	3,4	Bűnösnek érzi magát	17,2

19. táblázat. A művi abortusznak tulajdonított panaszok százalékos megjelenése.

A táblázatban kiemelésre kerültek azok a panaszok, melyek a nők több mint 15 százalékánál előfordultak egyértelműen az abortuszuának tulajdonítottan.

A Derogatis-féle Tünetlista kapcsán is az elemzések részét képezte a prediktor-változók meghatározása.

A Globális Súlyossági Indexet (GSI) és a Pozitív Tünet Összest (PST) a kapcsolati változók közül az anyai túlvédés 21,3 százalékban ($\beta=0,46$; $t=2,65$; $p<0,05$), illetve 15,7 százalékban ($\beta=0,4$; $t=2,2$; $p<0,05$) jósolta be. A személyes változók közül az emóció kiürítés és a reziliencia minősült jelentős prediktornak, így a GSI-t az emóció kiürítés 52,7 százalékban ($\beta=0,63$; $t=4,85$; $p<0,001$), míg a reziliencia 9,1 százalékban ($\beta=-0,32$; $t=-2,44$; $p<0,05$); a PST-t pedig az emóció kiürítés 46,1 százalékban ($\beta=0,56$; $t=4,2$; $p<0,001$), a reziliencia 13 százalékban ($\beta=-0,39$; $t=-2,82$; $p<0,01$) jelezte előre. Végül, a művi abortusz helyzeti jellemzőiből¹⁰ a szexuális együttlétekkel való elégedettség a terhesség és a műtét körül a GSI-t 33,9 százalékban ($\beta=-0,5$; $t=-3,05$; $p<0,01$), a PSD-t pedig 32 százalékban ($\beta=-0,57$; $t=-3,14$; $p<0,01$), míg az abortusz ellenében szóló érvek száma a GSI-t 14,4 százalékban ($\beta=0,39$; $t=2,36$; $p<0,05$) valószínűsítette.

A prediktor-változók meghatározásával összefüggésben részletes elemzésre kerültek a pszichiátriai problémák típusa szerint differenciáló skálák is úgy, mint a szomatizáció, a kényszer, az interperszonális érzékenység, a depresszió, a szorongás, az ellenségesség, a fóbia, a paranoia és a pszichoticizmus, melynek eredményeit a 20. táblázat részletezi. Összefoglalóan elmondható, hogy a kapcsolati változók közül az anyai túlvédés (14,9-41,1%); a személyes változókban az emóció kiürítés (23-68,5%) és probléma centrikus reagálás (6,9%), mint megküzdési stratégiák, valamint a reziliencia (10,6-12,3%) és a neuroticizmus (38,4-41,3%); míg a művi abortusszal közvetlenül összefüggő helyzeti változók közül a terhességmegszakítás ellenében szóló érvek száma (18,9-35,7%) és a terhesség és műteti időszakot jellemző szexuális együttlétekkel való elégedettség (14,6-32,5%) bizonyultak meghatározó prediktornak.

¹⁰ A művi vetelés helyzeti jellemzői közül vizsgált változók: a döntés nehézsége, az abortusz mellett szóló érvek száma, az abortusz ellenében szóló érvek száma, a partneri támasz mértéke, a szexuális együttlétek gyakorisága a terhesség és az abortusz idején és a szexuális együttlétekkel való elégedettség a terhesség és az abortusz idején.

Mért változók		Klinikai változók*								
		SOM	O-C	INS	D	ANX	HOS	PHO	PAR	PSY
Kapcsolati változók	<i>Párkapcsolati alkalm. (DAS)</i>	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Konszenzus; Érzelmek kifejezése; Elégedettség; Kohézió	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	<i>Szülői bánásmód (HPBI)</i>	---	41,1% Túlvédés	---	20,4% Túlvédés	14,9% Túlvédés	---	---	14,5% Túlvédés	18,1 Túlvédés
	Szeretet-törődés; Túlvédés; Korlátozás	---	($\beta=0,64$; $t=4,26$; $p<0,001$)	---	($\beta=0,45$; $t=2,58$; $p<0,05$)	($\beta=0,39$; $t=2,13$; $p<0,05$)	---	---	($\beta=0,38$; $t=2,1$; $p<0,05$)	($\beta=0,43$; $t=2,4$; $p<0,05$)
	<i>Társas támasz (MOS)</i>	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Érzelmi-információs; Kézelfogható; Pozitív szociális interakció; Affektív támasz	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Személyes változók	<i>Megküzdési mód (MMP)</i>	35,4% Emóció kiürítés	---	---	50,3% Emóció kiürítés ($\beta=0,65$; $t=5,28$; $p<0,001$)	48,1% Emóció kiürítés	68,5% Emóció kiürítés	23% Emóció kiürítés	47,3% Emóció kiürítés	49,3% Emóció kiürítés
	Problémacentrikus reagálás; Támazskeresés; Feszültség kontroll; Figyelemelterelés; Emóciófókusz; Emóció kiürítés; Önbüntetés; Belenyugvás	($\beta=0,59$; $t=3,78$; $p<0,01$)	---	---	6,9% Problémacentr. ($\beta=0,28$; $t=2,27$; $p<0,05$)	($\beta=0,69$; $t=4,91$; $p<0,001$)	($\beta=0,83$; $t=7,53$; $p<0,001$)	($\beta=0,48$; $t=2,78$; $p<0,05$)	($\beta=0,57$; $t=4,35$; $p<0,001$)	($\beta=0,59$; $t=4,54$; $p<0,001$)
	<i>Reziliencia (RS)</i>	---	---	---	10,6% Reziliencia	---	---	---	13,7% Reziliencia	12,3% Reziliencia
	Reziliencia	---	---	---	($\beta=-0,42$; $t=-3,32$; $p<0,01$)	---	---	---	($\beta=-0,39$; $t=-2,96$; $p<0,01$)	($\beta=-0,37$; $t=-2,83$; $p<0,01$)
<i>Neuroticizmus SK</i>	---	38,4% Neurot.	41,3% Neurot.	---	---	---	---	---	---	
Neuroticizmus	---	($\beta=0,62$; $t=4,03$; $p<0,001$)	($\beta=0,64$; $t=4,28$; $p<0,001$)	---	---	---	---	---	---	

*SOM: Szomatizáció; O-C: Kényszeresség; INS: Interperszonális érzékenység; D: Depresszió; ANX: Szorongás; HOS: Ellenségesség; PHO: Fóbia; PAR: Paranoia; PSY: Pszichoticizmus

20. táblázat. A klinikai tünetek prediktor-változói (folyt.).

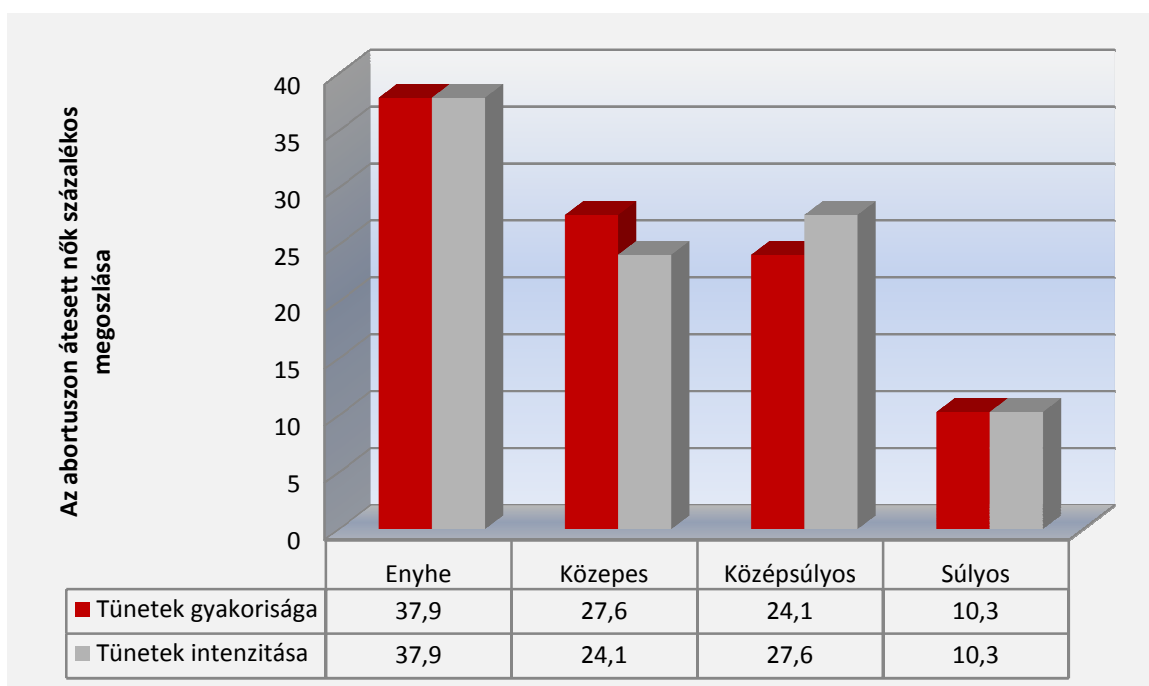
Mért változók		Klinikai változók*								
		SOM	O-C	INS	D	ANX	HOS	PHO	PAR	PSY
MAB-bal összefüggő változók	A döntés nehézsége	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	A terhességmegszakítás ellen szóló érvek száma	---	27,7% MAB elleni érvek ($\beta=0,44$; $t=2,58$; $p<0,05$)	---	18,9% MAB elleni érvek ($\beta=0,44$; $t=2,72$; $p<0,05$)	23,1% MAB elleni érvek ($\beta=0,4$; $t=2,21$; $p<0,05$)	---	---	---	35,7% MAB elleni érvek ($\beta=0,51$; $t=3,23$; $p<0,01$)
	A terhességmegszakítás mellett szóló érvek száma	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	A partneri támasz mértéke	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	A szexuális együttlétek gyakorisága a terhesség körül	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	A szexuális élettel való elégedettség a terhesség körül	19,5% szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,44$; $t=-2,26$; $p<0,05$)	17,9% szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,43$; $t=-2,56$; $p<0,05$)	28,2% szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,53$; $t=-2,87$; $p<0,01$)	30,3% szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,46$; $t=-2,81$; $p<0,05$)	14,6 szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,39$; $t=-2,16$; $p<0,05$)	---	28,4 szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,53$; $t=-2,89$; $p<0,01$)	32,5 szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,57$; $t=-3,18$; $p<0,01$)	16,2 szex-szel való elégedettség ($\beta=-0,41$; $t=-2,6$; $p<0,05$)

* SOM: Szomatizáció; O-C: Kényszeresség; INS: Interperszonális érzékenység; D: Depresszió; ANX: Szorongás; HOS: Ellenségesség; PHO: Fóbia; PAR: Paranoia; PSY: Pszichoticizmus

20. táblázat. A klinikai tünetek prediktor-változói.

4.3.2.4. A PTSD tüneteinek fél évvel a beavatkozást követően

A Foa által, a DSM-IV poszttraumás stressz betegség diagnosztikai kritériumainak felhasználásával kidolgozott – s jelen vizsgálatban az abortusz helyzetéhez módosított – 17 ítemes kérdőív gyakoriság mutatói szerint a vizsgálatban résztvevő nők csoportosíthatók voltak, attól függően, hogy az elért pontszámok alapján enyhe, közepes, középsúlyos, vagy súlyos tüneteket mutattak. Az eredmények értelmezését kiegészíti a tünetek intenzitásjellemzőinek a meghatározása is.



13. diagram. A nők százalékos megoszlása a PTSD súlyosságát jelző tüneteinek gyakoriság és intenzitás szerint.

A nők 10,3 százalékánál súlyos, míg 24,1 százalékuknál középsúlyos PTSD valószínűsíthető (ld. 13. diagram).

A résztvevők által jelzett PTSD tünetek előfordulásuk gyakorisága 17,34 (SD: 14,09), míg intenzitása átlagosan 17,93 pont (SD: 14,46) volt. Mindkét érték a közepes mértékű PTSD tartományba esik. Ezen túl a nők 41,4 százaléka jelezte, hogy tüneteinek az abortuszt követően legalább egy hónapig fennálltak; s 31 százalékuk számolt be arról, hogy a tünetek az elmúlt egy hónapban is jelen voltak. A második fordulóban megjelent nők 86,2 százalékát a megkérdezés időpontjában még mindig felizgatta, ha visszagondolt az eseményre. Az érzelmi hatás mértékét egy 100-ig terjedő skálán jelölve, a nők átlagosan 49,2 pontot (min: 10; max: 100) adtak.

Az elmúlt egy hetük történéseinek értékelése alapján a nők 65,5 százaléka jelezte, hogy az abortusz következtében megjelenő, PTSD-vel összefüggő problémák kedvezőtlen hatással voltak a munkájukra, egy 10-es skálán átlagosan 3,52 (min: 1; max: 7) ponttal értékelve. Ugyanennyien jelezték (65,5%) az esemény társadalmi (társas és szabadidős tevékenységek) életükre gyakorolt megterhelő következményeit, a negatív hatást átlagosan 3,73-ra (min: 1; max: 10) jelölve. S végül a beavatkozás kimeneteleként 69 százalékuk a családi életben megjelenő kedvezőtlen következményekről számolt be, átlagosan 3,5-re (min: 1; max: 10) értékelve a negatív hatások mértékét.

Végezetül a megkérdezettek 31 százaléka jelezte, hogy az eseménnyel teljes mértékben sikerült megbirkóznia, s 69 százalékuk jelezte, hogy nem. A megbirkózás akadályozottságát egy 100-ig terjedő skálán átlagosan 49,5 pontra (min: 10; max: 100) értékelték a résztvevők. Fontos lehet még megemlíteni, hogy az 50 vagy afeletti terhességmegszakítással való megbirkózási nehézséget a válaszolók 37,8 százaléka jelezte.

A művi abortusszal összefüggő PTSD gyakoriság jellemzőinek prediktor-változói a kapcsolati változók közül az anyai bánásmód túlvédés dimenziója (26,1%); a személyes változók közül az emóció kiürítés (30,6%) és a reziliencia (10,5%); és végül a művi vetéléssel közvetlenül összefüggő változók közül a művi vetelés ellenében megfogalmazott érvek száma (39,7%). A PTSD intenzitását az anyai túlvédés (24,4%), az emóció kiürítés (32,2%) és az abortusz ellenében szóló érvek száma (43,8%) jósolták be (részletesen ld. 21. táblázat).

Mért változók		Klinikai változók	
		PTSD-gyakoriság	PTSD-intenzitás
Kapcsolati változók	<i>Párok kapcsolati alkalmazkodás (DAS)</i>		
	Konszenzus; Érzelmek kifejezése; Elégedettség; Kohézió	---	---
	<i>Szülői bánásmód (HPBI)</i>	26,1% Túlvédés ($\beta=0,51$; $t=3,03$; $p<0,01$)	24,4% Túlvédés ($\beta=0,49$; $t=2,89$; $p<0,01$)
	Szeretet-törődés; Túlvédés; Korlátozás		
	<i>Társas támasz (MOS)</i>		
	Érzelmi-információs; Kézzelfogható; Pozitív szociális interakció; Affektív támasz	---	---
Személyes változók	<i>Megküzdési mód (MMP)</i>		
	Problémacentrikus reagálás; Támaszkeresés; Feszültség kontroll; Figyelemelterelés; Emóciófókusz; Emóció kiürítés; Önbüntetés; Belenyugvás	30,6 % Emóció kiürítés ($\beta=0,45$; $t=2,8$; $p<0,05$)	32,2 % Emóció kiürítés ($\beta=0,57$; $t=3,51$; $p<0,01$)
	<i>Reziliencia (RS)</i>	10,5% Reziliencia ($\beta=-0,34$; $t=-2,12$; $p<0,05$)	---
	Reziliencia		
	<i>Neuroticizmus SK</i>	---	----
	Neuroticizmus		
MAB-bal összefüggő változók	A döntés nehézsége	---	---
	A terhességmegszakítás ellen szóló érvek száma	39,7% MAB elleni érvek ($\beta=0,63$; $t=3,72$; $p<0,001$)	43,8 MAB elleni érvek ($\beta=0,66$; $t=4,05$; $p<0,001$)
	A terhességmegszakítás mellett szóló érvek száma	---	---
	A partneri támasz mértéke	---	---
	A szexuális együttlétek gyakorisága a terhesség körül	---	---
	A szexuális élettel való elégedettség a terhesség körül	---	---

21. táblázat. A művi abortusszal összefüggő PTSD prediktor-változói.

4.4. A kutatási eredmények megvitatása

4.4.1. A művi abortuszt kísérő rövid távú pszichológiai jellemzők

4.4.1.1. A nők mentális állapota a művi vetélés idején

Eredményeink – más nemzetközi tanulmányokkal összhangban (ld. Bradshaw és Slade, 2003; Freeman és mtsai., 1980; Lauzon és mtsai., 2000) - megerősítették, hogy a preabortusz időszak a nők egy jelentős részénél pszichés megterheléssel járó, distresszel teli életesemény. Jelen kutatásban résztvevők 68,6 százalékánál az átlagosnál magasabb, klinikai határértéket meghaladó szorongásszintet, míg 35,6 százalékánál depresszív állapotot lehetett azonosítani közvetlenül a műtéti beavatkozást megelőzően.

A kórházi tartózkodás idején mért szorongás átlaga a teljes vizsgálati csoportra nézve 10,04; míg a depresszióé 7,08. Más, várandóssági illetve nőgyógyászati beavatkozás tekintetében érintett csoportokkal összehasonlítva ezen átlagokat, megállapítható, hogy a terhességmegszakítás tekintetében érintett nők körében mind a szorongás, mind a depresszió magasabb értékeket mutat, mint várandós nők esetén; s közel hasonló mértékű olyan nők csoportjában mérttel, akik valamilyen diagnosztizált funkcionális vagy szervi betegség miatt nőgyógyászati műtét előtt állnak. A teljes csoportra nézve szorongás esetén a klinikai zavart igazoló jelzőérték felett húzódik az átlag, míg a depresszió vonatkozásában megközelíti azt.

4.4.1.2. Szituatív tényezők a nők mentális állapotával összefüggésben

Bár ismertek olyan kutatások, melyekben a műtétet megelőző időszakban emelkedett szorongásszintet és magasabb depresszió értékeket találtak terhességüket megszakítani szándékozók körében (ld. Freeman és mtsai., 1980; Urquhart és Templeton, 1991; Wells, 1991), azonban ezen munkák többségében nem differenciálták a háttérben álló lehetséges okokat. Kritikai észrevételként fogalmazódhat meg, hogy a művi abortusz körüli időszakban jelentkező szorongás nem a terhesség megszakításából, hanem más tényezők miatt, így például annak nem kívánt voltából ered. Ennek cáfolataként Cougle és mtsai. (2005) nem kívánt terhességüket végül kihordó és megszakító nők csoportját összehasonlítva, ez utóbbiaknál talált magasabb szorongásértéket. Azonban ez a kutatás

sem tért ki un. „abortuszspecifikus” tényezők feltárására és szorongással, depresszióval mutatott összefüggéseinek vizsgálatára. Kutatásunkban ilyen szituatív vagy helyzetspecifikus tényezőként tartottuk számon a terhességmegszakítás kapcsán fellépő félelmeket, aggodalmakat; vagy az abortusz melletti döntési folyamat jellemzőit.

Így többek között arra is választ kerestünk, hogy a preoperatív időszakban milyen, a művi vetélést kísérő félelmeket lehet azonosítani, s ezek kapcsolatba hozhatók-e a beavatkozás idején mért szorongással és depresszióval. A nők jelentős többsége (82,2%) valamilyen félelmet megjelölt az abortuszhoz kötődően, s csak kisebb százalékuk (17,8%) nyilatkozott úgy, hogy nem tart semmitől. A két csoport között a szorongás mértékében jelentős különbség mutatkozott. Bár mindkét esetben a klinikai határ feletti érték volt mérhető, annak mértéke a félelmeket megfogalmazók körében lényegesen magasabb volt. Azaz, ha a terhességmegszakítás előtt álló nők valamilyen abortuszhoz köthető félelemmel küzdenek, magasabb szorongást élnek át. A depresszió tekintetében a félelmeket jelző illetve nem jelző csoportok között ez a különbség nem volt igazolható.

Elemzéseink során lehetővé vált a félelmek típusainak azonosítása is, melynek alapján 6 kategória volt megkülönböztethető. A nők egy része (20,3%) az invazív beavatkozással (1) – például altatással, tűszúrással - kapcsolatos félelmeket nevezett meg. 23,7 százalékuk a lehetséges későbbi szövődményektől (2), azon belül is a majdani esetleges gyermekvállalást negatívan befolyásoló kimeneteli lehetőségektől tartott. A résztvevők 12,7 százaléka az invazív beavatkozástól és a későbbi reprodukciós sikerességet negatívan meghatározó következményektől (3) egyaránt félt. S végül voltak olyan nők, akik a haláltól való félelmet (13,6%) nevezték meg, vagy önmagában (6,8%) (4), vagy valamely fentiekben szereplő más tényezővel együttesen (6,8%) (5). A nők 11,9 százaléka egyéb-, vagy a fenti kategóriákba nem besorolható tényezőket (6) említettek. Az abortuszhoz köthető félelmek egy része *beavatkozás-specifikus*, azaz a művi veteléshez kapcsolódó egészségügyi-kórházi ellátáshoz kötődik elsősorban (ld. invazív beavatkozás); míg más részük *következmény-specifikus*, azaz az anya életére vagy a későbbi gyermekvállalási esélyeire nézve hordoz magában kockázatot (ld. a halál, illetve a későbbi reprodukciós sikerességet negatívan befolyásoló szövődmények), és végül ezek együttesen is megjelenhetnek. Amennyiben *idői perspektíva* szempontjából elemezzük a félelmeket, a beavatkozás-specifikusak valószínűsíthetően sokkal inkább azonnali/rövid távú, míg a következmény-specifikusak tartós/elhúzódó hatásfokkal bírnak. A *veszélyeztetettség- és az egészségügyi következmény mértéke* szerint pedig beszélhetünk helyzethez kötött (ld. invazív beavatkozás), az élet egy jelentős területét érintő (ld. negatív reprodukciós

kimenetel) és teljes megsemmisüléssel járó (ld. halál) félelmekről. A helyzethez kötött félelmek tárgya a művi abortusszal járó műtéti beavatkozás valamely konkrét eleme vagy elemei; míg az élet jelentős területét érintő félelmek esetén a női reprodukciós képesség és a gyermekvállalás lehetőségének-, a halál esetén pedig az élet elvesztésének félelme áll a középpontban, azaz veszteséghangsúlyúak.

Valamely félelem/félelmek meglétekor – annak típusától függetlenül - minden esetben a klinikai határérték feletti szorongás átlag jellemezte a nőket. A normál övezetnél magasabb depressziót a haláltól és bármely más tényezőtől való félelmet megfogalmazók mutattak, de ezt a klinikai szintű problémát jelző értéket az invazív beavatkozástól és a későbbi szövődményekről együttesen tartók átlagai is megközelítették.

A félelmek meglétével vagy hiányával – a szorongás és depresszió mértékén túl – a döntéshozatali nehézség is összefüggésben állt, azok, a nők, akik félelmekről számoltak be, nehezebbnek ítélték az abortusz melletti döntést. Jövőbeni kutatás tárgyát képezhetné az itt igazolt összefüggések lehetséges ok-okozati relációinak további feltárása, azaz, hogy például a döntéshozatali nehézséggel együtt jár-e az egyes félelmek felerősödése; vagy a félelmek megléte és mértéke befolyásolja-e a döntéshozatali nehézséget; vagy esetleg további változók - mint például a magzat elutasítása, az abortusz miatt érzett büntudat, vagy éppen a gyermekvállalás elutasításával egyidejűleg meglévő igenlése – következtében jelennek-e meg együttesen bizonyos típusú félelmek és a nehezített döntéshozatal.

A megkérdezett nők egy 1-től 5-ig terjedő skálán átlagosan 3,76 pontra értékelték az abortusz melletti döntés nehézségét, ezen belül a jelentős többség (63,9%) számára nehéznek vagy nagyon nehéznek; 16 százalékuk számára közepesen nehéznek bizonyult a döntés és ugyancsak 16 százalékuk jelezte azt, hogy egyáltalán nem vagy csak enyhe mértékben volt nehéz meghozni a beavatkozás melletti elhatározásukat.

Minél nehezebbnek élte meg az érintett nő a művi vetélés melletti döntési folyamatot, annál fokozottabb szorongást és depressziót élt át a beavatkozás idején. Éppen ezért fontosnak tartottuk a döntési folyamathoz szorosan kapcsolódó további változók - mint hogy kivel beszélte meg az érintett nő a művi beavatkozás melletti elhatározását, vagy mennyi és milyen típusú érveket hozott fel a művi abortusz mellett illetve ellenében - és a döntéshozatali nehézség közötti lehetséges kapcsolat vizsgálatát is.

Azok a nők, akik döntésüket megbeszélték szüleikkel (44,5%), vagy közeli hozzátartozójukkal (24,4%), nehezebbnek ítélték a döntéshozatalt, szemben azokkal, akik ezt nem tették meg. Ezzel ellentétben, azok számára, akik orvosukkal (13,4%) beszéltek

meg, könnyebbnek bizonyult az abortusszal kapcsolatos döntés. Lehetséges, hogy az érintett nők a szüleikhez vagy közeli hozzátartozójukhoz már csak akkor fordulnak, ha eleve bizonytalanabbak döntésükben; de az is elképzelhető, hogy ezekben a kapcsolatokban megbeszélve a kimeneteli lehetőségeket, több kétely, vagy morális dilemma és ellenvetés fogalmazódik meg a beavatkozással szemben, mely fokozhatja a döntési nehézséget. Az eredményinek egyben felhívják az orvossal történő konzultáció fontosságára is a figyelmet, különös tekintettel arra, hogy azon nők csoportja, akik megbeszéltek kezelőjükkel a döntést szemben, azokkal, akik ezt nem tették meg, alacsonyabb mértékű depressziót mutattak a beavatkozás idején. Ha egy nő orvosát bevonhatja a döntési folyamatba, olyan bizalmi kapcsolatot valószínűsít, mely a szomatikus orvosláson túl foglalkozik az eseményeket kísérő pszichológiai komponensekkel is.

Az abortusz melletti döntés okinak részletes elemzésével csak néhány tanulmány foglalkozik (ld. Finer és mtsai., 2005; Turay és mtsai., 1997), ugyanakkor e munkák sem vizsgálják az egyes érvek döntési jellemzőkkel és a nők mentális állapotával mutatott összefüggéseit. Emellett úgy véljük, hogy a döntéshozatal kapcsán megélt nehézség, ambivalencia lehetséges forrásai közé tartozhatnak a terhességmegszakítás ellenében megfogalmazott érvek, melyeket a témával foglalkozó tanulmányok – pusztán az abortusz melletti döntés okaira fókuszálva - ugyancsak figyelmen kívül hagynak. Eredményeink értelmében a nők átlagosan 1,91 érvet neveztek meg a terhesség megszakítása mellett; ezen belül 36,1 százalékuk egy; 39,5 százalékuk kettő; 20,2 százalékuk három és 3,4 százalékuk négy terhességmegszakítás melletti indokot említett. A beavatkozás ellenében hozott érvek számának átlaga pusztán 0,6 volt; az esetek 48,7 százalékában nem fogalmazódott meg ellenérv; a nők 42 százaléka egy; 7,6 százaléka kettő, s 0,8 százalék három abortusz ellenében szóló okot említett. Minél több ellenérvet fogalmazott meg egy nő, annál nehezebb volt számára a döntéshozatal, s annál inkább szorongott és jelzett depresszív állapotot a beavatkozás idején. Azt is várhatnánk, hogy a terhesség megszakítása melletti érvek száma ellentétes hatást kiváltva mérsékelhetné a döntéshozatali nehézséget, illetve csökkenthetné a szorongás és depresszió mértékét, azonban eredményeink ezt nem támasztották alá. Megítélésünk szerint az abortusz szakirodalmában gyakran hivatkozott ambivalencia, mint az esemény feldolgozását és nők későbbi mentális állapotát negatívan befolyásoló, döntési helyzetet jellemző tényező, elsősorban az ellenérvek meglétének mértékéből fakad.

Amennyiben az érvek tartalmi jellemzőit is figyelembe vesszük (részletesen ld. a 11. táblázatot), azok a nők éltek meg nehezebbnek a művi abortusz melletti döntéshozatalt, akik a beavatkozás mellett szóló érvek között párkapcsolati problémákat, vagy a környezet felől érkező pressziót érzékelték a terhesség megszakítására; könnyebbnek pedig azok tartották, akik a várandósságra való ráhangolódás problémájáról számoltak be. A döntéshozatali nehézséggel összefüggésben álló, abortusz mellett szóló első két érv külső, környezeti tényezőkhöz kötött, mindkét esetben a gyermekvállalás optimális kapcsolati feltételeinek hiányáról beszélhetünk. A partnerkapcsolati problémák megléte, vagy a várandósság családtagok felől érkező nyílt elutasítása – felülírva akár az anya szándékát, vagy gyöngítve a döntés feletti kontrollját - közvetett vagy közvetlen kényszerítőerőként hathatnak a művi abortusz vállalása mellett. Ezzel szemben, az, ha az érintett nő az abortusz melletti döntés okaként azt jelzi, hogy nem tud ráhangolódni az aktuális várandósságra, az az anyai szerepek és/vagy a gyermekvállalás belső, személyes tényezőkhöz alapuló aktuális elutasítását valószínűsíti.

Az ellenérvek és a döntéshozatali nehézség összefüggésében két indok bizonyult meghatározónak. Amennyiben a kutatásban résztvevő nő azt jelezte, hogy anya szeretne lenni, vagy kötődik magzatához, nehezebben hozta meg döntését a művi abortusz mellett. Az anyaság élménye és az anya-magzat kapcsolat erősödése révén megjelenő emóciók – a döntési nehézség fokozódásában is megmutatkozva - a művi abortusz vállalásának ellenében hatnak. A gyermekvállalás irányában mutatott érzelmi elköteleződéssel szemben meghozott abortuszdöntés megítélésünk szerint növelheti az eseményhez kapcsolódó veszteségélmény mértékét, és a különböző pszichés problémák megjelenésében manifesztálódó komplikált gyász kockázatának valószínűségét, melynek igazolásával a későbbiekben még foglalkozunk.

Az anyasághoz kötődő érvek megléte által implikált veszteségélményt látszanak megerősíteni, azok szorongással és depresszióval mutatott összefüggései is. A nők, akik a terhességmegszakítás ellenében a magzathoz való kötődéssel és a későbbi reprodukciós sikerességhez kapcsolódó aggodalmakkal érveltek, súlyos szorongásos és hangulati problémákkal küzdöttek a műtétet megelőző időszakban. Fontosnak tartjuk mindkét érv veszteségközpontú vetületét hangsúlyozni, egyik esetben az anya számára jelentős kapcsolat, míg másik esetben annak újbóli megélési lehetősége, s ezzel együtt a női identitás egy jelentős meghatározója, a reprodukciós képesség jelenti a veszteség valós illetve potenciális tárgyát.

Emellett azok a nők, akik párkapcsolati okokra hivatkoztak, - a fentiekben már részletezett döntési nehézségen túl – ugyancsak a depresszió magasabb szintjét mutatták. Ők egyben a párkapcsolati alkalmazkodás minden egyes dimenziójában – úgy, mint a konszenzus, az érzelmek kifejezése, a párok közötti kohézió és a kapcsolattal való elégedettség – ugyancsak rosszabb értékeket értek el. A partnerkapcsolatban jelentkező problémák, konfliktusok önmagukban is sérülékenyebbé tehetik az érintett nőket különböző pszichológiai problémák megjelenésének irányában, mely hatás egy krízishelyzetben – amilyen az abortusz időszaka lehet - méginkább fokozódhat olyan tényezőkön keresztül, mint hogy például a terhesség megszakításával megjelenő érzelmek megélése és kifejezése gátolt, vagy nem megfelelő módon működik a kapcsolatban; vagy a partner nem nyújt megfelelő támaszt az érintett nő számára a döntéshozatali és/vagy a műtét körüli időszakban. Ezt támasztja alá, hogy a párkapcsolati problémákat abortusz melletti érvként felhozó nők lényegesen alacsonyabb mértékű partneri támaszt érzékelték a beavatkozás idején, mint az ezt az érvet nem jelzők. A párkapcsolati jellemzők további összefüggéseivel a következő fejezetben még részletesen foglalkozunk.

Végezetül, azok a nők, akik a várandósságot, mint a céljaikban, terveikben történő akadályozó tényezőt jelölték meg az abortusz melletti döntésük egyik érvként, alacsonyabb szorongást és depressziót mutattak. A személyes érdekek dominanciája, és az aktuális életszakaszban a gyermekvállalással interferáló értékek preferenciája révén valószínűsíthetően az abortusz melletti elhatározás egyértelműbb és kevésbé terhelt intrapszichés konfliktusokkal, kételyekkel az érintett nők számára.

4.4.1.3. Kapcsolati változók és a nők mentális állapota a beavatkozás idején

A művi abortusz mellett döntő nők a párkapcsolati alkalmazkodásban és annak egyes dimenzióiban is – úgy, mint a konszenzus, az elégedettség és kohézió területén – kevésbé jellemezték jónak kapcsolatukat szemben olyan nőkkel, akik épp gyermeküket várták. A vizsgálati minta ugyanakkor a kapcsolati jellemzők egyikében sem tért el a műteti beavatkozás előtt állóktól. Valószínűsíthető, hogy a különbség a várandós nők emelkedettebb értékeiből is adódik, melyet alátámaszt, hogy egy másik kutatásunkban ugyancsak a gyermeket várók értek el jobb értékeket a más kapcsolati ciklusban – például kezdődő párkapcsolatban, vagy „üres fészek” időszakában - lévő nőkkel összehasonlítva (Vajda, Sz. Makó, Deák és Tóth, 2011). Elképzelhető, hogy a gyermekvállalás melletti döntés egy jobb partnerkapcsolati működésben születik meg, illetve hiánya gyengébb

minőségű párkapcsolati funkcionálást feltételez; de azt is valószínűsíteni tudjuk, hogy a várandósság melletti elköteleződés és gyermekvárás mobilizálólag hat a párkapcsolati erőforrásokra, növelve egyben az alkalmazkodással, illetve a kapcsolattal való elégedettséget is.

A partnerkapcsolat minőségi jellemzői, és az azokkal való elégedettség összefüggést mutatott a nők mentális állapotával a műtéti beavatkozás idején. Minél jobb alkalmazkodással jellemezte kapcsolatát egy nő, annál kevésbé szorongott és mutatott depresszív jegyeket a preoperatív időszakban. Emellett minél jellemzőbb volt a kapcsolatban az érzelmek kifejezése, az elégedettség, a konszenzusra való képesség és kohézió, az ugyancsak a szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével járt együtt. Az eredmények alapján valószínűsíthető, hogy egy jól működő párkapcsolat - fontos erőforrást jelentve a helyzettel való megküzdésben - protektív tényezőként szolgál a műtéti beavatkozás idején. Ezt látszanak megerősíteni a párkapcsolati alkalmazkodás, valamint egyes dimenziói és a fentiekben tárgyalt, abortuszhoz kapcsolódó szituatív tényezők közötti összefüggések is, így az abortusz kapcsán félelmeket nem jelző nők magasabb kapcsolati elégedettségről számoltak be. Emellett könnyebbnek ítélték a döntéshozatalt, akik jobbnak jellemezték párkapcsolatukat, s elégedettebbek voltak azzal.

A párkapcsolat stabilabb jellemzői egyben meghatározói lehetnek az abortusz idején mutatott kapcsolati-szituatív működéssel is, úgy, mint a partner döntéshez való viszonyával, vagy a partneri támasz mértékével. Emellett úgy véljük, hogy ezen időszakban megélt krízis is visszahat a párkapcsolati működésre.

Kutatásunkban azt találtuk, hogy a szexuális élet gyakorisága és a szexuális együttlétekllel való elégedettség is jelentősen csökkent a terhességtől a beavatkozásig tartó időszakban. A szexuális aktivitásban bekövetkező változások háttérében a fizikai rosszulléteken túl, olyan, az érzelmi-emocionális működéssel összefüggő okok is megfogalmazásra kerültek, mint negatív érzések, nemi vágy csökkenése, vagy zavaró gondolatok, párkapcsolati problémák. Azok a nők, akik csökkenésről számoltak be - szemben azokkal, akik nem jeleztek változást - lehangoltabbak voltak a beavatkozáskor; azaz, az együttlétekllel számának esése a depresszív állapot tünetekeként is értelmezhető.

Az érzelmek kifejezése jobb színvonalú volt azon nők körében, akik a nemi életük gyakoriságában nem jeleztek változást, szemben azokkal, akiknél átmenetileg teljesen megszűntek az együttlétekllel. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy az érzelmek megoszthatósága és kifejezhetősége - a pszichológiai intimitás fenntartásán keresztül - hozzájárul a párkapcsolati működés stabilitásának fenntartásához ebben az időszakban.

Az érzelmek kifejezése más, az abortusz idején jellemző párkapcsolati működés – mint például az esemény megoszthatósága és az ezzel összefüggésben álló, terhességmegszakítással kapcsolatos döntéshozatali jellemzők - terén is meghatározónak bizonyult. Azon nők párkapcsolatában, akik azt jelezték, hogy partnerük egyetértett a terhesség megszakításával, vagy a terhesség kimenetelével kapcsolatos bármely irányú döntést támogatta, jobb hatékonyságú volt az érzelmek kifejezése, mint akik nem mondták el partnerüknek, hogy gyermeket várnak. Az érzelmek és ezzel összefüggésben akár egyes élethelyzetek – mint adott esetben az aktuális terhesség tényének - megoszthatóságát meghatározó kapcsolati deficit további negatív spirált folytatva járulhat hozzá a partnerek közötti problémák generálásához. Így Holmes (2004) egy esztanulmányon keresztül részletezi, milyen, a pszichés működésre gyakorolt negatív következményeket és életkrízist tud előidézni a férfiak életében, ha csak utólag értesülnek az őket is érintő eseményről. De ezekben az esetekben a nő is elesik a partner felől érkező lehetséges támogatástól az abortusz idején. A párkapcsolatban feszülő titok pedig további gátját képezheti a felek közötti bizalmi kapcsolat és intimitás optimális „működésének”. Ugyancsak a partner döntéshez való viszonyulásával összefüggésben azt találtuk, hogy azok a nők, ahol a partner akarta a terhesség megszakítását, alacsonyabb elégedettséggel jellemezték kapcsolatukat, mint akik partnere egyetértett a művi vetélés melletti döntéssel. Azaz, azokat a kapcsolatokat, ahol a partnerek között nincs egyetértés a kérdésben, és a kimenetel feletti döntés kontrollja a férfi kezében van, már előzetesen is alacsonyabb párkapcsolati elégedettség jellemzi.

Az, hogy valaki mennyire találta partnerét támogatónak a művi abortusz idején, szintén összefüggésben állt a párkapcsolati működés stabilabb jellemzőivel. Minél jobbnak jellemezte kapcsolatát egy nő partnerével, azaz minél magasabb volt az alkalmazkodás, a konszenzusra való készség, az érzelmek kifejezése, az elégedettség és a kohézió mértéke, annál inkább támogatónak élete meg társát a beavatkozás idején. A beavatkozáskor mutatott partneri támasz jellemzőinek azonosítását azért is tartjuk fontos kérdésnek, mert - más szerzőkkel ellentétben (ld. Major és mtsai., 1985) – úgy véljük összefüggésben áll a nők pszichés állapotával a terhességmegszakítás idején. Azon kutatások, melyek nem igazolták fontosságát, a támasz meglétét vagy hiányát pusztán annak alapján azonosították, hogy a férfi elkísérte-e partnerét a beavatkozásra vagy sem. Jelen vizsgálatban az érintett nők nyilatkozhattak arról, mennyire tartják támogatónak társukat az aktuális élethelyzetben. Eredményeink alapján megerősítést nyert, minél támogatóbbnak érezte az

abortusz előtt álló nő párját, annál kevésbé szorongott és mutatott depresszív jegyeket a preoperatív időszakban.

Az elméleti bevezetőben is hangsúlyozott prevenciós szemléletű klinikai pszichológiai és pszichiátriai szakellátás lépéseinek megtervezéséhez nyújt jelentős segítséget annak igazolása, hogy mind a tartós, mind a helyzethez kötött párkapcsolati jellemzők és működési sajátosságok összefüggésben állnak a művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid távú hatásaival.

A partneri viszonyulás mellett más jelentős kapcsolatok, mint a szülőkkel való viszony is befolyással lehetnek az esemény megélésére és feldolgozási módjára. Ezalatt értjük, hogy részben a kapcsolati működés egészére vonatkozó statikusabb jellemzők - mint amilyen a gyermekkori tapasztalatokból merítkező szülői bánásmód -, részben pedig a szülők aktuális élethelyzetre adott reakciói meghatározóak lehetnek a nők abortusz kapcsán megélt érzelmi reakcióinak szempontjából.

Jelen kutatásban résztvevő nők szüleikkel való gyermekkori kapcsolatukat korlátozóbbnak és kevésbé túlónak értékelték, az országos reprezentatív minta női tagjaihoz képest. A szülői bánásmód az érintett nők szexuális neveltetésével is összefüggést mutatott. Azon kutatásban résztvevők, akik úgy nyilatkoztak, hogy szüleik tabuként kezelték a szexualitást, kevésbé jellemezték a velük való kapcsolatot szeretettelinek és törődőnek, s sokkal inkább tartották őket korlátozónak, illetve túlvédőnek, mint akik arról számoltak be, hogy családjukban a szexualitást érintő kérdésekről nyitottan lehetett beszélni. Úgy véljük, a szülő-gyermek kapcsolat és az abban például szexuális kérdések megbeszélhetőségével összefüggésben megtapasztalt nyitottság versus zártság meghatározó lehet a későbbi nemi élet jellemzőinek alakulásában is. Ezt támasztja alá, hogy azok a nők, akik serdülőkorukban nem tudták megbeszélni szüleikkel a szexualitással kapcsolatos kérdéseiket, a terhességet megelőző időszakban ritkábban voltak együtt partnerükkel, és kevésbé voltak elégedettek a szexuális együttléteikkel. Ezen eredményeinkkel összefüggésben fontosnak tartjuk egy későbbi kutatásban annak vizsgálatát is, hogy vajon a szülő-gyermek kapcsolati jellemzők, valamint a pszichoszexuális nevelés egyes sajátosságai összefüggésbe hozhatóak-e olyan rizikómagatartásokkal, melyek növelik a művi abortusz bekövetkeztének kockázatát egy nő életében.

A művi vetélés idején a nők eltérően nyilatkoztak arról, hogy szüleik tudtak-e az aktuális terhességről, vagy sem, illetve hogyan reagáltak vagy reagálnának a megszakítás szándékára. Azok a nők, akik édesanyjukkal megosztották jelen várandósság tényét,

szeretetteljesebbnek és törődőbbnek jellemezték kapcsolatukat, s kevésbé tartották őt korlátozónak és túlvónak, mint akik nem beszéltek anyjukkal aktuális élethelyzetükről. S mint ahogyan az várható volt, a tehességmegszakítás megosztása összefüggött a serdülőkori szexuális kérdésekben mutatott szülői nyitottsággal; illetve „elhallgatása” a szexuális kérdések tabuként kezelésével.

A szülői bánásmód az anya terhességmegszakításra adott reakcióival is kapcsolatban állt. Az abortuszhoz kötődően elutasító és ellenző viszonyulást jelzők kapcsolata volt legkevésbé szeretetteljes anyjukkal. Emellett a művi vetelésre adott negatív, elutasító anyai reakciókat jelzők és azok között, akik édesanyja nem élt, négyszer, illetve kétszer annyian voltak, akik családjában a szexualitással kapcsolatos kérdések tabunak számítottak; míg a támogató, elfogadó anyai reakciók nagyobb gyakorisággal jártak együtt a nyitott, nyílt módon szexualitásról beszélni tudó kamaszkori tapasztalatokkal.

A szülői bánásmód egyes dimenziói nem mutattak összefüggést a nők abortusz idején mért szorongás és depresszió jellemzőivel, azaz az abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid távú kimeneteli következményeivel. A szorongás és depresszió mértékében ugyancsak nem volt különbség a nők között, attól függően, hogy szüleik valamelyikével megosztották az eseményt vagy sem. A szülői reakciókat az elfogadás; elutasítás vagy a viszonyulás hiánya mentén értékelve, azok a nők, akik az eseményt nem tudták megosztani édesanyjukkal, mert az nem él, depresszívebbek voltak a beavatkozás idején, mint akik elfogadó, de akár a terhesség megszakítása miatt elutasító anyai reakciókat tapasztaltak. A nők 5,9 százaléka jelezte, hogy az abortusz előtti egy éven belül veszített el közeli hozzátartozót, s 33,6 százalékuk életük folyamán valamikor; azonban ezen esemény egy éven belüli vagy azon túli megtapasztalása önmagában nem járt együtt magasabb szorongással és depresszív hangulattal a beavatkozás idején. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy az eseményt édesanyjukkal - annak korábbi elvesztése miatt - megosztani nem tudók depresszió átlaga nem a gyászmunka következtében haladja meg a klinikai határértéket. Vélhetően az anya hiánya, elérhetetlensége az adott krízishelyzetben az, ami indokolja a fokozottabb negatív hangulati érintettséget.

Az abortusszal kapcsolatos döntéshozatalt, az eseményt édesanyjukkal megosztók érezték nehezebbnek. Egyrészt elképzelhető, hogy eleve a döntési nehézség következményeképpen vonják be nagyobb valószínűséggel anyjukat az érintettek; amit megerősíteni látszik, hogy a döntési nehézség pozitív kapcsolatot mutatott a támaszkereséssel, mint a problémahelyzetekkel való megküzdés egyik formájával, illetve,

hogy – a döntéshozatali nehézséggel ugyancsak összefüggésben – a beavatkozás kapcsán félelmeket, aggodalmakat jelzőkre jellemzőbb volt a támaszkeresés. Másrészt a jelenség azzal is magyarázható, hogy az anyával történő megosztás során a kételyeket és ambivalenciát tovább növelő szülői szempontok, abortusz elleni érvek merülnek fel.

Összességében elmondható, hogy bár a szülői, azon belül is az anyai bánásmód és a szexualitáshoz való viszony abortusz idején mért szorongással és depresszióval mutatott összefüggése nem nyert igazolást, azaz úgy tűnik, ezen kapcsolati jellemzők az abortusz nők mentális állapotára gyakorolt rövid távú negatív hatásaival nem állnak összefüggésben; eredményeink megerősítik, hogy az anyával való korábbi kapcsolat jellemzői meghatározzák, milyen mértékben vonja be aktuális élethelyzetének megoldásával kapcsolatos kérdésekbe az érintett nő édesanyját.

A harmadik, abortusszal összefüggésben vizsgált, általánosabb kapcsolati változó a társas támasz volt. A művi abortuszon átesett nők alacsonyabb kézzelfogható és affektív támogatásban részesültek, mint a várandósok, azonban ezen eredmény abortusszal összefüggő értelmezése óvatosságra int, elképzelhetőnek tartjuk, hogy a gyermekvárás időszaka a környezet felől érkező támogatás különböző formáira stimulálólag hat.

Ugyanakkor a társas támasz minden egyes formája – mint az érzelmi-információs, a kézzelfogható, a pozitív szociális interakción alapuló és az affektív – negatív kapcsolatban állt a beavatkozás idején nőket jellemző szorongással. Az érzelmi-információs támasz kivételével ez a tendencia volt megfigyelhető a depresszió és a társas támasz típusai között is. Ennek alapján elmondható, hogy azok a nők, akik a környezetüket támogatóbbnak élték meg a különböző élethelyzetekben, alacsonyabb mértékű szorongást és depressziót mutattak a preoperatív időszakban. A művi vetélés előtt állók körében – a nőgyógyászati műtétesekhez képest - egyben kevesebb volt azon személyek száma, akiktől segítségre számíthattak, vagy akikre támaszkodni tudtak különböző helyzetekben. Ugyanakkor sem a támaszforrások kiterjedtsége, sem az abortusz kapcsán beavatottak száma nem volt összefüggésben a nők aktuális mentális állapotával, azaz nem a mennyiségi, sokkal inkább a minőségi kapcsolati jellemzők bizonyulnak meghatározónak az abortusz rövid távú kimenetelével összefüggésben. Felvetődik a kérdés, hogy az abortusz ellentmondásos megítélése ellenére a környezet egyes szereplői képesek-e érzékelni, ha egy nőnek szüksége van ebben az időszakban a támogatás valamilyen formájára; s a stigmatizációtól való félelem, vagy a történetek mihamarabbi „elfelejtésének” igénye ellenére az érintett nő képes-e vállalni és ezáltal „láttatni” esetlegesen nehéz helyzetét, s képes-e a segítség kérésére. Mint ahogyan azt az elméleti bevezetőben is kifejtettük, úgy véljük a

pszichológiai munka egyik hangsúlyos szerepe ebben az időszakban éppen a támasznyújtásban rejlik.

4.4.1.4. Egyéni jellemzők és a nők mentális állapota a beavatkozás idején

Kutatásunkban olyan, az abortusz helyzetével való megküzdést valószínűsíthetően támogató, vagy éppen nehezítő személyiségtényezőket is vizsgáltunk, mint a rezilienciát, vagyis a lelki ellenálló képességet, a különböző coping mechanizmusokat, valamint a szorongásos reakciókkal kapcsolatos beállítottságot és az emocionális instabilitást jelző neuroticizmust.

Az egyéni jellemzők mentén valószínűsítettük, hogy egyes tényezők – mint a személyt jellemző reziliencia, vagy bizonyos megküzdési mechanizmusok – protektív tényezőként hatnak az aktuális élethelyzetben, míg mások – mint a neuroticizmus, vagy az önbüntetés – együtt járhatnak az abortusz rövid távú negatív kimeneteleivel.

A beavatkozás során alacsonyabb mértékű szorongással vagy depresszió értékekkel járt, ha valaki reziliensebb volt, vagy problémahelyzetekben feszültségeit jól tudta kontrollálni, illetve csak a depresszió vonatkozásában meghatározónak bizonyult még az emóciófókusz is. A reziliencia – magában foglalva a személy találékony, adaptív és rugalmas módon történő reagálását - feltételezi a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást (Gy. Kiss, 2012). A kutatásunkban rezilienciával összefüggésben álló alacsonyabb szorongás és depresszió értékek megerősíteni látszanak ezen személyiségjellemző megküzdésben játszott protektív szerepét abortusz idején. A feszültségkontroll - mint a nehéz helyzetekkel való megküzdési mód – ugyancsak együtt járt a beavatkozás idején megélt szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével. Ezen coping mechanizmusra jellemző a fenyegetettség keltette impulzusok, emóciók kontrollálására való törekvés. Alapvető célként jelenik meg a személyiség stabilitásának megőrzése és helyzetmegoldás során a tárgyilagosság fenntartása. Az alacsonyabb depresszió értékekkel összefüggő emóciófókusz esetén pedig a személy erőfeszítései elsősorban a fenyegetettség keltette negatív, kellemetlen érzelmi állapot megszüntetésére irányulnak, az egyén aktívan tesz állapotának javulása érdekében. Mindhárom tényező magában hordozza a megoldás érdekében erőfeszítést kifejtő, a problémaszituáció keltette feszültség és emóciók kontrollálására és szabályozására törekvő, adaptív alkalmazkodást.

A fentiekkel ellentétben magasabb szorongást élt át vagy depresszívebb volt abortusz idején a vizsgálatban résztvevő nő, ha megküzdést igénylő, nehéz helyzetekben

emóció kiürítés jellemezte, s önbüntető volt, valamint ha vonás szintjén jelent meg a szorongásra való hajlam és emocionális instabilitás. Emóció kiürítés során a személy a fenyegetettség során keltett feszültséget nem tudja szabályozni, levezetése gyakran nem célirányos, acting-out reakciók vagy kontrollálatlan düh, harag formájában történik meg; érzelmei elsodorják. Az önbüntetésre, mint a problémahelyzetekhez való viszonyulásra jellemző az önvád, az egyén önmagát okolja a történetekért, s a negatív következményeket büntetésként éli meg. S végül a szorongásra való hajlam és emocionális instabilitás a stresszorokra való fokozottabb érzékenységet és a félelem, szomorúság, bűnösség és más negatív érzelmek gyakoribb átélésére való hajlamosságot feltételez. A neuroticizmusra hajlamos egyének nehezebben képesek kontrollálni impulzusaikat, adaptív megküzdési mechanizmusaik szegényesebbek. A beavatkozás idején mért magasabb szorongás és depresszió értékekkel összefüggő személyes diszpozíciók egymást erősítő jellemzői közé tartozott az emocionális instabilitás, a stresszorok következtében megélt feszültség kontrollálásának problematikája, valamint az önvád és önbüntetés hangsúlyossága.

Amennyiben az érintett nőre jellemzőbb a lelki ellenálló képesség és a személyiség stabilitásának fenntartására irányuló aktív törekvés, a döntéshozatalt könnyebbnek ítélte. Ezzel szemben, ha valakinek a nehézségek megoldásában, a problémahelyzet keltette fenyegetettség elhárításában szüksége van más, közreműködő személyekre, azaz az egyént fokozottabb támaszkeresés jellemzi, vagy önbüntető módon éli meg felmerülő problémáit, az abortusz melletti döntéshozatalt nehezebbnek tartotta. Elképzelhető, hogy a támaszkeresés szükséglete ebben a döntési helyzetben a nő azon érzéséből fakad, hogy egyedül nem képes a helyzettel való megbirkózásra, nem képes egyedül jó megoldást találni. Az önbüntetés pedig a kimenetelhez kapcsolódó fokozottabb büntudati feszültséget feltételezi. Emellett mindkét tényező áttételesen kötődik a felelősségvállaláshoz, egyik esetben az abortusz melletti döntéshozatallal járó felelősség megosztására törekszik a nő, míg a másokban a döntéshozatallal járó fokozottabb felelősségvállalás jelzőjeként is felmerülhet az önbüntetés.

4.4.1.5. Élettörténeti események és demográfiai jellemzők a művi abortusz rövid távú pszichológiai kimeneteleivel összefüggésben

Úgy véljük, bizonyos életesemények megtörténte ugyancsak összefüggésben állhat az abortuszra adott pszichológiai reakciókkal.

Az abortusz melletti döntéshozatali nehézséggel kapcsolatba hozható események egy része az életet érintő kapcsolati krízisek és veszteségek köré csoportosult. Abban az esetben, ha a nő élete folyamán előfordult öngyilkosság a közvetlen környezetben vagy közeli hozzátartozót veszített el az elmúlt egy évben, nehezebbnek ítélte a döntéshozatalt. Ezen élethelyzetek abortusz idején megélt krízissel mutatott hasonlósága egyrészt a vérségi kapcsolat elvesztésének, ezen keresztül az élet értékének, másrészt az élet-halál melletti döntés dilemmájának kérdésköre mentén fogalmazható meg. Az életesemények másik része anyagi-egzisztenciális létbizonytalanságot feltételez, azaz ha az érintett nő valaha megélt már partnere munkanélküliségét, nehezebbnek ítélte a döntéshozatalt. De az is elképzelhető, hogy ezen tényező közvetve párkapcsolati problémákat is valószínűsít. A párkapcsolatban fokozódó viták, nézeteltérések, konfliktusok, vagy a partnertől történő különválás, szakítás megtapasztalása esetén ugyancsak magasabb döntési nehézséget éltek meg a nők. Úgy véljük, egyrészt azért, mert a partnerkapcsolati problémák következtében az abortusszal járó érzelmi nehézségek kezelése-, valamint a döntési dilemma során egy fontos támaszforrástól esik el az érintett nő, másrészt mert a nem kielégítő párkapcsolat – esetenként akár a nő szándékával ellentétben – direkt (pl. partner akarja a terhesség megszakítását) vagy indirekt (pl. a nő a partnerhez köthető valamely jellemző miatt nem látja biztosítottnak a gyermekvállalás feltételeit) kényszerítőerőként hathat az abortusz vállalásának irányában.

A fokozódó párkapcsolati problémák és konfliktusok, valamint a válás és különélés megtapasztalása fokozottabb szorongásos és depresszív reakciókkal is együtt járt a beavatkozás idején. S ehhez hasonlóan, azok a nők, akik életszínvonalbeli változásokat jeleztek, ugyancsak magasabb szorongást életek át és depresszívebbek voltak a preoperatív időszakban. Hasonlóan a döntéshozatali nehézségnél leírtakhoz, úgy véljük ezen összefüggések a partneri támasz hiányával és a külső, környezeti tényezők kényszerítőerejével magyarázhatók.

Abban az esetben, ha a nő korábban átélt várandóssághoz kapcsolódó veszteségélményt – úgy, mint spontán vetélést vagy művi abortuszt –, az esemény érzelmi érintettségének mértéke együtt járt az aktuális várandóssági kimenetelhez kapcsolódó döntéshozatali nehézséggel. A vetélés vagy az abortusz érzelmi terhének korábbiakban történő megtapasztalása az aktuális terhesség megszakításának ellenében hatott. A családtag súlyos és tartós betegségének érzelmi hatása ugyancsak pozitív kapcsolatban állt a döntés meghozatalának nehézségével, valamint a beavatkozás idején mért szorongás és depresszió mértékével. Ez utóbbi életesemény intenzív megélése mobilizálhat az élet

értékével kapcsolatos kérdéseket, de akár érzékenyítőleg is hathat másoknak kiszolgáltatott személyekkel kapcsolatban.

Az abortuszkutatások egy része foglalkozik néhány demográfiai változó és terhességi előzmény valamint a művi vetélésre adott pszichológiai reakciók összefüggéseinek vizsgálatával. Így egyesek például a fiatal életkort (ld. Franz és Reardon, 1992; Rue, V. M. és mtsai., 2004), vagy a még gyermektelen státuszt (ld. Adler és mtsai., 1992), vagy a gyakorló vallásosságot (ld. Adler, 1976; Söderberg és mtsai., 1998) rizikótényezőként valószínűsítik a döntéshozatali nehézséggel, a műtét során megélt súlyosabb pszichológiai distresszel, és/vagy a terhességmegszakítás további negatív következményeivel összefüggésben. Kutatásunkban vizsgált demográfiai jellemzők – úgy, mint életkor, iskolai végzettség, családi állapot, korábbi szülési események, vagy a nő életében előforduló korábbi abortuszok - egyikével sem mutatott kapcsolatot a döntéshozatali nehézség és a beavatkozás idején mért szorongás és depresszió.

4.4.2. A művi abortusz hosszú távú pszichológiai jellemzői

A művi abortuszra adott normatív pszichológiai reakciókon túl – melynek lezajlását a beavatkozástól számított három hónapra teszi a témával foglalkozó szakirodalom – felmerül, hogy az eseménynek a nők bizonyos csoportjaira nézve elhúzódó, a műtétet követően három hónapon túli, vagy hosszú távú, a terhességmegszakítás után hónapokkal később jelentkező negatív pszichológiai kimenetekben megmutatkozó hatása is van (ld. Colemann és mtsai., 2005).

Ennek igazolása azonban számos módszertani problémába ütközik. A művi abortusz nők mentális állapotára gyakorolt negatív következményének vizsgálatával foglalkozó kutatások egyik jelentős nehézségét jelenti, hogy a célcsoport nehezen hozzáférhető az utánkövetéses adatgyűjtés számára. A lemorzsolódás szélsőséges esetekben 90 százalék feletti is lehet (ld. Adler, 1976). A kutatók egy része anyagi juttatásokkal, vagy az utánkövetéses időszak néhány hétre vagy 1-2 hónapra történő „lerövidítésével”, vagy az abortusz után néhol kötelező jelleggel beiktatott orvosi kontrollvizsgálatokhoz rendelt adatgyűjtéssel próbálja mérsékelni a résztvevők számának jelentős csökkenését.

Ha az adatgyűjtésre hónapokkal a beavatkozást követően kerül sor, a műtét körüli időszak jellemzőire sok esetben pusztán retrospektív beszámolók alapján próbálnak

következtetni az egyes szerzők. A hosszú távú kimeneteli lehetőségek tanulmányozása közé tartoznak még az egészségügyi adatbázisok feldolgozásán alapuló tanulmányok is, melyekben bár nagyszámú mintán végeznek az abortusz negatív pszichológiai következményeivel kapcsolatos vizsgálatokat, az adatgyűjtés természetéből fakadóan csak kevés változó kontrollálására képesek.

Jelen kutatásunkban a beavatkozást követően fél évvel később vizsgáltuk a művi abortusz esetleges hosszú távú negatív következményeit. A második szakasz fókuszában a komplikált gyász jegyeként megjelenő pszichiátriai problémák és az őket valószínűsítő abortuszhoz kötődő szituatív, kapcsolati, személyes és élettörténeti vonatkozások feltárása állt. Mint ahogyan azt már korábbiakban írtuk, az adatgyűjtés az érintett nő beleegyezésétől függően kérdőívek és/vagy interjú felvételen alapult. Jelen munka kereteit meghaladja az interjúk tartalmi elemzésének és az így nyert eredményeknek a bemutatása, mellyel egy külön tanulmányban igyekszünk foglalkozni. Az alábbiakban elemzésre kerülő adataink a kérdőívek feldolgozásából származnak.

4.4.2.1. A fél évvel későbbi utánkövetéshez való viszonyulás, azaz a megjelenéssel vagy elutasítással összefüggésben álló tényezők

Nem ismert olyan kutatás, mely a résztvevők személyes- és kapcsolati jellemzői mentén hasonlítaná össze az egyes csoportokat a vizsgálathoz való viszonyulásuk függvényében, továbbá ezek a munkák a lemorzsolódó nők csoportját minden esetben homogén mintaként kezelték.

Munkánkban a második fordulóhoz való viszonyulás és a felkeresésre adott reakciók függvényében három csoportba soroltuk a vizsgálatban résztvevőket. Ennek alapján együttműködők voltak azok, akik a kérdőíveket kitöltötték és/vagy az interjúban részt vettek; elutasítók csoportjába tartoztak, akik vagy már a beavatkozás idején, vagy a későbbi megkereséskor jelezték, hogy nem kívánnak a továbbiakban együttműködni, illetve akiknek csak postai elérhetősége volt meg és nem küldték vissza a kérdőíveket; s végül a nem elérhetők csoportjába kerültek besorolásra azok a nők, akik a megadott címen vagy telefonszámon nem voltak elérhetők.

A csoportok között elsősorban a coping mechanizmusok és a párkapcsolati jellemzők, valamint a szülői bánásmód tekintetében mutatkozott különbség. Szemben a másik két csoportba tartozó nőekkel, az elutasítók támaszkeresőbbek voltak, a nem elérhetőkre pedig az emóció kiürítés volt jellemzőbb. Ezen megküzdési mechanizmusok

kevésbé bizonyultak adaptívnek az abortusz rövid távú kimenetele során, így joggal feltételezhető, hogy negatív befolyással lehetnek a hosszú távú állapotot meghatározó feldolgozási folyamatokra is. Meg kell említeni, hogy a nem elérhetőket az emóciófókusz is inkább jellemezte, mint az együttműködőket, mely a kellemetlen, negatív érzelmi állapotok megszüntetésére irányuló törekvés révén hozzájárulhat a beavatkozás keltette feszültségek mérsékléséhez.

A nem elérhetők számos további kapcsolati és demográfiai jellemző mentén különböztek a másik két csoporttól, így esetükben volt legalacsonyabb a párkapcsolati kohézió, valamint a szülői bánásmód szeretet törődés dimenziója. A szülővel való kapcsolat problematikáját erősíti még meg, hogy közülük többen jeleztek szüleikkel szemben fennálló tartós konfliktust. Emellett fiatalabbak voltak és több volt közöttük az alacsonyabb iskolai végzettségű, s gyakrabban előfordult már, hogy partnerük elveszítette munkahelyét. Az eredmények implikálják, hogy azok a nők, akik közvetett módon utasítják el a vizsgálatban való további részvételt, azaz nem elérhetők, kapcsolati nehézségekkel küzdenek, és/vagy fiatalabbak, és/vagy alacsonyabb szocioökonómiai státuszúak. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy ezen tényezők önmagukban is indokolják a kutatásban való együttműködés hiányát. Egyben az elutasítókat és nem elérhetőket inkább jellemző inadaptív megküzdési stratégiák felhívják a figyelmet a komplikált feldolgozás magasabb kockázatára.

4.4.2.2. Szorongás és depresszió fél évvel a művi abortuszt követően

A műtétet követően néhány héten belül már kimutatható az abortuszt kísérő szorongás és depresszió csökkenése (ld. Cohen és Roth, 1984; Cozzarelli, 1993; Faure és Loxton, 2003; Mueller és Major, 1989; Shusterman, 1979). Ezzel összhangban jelen kutatásban is megerősítést nyert, hogy a művi abortuszt követően fél évvel mind a szorongás, mind a depresszió mértéke jelentősen csökken a megjelentek körében.

Az abortusz idején megélt szorongás és depresszió összefüggésben állt a beavatkozást követő fél évvel későbbi pszichés állapottal is. Minél inkább szorongott egy nő a preoperatív időszakban, annál jellemzőbb volt rá ez az állapot fél évvel az eseményt követően is; valamint a fokozottabb lehangoltság együtt járt a szorongás és depresszió magasabb értékeivel a későbbiekben is. Az együttműködő nők egy jelentős részénél fél évvel az abortuszt követően is a klinikai határérték feletti szorongás és depresszió értékeket

mértünk, a résztvevők 53,4 százalékát szorongásos, míg 17,1 százalékát depresszív állapot jellemezte.

A hosszútávon megjelenő szorongás prediktorának a kapcsolati tényezők közül a szülői túlóvás, személyes jellemzők közül az emóció kiürítés és a reziliencia, míg a szituatív változók közül az abortusz elleni érvek száma bizonyult. A túlvédő anyai bánásmód, vagy a stresszhelyzet keltette feszültség kontrollálatlan, nem adekvát reakciókban történő levezetése, illetve az abortusz elleni érvek száma növelték a valószínűségét a fél évvel későbbi szorongás megjelenésének, míg a reziliencia a fentiekkel ellentétben, a szorongás mérséklődését jósolta be.

A depresszív reakciók prediktorai között a párkapcsolatot jellemző érzelemkifejezés és az anyai túlóváó bánásmód, a neuroticizmus, valamint a terhesség körüli időszakot jellemző szexualitással való elégedettség szerepelt. A túlvédő anyai bánásmód, a neuroticizmus, azaz az emocionális stresszorokra való fokozottabb érzékenység, az emocionális instabilitás, a negatív érzelmek gyakoribb átélése növelték a valószínűségét a terhességmegszakítást követő fél évvel későbbi depresszió meglétének; míg ha a beavatkozáskor az érintett nő kapcsolatában az érzelmek kifejezésének jó színvonaláról számolt be, illetve ha a szexuális együttlétekkel való nagyobb elégedettséget jelzett a terhesség időszakában, kisebb volt a valószínűsége a depresszív állapotnak fél évvel az eseményt követően.

4.4.2.3. Pszichológiai tünetek és panaszok, distressz jellemzők fél évvel az abortusz követően

A szorongás és depresszió mellett az abortusszal összefüggésben vizsgáltunk olyan pszichés problémákat, mint a szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, ellenségesség, fóbia, paranoia és pszichoticizmus. A kutatásban résztvevők aszerint értékelték a különböző kórképek háttérében álló tüneteket, hogy azok a terhesség megszakítása óta milyen mértékben jelentek meg. A vizsgálati csoport eredményeinek normatív- és klinikai mintákkal történő összevetése valószínűsíti, hogy a kutatás második fordulójába résztvevő nők többségét nem érintik a felsorolt kórképek; azaz az együttműködők körében a fentiekben felsorolt szindrómák abortusszal összefüggő megjelenése nem volt igazolható. A hazai mintán végzett faktorelemzés a kérdőív unidimenzionalitását erősítette meg (Unoka és mtsai., 2004), így az abortusz egyes kórképekkel mutatott összefüggéseinek hiánya ezen ténynek is betudható.

A nőknek egyben arra is lehetőségük nyílt, hogy az egyes tünetek kapcsán jelöljék, ha annak megjelenését egyértelműen az abortusznak tulajdonítják. Az érintettek legalább 15 százalékánál előforduló panaszokat figyelembe véve, elsősorban hangulati- (pl. „Könnyen sírva fakad.” - 17,2%; „Szomorúság érzése.” – 24,1%; „Reménytelenség a jövőre nézve.” – 20,7%) és poszttraumatikus stresszre utaló (pl. „Akaratlan dolgok, szavak, amelyeket nem tud a gondolataiból kizárni.” – 27,6%; „El kell kerülnie bizonyos dolgokat, helyeket, vagy tevékenységeket, mert azok zavaróak Önnek.” – 17,2%) érintettség valószínűsíthető. Illetve vannak olyan szimptómák, melyek önmagukban is jelentős életterületeket vagy egyéni működési jellemzőket érintenek, de egyben részét képezhetik valamely kórképnek is. Így többen jeleztek a szexuális életet érintő problémákat (pl. „Szexuális érdektelenség, örömtelenség.” - 20,7%), vagy büntudati feszültséget (pl. „Önvádolás különböző dolgok miatt.” – 17,2%; „Bűnösnek érzi magát.” – 17,2%), melyek tulajdoníthatók az abortuszra adott depresszív reakcióknak is; vagy az érzelmi-indulati életben jelentkező feszültségeket és szabályozási problémákat (pl. „Olyan hangulatkitörés, melyet nem tud kontrollálni.” – 17,2%; „Idegesség, belső bizonytalanság érzése.” – 24,1%), melyek a PTSD tüneteként is értelmezhetők.

A tüneti érintettséget (kiterjedtséget) és annak mértékét befolyásoló prediktorok között szerepelt az anyai túlvédés és emóció kiürítés, melyek magasabb mértéke valószínűsítette az abortusz utáni panaszok számának és súlyosságának növekedését, míg ezzel szemben a lelki ellenálló képesség vagy reziliencia csökkentette azt. A helyzeti jellemzők közül a tünetek abortuszt követő megjelenési valószínűségét növelte, ha az érintett nő szexuális együttlétekkkel való elégedettsége csökkent a terhesség és műtét körüli időszakban, vagy ha az művi vetélés ellenében hozott fel érveket.

Az egyes szindrómák megjelenésének előrejelzésében a fenti változók eltérő mértékben játszottak szerepet (részletesen ld. a 20. táblázatot); és pusztán két patológiás kimenetel, a kényszeres tünetképződés és az interperszonális érzékenység esetén jelent meg a neuroticizmus is, mint prediktor változó.

4.4.2.4. A PTSD tünetei fél évvel a beavatkozást követően

Az abortusz vonatkozásában egyik leggyakrabban tárgyalt klinikai zavar a poszttraumás stresszreakció, mely a kiváltó eseményre emlékeztető helyzetek elkerülése, az újraélés és a hiperarousal szimptómák megléte mentén került diagnosztizálásra. Jelen kutatás második szakaszában együttműködő nők 65,5 százalékánál a PTSD-re utaló tünetek enyhe vagy

közepes mértékű előfordulása volt jellemző, míg 24,1 százalékuknál középsúlyos, 10,3 százalékuknál pedig súlyos mértékű PTSD-t lehetett azonosítani. A nők közel harmada (31%) jelezte, hogy panaszai az elmúlt egy hónapban is jelen voltak, és több mint 65 százalékuknál negatív hatást fejtettek ki a munka- (65,5%), a társadalmi- (65,5%) és/vagy családi élet (69%) valamelyikére. A kutatásban résztvevők azt is értékelték, hogy milyen mértékben sikerült az eseménnyel megbirkózniuk. Ez esetben a nők pusztán 31 százaléka jelezte, hogy teljes egészében feldolgozták a történetet. Eredményeink megerősítik azon nemzetközi kutatásokat (ld. Coleman és mtsai., 2008/b; Rue, V. M. és mtsai., 2004; van Emmerik és mtsai., 2008), melyek a PTSD megjelenésének kockázatát hangsúlyozzák az abortusszal összefüggésben.

Ezen klinikai zavar előrejelzőjének bizonyult a túlóvó anyai bánásmód, a stresszhelyzetek keltette feszültség kontrollálatlan és inadekvát reakciókban történő levezetése, mint az egyénre jellemző coping stratégia, valamint az abortusz ellenében megjelenő érvek száma. A felsorolt tényezők növelték a stresszreakció előfordulásának valószínűségét. A lelki ellenálló képesség – csakúgy, mint a fentiekben tárgyalt más klinikai problémák esetén, a PTSD vonatkozásában is – a zavar alacsonyabb előfordulását valószínűsítette.

A művi abortusz hosszú távú kimeneteli lehetőségeit összegezve a nők egy számottevő csoportja (10-50%) veszélyeztetett különböző pszichológiai, pszichiátriai problémák abortusszal összefüggő megjelenése kapcsán fél évvel a beavatkozást követően, melyek közül kiemelendő a depresszió, a szorongás, valamint a terhesség megszakítására adott posztraumás stressz szindróma. Az egyes klinikai kórképek mellett – azokkal akár összefüggésben is – megjelennek olyan panaszok, melyek a pszichoszexualitás, vagy például a nők érzelmi-indulati életének szabályozása terén megmutatkozó problémák meglétét ugyancsak alátámasztják.

A művi vetéléssel járó veszteség patológiás feldolgozásának valószínűségét mind személyes, mind kapcsolati, mind pedig a beavatkozás időszakához kapcsolódó helyzeti tényezők egyaránt meghatározzák. Személyes jellemzők közül az emóció kiürítés és ritkábban a neuroticizmus – azaz az emocionális instabilitás és impulzuskontroll problémák, a negatív érzelmek gyakoribb átélése - növeli, míg a reziliencia csökkenti az esélyét a terhességmegszakítás nők mentális állapotára gyakorolt, klinikai kórképekben megnyilvánuló negatív hatásának. A kapcsolati változók közül az anyai túlvédés bizonyult a legjelentősebb prediktornak az egyes zavarokat illetően. Ha az érintett nő anyjával való

kapcsolatában túlóvó, folyamatos kapcsolati függőséget fenntartani igyekvő és az autonómiatörekvéseket gátló szülői bánásmódot tapasztalt, nőtt a megjelenési valószínűsége az abortuszra adott patológiás reakcióknak. Úgy véljük, a túlóvásban megjelenő anyai kontroll erőteljesen gátolja a felnőtt szerep- és felelősségvállalást, csökkenti az egyén saját sorsa, döntései feletti önrendelkezés érzését, s egyben csökkentheti az énhatékonyság élményét, melyek mindegyike hozzájárulhat az életvezetésben felmerülő problémák inadekvát kezeléséhez, s növelheti a súlyos stresszt kiváltó helyzetek egészségi állapotra gyakorolt elhúzódó és tartós negatív következményeit. A párkapcsolati alkalmazkodás minőségét meghatározó jellemzőkön belül az érzelmek kifejezése csökkentette a depresszió valószínűségét. Végezetül a szituatív változók közül két tényező bizonyult meghatározónak a klinikai kórképek megjelenésével összefüggésben. Az abortusz ellenében szóló érvek száma, és a szexuális együttléteklkel való elégedettség csökkenése a terhesség beigazolódását követően előrejelzik számos pszichés zavar – úgy, mint a szorongás, a depresszió és a PTSD, valamint egyéb pszichiátriai szindrómák (részletesen ld. a 17., 20., 21. táblázatok) – megjelenését. A szexualitással való elégedettség csökkenése részben a partnerek közötti intimitásban generál problémákat, részben korai előrejelzője és velejárója lehet az abortusz kapcsán megjelenő hangulati zavarnak, melyet alátámasztani látszik, hogy ezen szituációhoz kötött változó a fél évvel későbbi depresszió valószínűsítésében játszik elsősorban fontos szerepet. A művi abortusz kapcsán ugyancsak hangsúlyosabban jelenlévő PTSD esetén pedig a terhesség megszakítása elleni érvek száma az, ami bejósolta a tünetek gyakoriságát és intenzitását. Úgy véljük, az ellenérvek minden esetben a döntési helyzet ambivalenciáját fejezik ki, melynek háttérében a művi vetelés vállalásának ellenében olyan tényezők is megjelennek, mint a magzat irányában érzett érzelmi elköteleződés, vagy az anyaság élményének igenlése.

4.5. Összefoglalás és kitekintés

A művi abortusz legalizálása óta egyre több nemzetközi tanulmány foglalkozik a beavatkozás lélektani következményeivel. A korai kutatások elsősorban a művi vetelésre adott normatív reakciók meghatározására fókuszáltak; míg az esemény későbbiekben megjelenő vagy elhúzódó negatív hatásait felismerve, az elmúlt két-három évtizedben egyre több olyan vizsgálat született, melyek a terhesség megszakítását követően, azzal

összefüggően megjelenő pszichopatológiai következmények azonosítására törekedtek. A témával foglalkozó tudományos munkák sokasága ellenére mai napig vitatott a beavatkozás nők mentális egészségére gyakorolt hatása.

Hazánkban – a kérdéskör jelentősége ellenére – sem a pszichológiai, sem a pszichiátriai kutatásokban nem kapott helyet a művi abortusszal összefüggő lélektani folyamatok és állapotok tanulmányozása. Jelen kutatás - részben ezt a hiányt pótolva - a művi abortusz pszichológiai vonatkozásainak, azon belül az eseménnyel összefüggésben álló, rövidtávon megjelenő distressz jellemzőknek és a beavatkozást követően fél évvel később előforduló pszichés zavaroknak a feltárásával és az érintett nők mentális egészsége szempontjából negatív kimenetel valószínűségét növelő szituatív-, kapcsolati- és egyéni jellemzők azonosításával foglalkozik.

Eredményeink értelmében a terhesség megszakítása egy nő életében fokozott distresszel jellemezhető életeseménynek bizonyul. Ezt támasztja alá, hogy a műtéti beavatkozás idején a szorongásos és a depresszív reakciók szintje emelkedettebb volt, s a szorongás tekintetében a nők 68,8 százaléka, míg depresszió esetén az érintettek 35,6 százaléka mutatott klinikai szempontból is jelentősnek mondható tüneteket.

A nők abortuszra adott distressz reakcióit csak részben magyarázták a műtéti helyzethez, azaz az invazív beavatkozáshoz kapcsolódó aggodalmak; s a szorongással és depresszióval összefüggésben a későbbi reprodukciós sikerességgel és a halállal, tágabb értelemben véve a veszteséggel kapcsolatos *félelmek* is megjelentek. A szorongás emelkedettebb szintjével és/vagy a depresszív hangulati állapottal egyéb *szituatív tényezők* is összefüggést mutatottak. Ha egy nő nehezebben hozta meg a műtét melletti *döntését* vagy több *ellenérvet* fogalmazott meg az abortusz vállalásával szemben, jobban szorongott és depresszívebb volt. Bár vannak szerzők, akik a terhesség megszakítása melletti érvek feltárásával részletesen foglalkoztak (ld. Finer és mitsai., 2005; Turay és mtsai., 1997), mégsem fordítottak figyelmet a beavatkozás ellenében megjelenő indokokra, s nem vizsgálták az egyes érvek megléte vagy hiánya és a nők abortusz idején mutatott pszichés működése közötti lehetséges összefüggéseket. A kérdéskör részletesebb tanulmányozását azért is tartjuk fontosnak, mert úgy véljük, hogy az abortusz szakirodalmában hangsúlyos szerepet kapó ambivalencia (ld. Ashton, 1980; Lauzon és mtsai., 2000; Lemkau, 1991), mint a nők abortuszra adott reakcióit és a későbbi komplikációkat meghatározó tényező éppen az abortusz mellett és ellenében megfogalmazódó érvek feszültségéből táplálkozik. Kutatásunkban a nők 50,4 százaléka egy vagy több ellenérvet is mondott, melyek közül a döntéshozatal nehézsége szempontjából meghatározónak bizonyult, ha vágyott az

anyaságra, vagy arról számolt be, hogy kötődik magzatához. Ez utóbbi ellenérv, valamint a későbbi reprodukciós sikerességgel kapcsolatos aggodalmak megléte, magasabb szorongás és depresszió megélésével is járt a műtét idején. A nehezebb döntéshozatal és a fokozottabb distresszre utaló jegyek olyan további érvekkel is összefüggésben álltak, mint párkapcsolati problémák, vagy a környezet felől érkező presszió az abortusz vállalásának irányába. Ezzel szemben, ha egy nő úgy érezte, hogy nem tud ráhangolódni a gyermekvállalásra, vagy jelen várandósság akadályozza őt terveinek, céljainak elérésében, könnyebben hozott döntést a terhesség megszakítása mellett. A döntés háttérében álló érvek kapcsán elmondhatjuk, hogy az anyaság megéléséhez kapcsolódó tényezők (anya szeretne lenni, a magzat irányában megfogalmazódó anyai kötődés, a későbbi gyermekvállalás lehetőségének elvesztésétől való félelem, vagy éppen, hogy nem tud érzelmileg ráhangolódni a várandósságra); illetve a környezet vagy a körülmények által kifejtett nyomás (párkapcsolati problémák, a környezet akarja az abortuszt) versus belső szándékvezéreltség (a várandósság, mint akadályozó tényező, nem tud ráhangolódni a várandósságra) mentén valószínűsíthető a döntéshozatali nehézség és a beavatkozás idején mutatott distressz mértéke.

A művi abortusz rövid és hosszú távú hatásainak vizsgálatában a *kapcsolati változók* közül kiemelt figyelmet szenteltünk a partnerek közötti viszonyoknak. A terhesség megszakítása a párkapcsolat kontextusában értelmezhető, azaz a gyermekvállalás elutasításával járó állásfoglalás gyakran olyan kérdések mentén dől el, mint, hogy elég stabil-e a kapcsolat, tartós elköteleződésben gondolkodnak-e a felek, együttesen meg tudják-e teremteni a gyermekvállaláshoz szükséges feltételeket, hány gyermekes családmódban gondolkodnak, vagy, hogy érzelmileg elkötelezettek-e a gyermekvállalás irányában. Az instabil, vagy konfliktusokkal terhelt kapcsolat önmagában indokolhatja a terhesség megszakítása melletti döntést, mint ahogyan azt a terhességmegszakítás melletti döntés érveinek elemzésénél láthattuk is. Az abortusszal foglalkozó kutatások ezen kérdéskörön belül többségében azzal foglalkoznak, hogy azonosítsák a férfitársat abortuszra adott reakcióit (ld. Kero és mtsai, 1999; Lauzon és mtsai., 2000), illetve a beavatkozás párkapcsolatra és pszichoszexualitásra gyakorolt hatását (ld. Barnett és mtsai., 1992; Bianchi-Demicheli, 2000; Coleman és mtsai, 2007). Kutatásunkban elsődlegesen arra kerestünk választ, hogy a partnerek közötti tartós és az adott helyzetben megmutatkozó kapcsolati jellemzők milyen összefüggésben állnak az érintett nők abortuszra adott reakcióival; valamint vizsgáltuk, hogy a terhesség és műtét körüli időszak milyen hatást gyakorolt a nők szexuális életére. A *konszenzus, kohézió, elégedettség és*

érzelmeik kifejezése mentén jó *párkapcsolati alkalmazkodást* jelző nők a preoperatív időszakban kevésbé szorongtak, és kevésbé voltak lehangoltak. Továbbá a párkapcsolati alkalmazkodás összefüggést mutatott a *férfi partner felől érkező támasz* mértékével, a jobb párkapcsolatban élő nők támogatóbbnak érezték társukat a terhesség megszakításának idején; ami szintén együtt járt a szorongásos és depresszív reakciók mérsékeltebb megjelenésével. Azok a nők, akik fokozódó párkapcsolati konfliktusokról, különválásról számoltak be, szorongóbbak és lehangoltabbak voltak a preoperatív időszakban. Eredményeink megerősítik azt a feltevésünket, miszerint egy jól működő párkapcsolat képes csökkenteni a beavatkozás idején megélt distressz mértékét; míg a párkapcsolati problémák, konfliktusok, feszültségek akár a terhességmegszakítással járó nehézségekhez hozzáadódva, akár a helyzethez való viszonyuláson - például a terhesség kimeneteléről való döntési jellemzőkön és a műtéti időszakban nyújtott partneri támogatáson - keresztül összefüggésben állhatnak az intenzív szorongás megélésével és/vagy depresszív állapottal. Az abortusz *szexuális élet* területén megmutatkozó következményeit az általunk ismert munkák a beavatkozást követően vizsgálták. A kutatások egy része a szexuális diszfunkciók megjelenésének nagyobb kockázatát bizonyította (ld. Bianchi-Demicheli és mtsai., 2002), míg voltak olyan szerzők, akik a beavatkozás nemi életre gyakorolt negatív kimenetelének átmeneti jellegét hangsúlyozták vagy akár pozitív irányú hatásokról is beszámoltak (ld. Barnet és mtsai., 1992; Boesen és mtsai., 2004). Vizsgálatunkban - tekintettel arra, hogy megítélésünk szerint a szexualitás érzékeny mutatója, mind az aktuális érzelmi-hangulati életnek és pszichológiai distressznek, mind a párkapcsolatban megjelenő feszültségeknek, diszfunkcionális működéseknek – fontosnak tartottuk a nemi életben műtét előtt bekövetkező változásoknak az azonosítást. A terhesség beigazolódását megelőző időszakhoz képest mind az együttlétek gyakoriságában, mind az azokkal való elégedettségben megmutatkozó jelentős csökkenésről számoltak be az érintettek. A háttérben olyan tényezőket neveztek meg a nők, mint a szexuális vágy hiányát, negatív érzéseket, zavaró gondolatokat, párkapcsolati problémákat. Azok a nők, akiknél a várandósság tényét követően csökkent a szexuális aktivitás, a műtét körüli időszakban lényegesen lehangoltabbak voltak, azaz elképzelhető, hogy a nemi életben bekövetkező ilyen irányú változás a beavatkozással összefüggésben megjelenő depresszió korai jegyeként is értelmezhető.

Az abortuszra adott reakciók szempontjából másik jelentős kapcsolati változónak az érintett nők szüleikkel, főként édesanyjukkal való kapcsolatát tartjuk. A terhességmegszakításon átesők - az átlagpopulációhoz képest – anyjukat inkább

korlátozónak és kevésbé túlívónak tapasztalták gyermekkorukban. A szülői bánásmód összefüggésben állt a szülők szexualitáshoz való viszonyával. A nők 46,2 százaléka jelezte, hogy serdülőkorukban szüleik tabuként kezelték a témát, s ezzel kapcsolatos kérdéseiket nem tudták velük megbeszélni. Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy ők kapcsolatukat édesanyjukkal egyben kevésbé szeretettelinek és törődőnek, és sokkal inkább korlátozónak és/vagy túlvédőnek jellemezték, azokhoz képest, akik nyitottan beszélhettek szüleikkel a szexualitást érintő kérdésekről. S bár mind a gyermekkorban megtapasztalt szülői bánásmód mind a szexualitáshoz való szülői viszonyulás meghatározónak bizonyult az aktuális életesemény szülőkkel történő megoszthatósága, megbeszélhetősége, vagy a terhességmegszakításra adott anyai reakciók terén, a nők abortusz idején mutatott szorongás és depresszió jellemzőivel nem állt kapcsolatban. Kutatásunk nem tud választ adni arra, hogy a művi vetélésen átesett nők körében hangsúlyos korlátozó szülői bánásmód, vagy a szexuális kérdések szülői oldalról történő tabuként kezelése szerepet játszanak-e a nemi életben megjelenő rizikómagatartások megjelenésében, mint amilyen lehet a nem kívánt terhességgel szembeni védekezés hiánya is, azonban az abortusz primer prevenciója szempontjából fontosnak bizonyul a kérdés további fókuszált vizsgálata.

Mint ahogyan azt a korábbiakban kifejtettük, a partner felől érkező, abortusz idején megmutatkozó támogatás összefüggést mutatott a szorongásos és depresszív reakciók mérsékeltebb előfordulásával. Hasonló tendencia volt megfigyelhető az általunk mért harmadik kapcsolati változó, az átfogóbb *társas támogatottság* összefüggésében is. Azok a nők, akik környezetüket támogatóbbnak élték meg különböző élethelyzetekben, kevésbé szorongtak és/vagy kevésbé voltak depressziósok a preoperatív időszakban. A nők állapotával nem a támaszforrások kiterjedtsége, hanem azok különböző – úgy, mint érzelmi-információs, kézzelfogható, pozitív szociális interakción alapuló és affektív - formában megjelenő minőségi jellemzői álltak kapcsolatban.

A pszichológiai segítségnyújtás egyik jelentős feladata lehet ebben az időszakban a nő által elérhető környezeti támaszforrások mobilizálása és megerősítése. Azokban az esetekben pedig, ahol a partner nem tud a terhesség megszakításáról, vagy éppen ő akarta azt, vagy ahol a nők más hozzátartozóikkal sem tudják megosztani az eseményt, ahol a környezet reakciója elutasító, kritizáló a nővel szemben, ahol az érintett nő egyedül van az aktuális krízishelyzetben, azaz a környezeti támaszforrások valami oknál fogva nem elérhetők, ott kiemelt fontossággal bírhat a kezelőorvossal, vagy pszichológussal való kapcsolat és az abban megtapasztalt segítő attitűd.

A szituatív és kapcsolati változók mellett a nők *személyes jellemzői* is összefüggésben álltak a beavatkozáskor mért szorongással és depresszióval. A helyzettel való rövid távú megküzdésben inadaptívnak bizonyult az *önbüntetés* és az *emóció kiűrités*, mint a problémás szituációkban jellemzően megjelenő coping stratégia. Valamint abban az esetben, ha a személyiség működésére általánosságban jellemző volt az emocionális instabilitás, a stresszorokra való fokozottabb érzékenység, a félelem, szomorúság, bűnösség és más negatív érzelmek gyakoribb megélése, az abortusz idején átélt szorongás és depresszió is magasabb értékeket mutatott. Ezzel szemben a szorongás és depresszió mérsékeltebb megjelenésével összefüggésben jelentős erőforrásnak bizonyult a *reziliencia* és a *feszültségkontroll*, ami a depresszió esetén még kiegészült az *emóciófókusszal*, mint coping stratégiával. Eredményeink összhangban állnak azon tanulmányokkal, melyek a lelki ellenálló képesség pozitív szerepét hangsúlyozzák a traumatikus életeseményekhez való rugalmas és adaptív alkalmazkodásban (Gy. Kiss, 2012). A reziliencia az impulzív reakciók szabályozásában is szerepet kap, csakúgy, mint a feszültségkontroll, ahol a cél a nehéz helyzetek által keltett feszültség szabályozása és ezen keresztül a személyiség stabilitásának fenntartása.

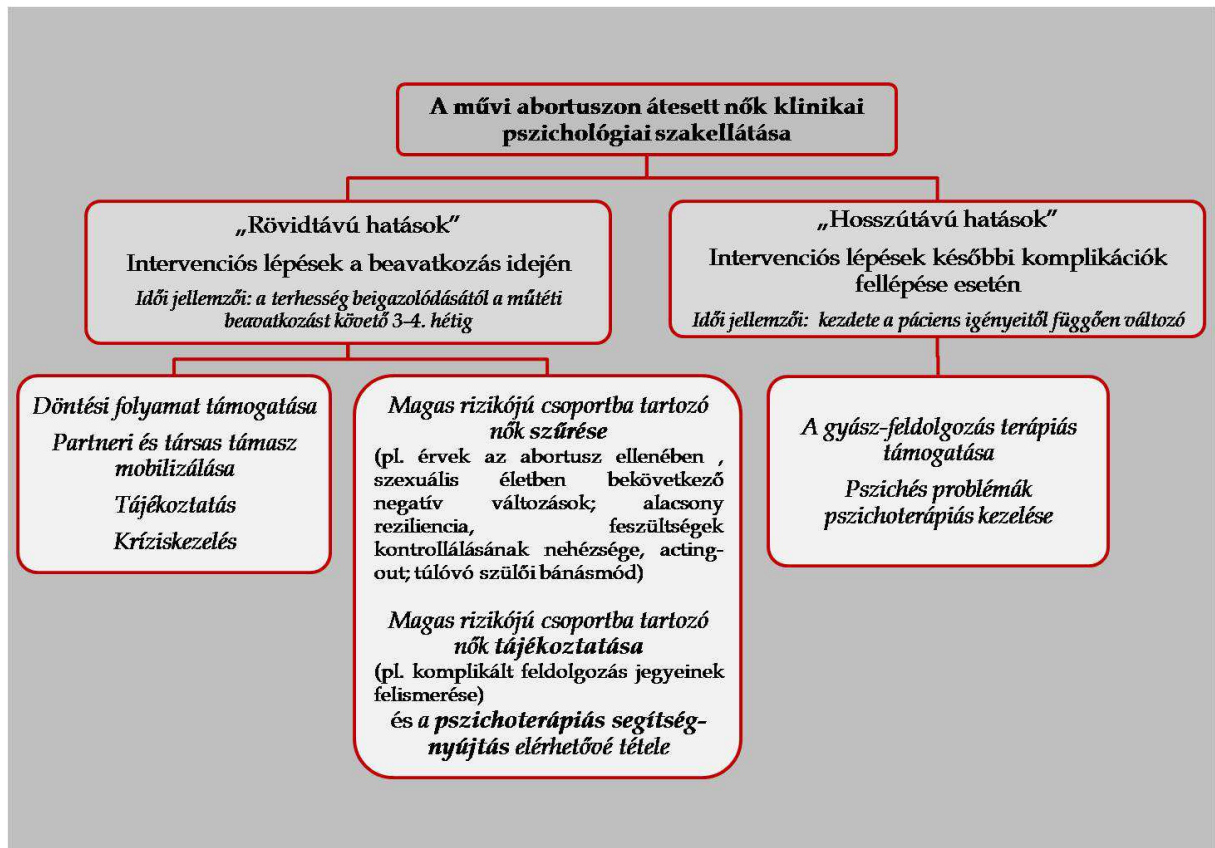
A terhességmegszakítás nők pszichés állapotára gyakorolt rövid távú hatásain túl vizsgáltuk a fél évvel később fennálló, komplikált feldolgozást valószínűsítő pszichés problémák meglétét is. Kutatásunk egyik jelentős korlátját képezte az utánkövetés során megmutatkozó alacsony részvételi arány, melyre már a témával foglalkozó korai nemzetközi szakirodalmi adatok is felhívják a figyelmet a művi abortuszon átesett nők célcsoportjánál (ld. Adler, 1976). A 27 százalékos együttműködési arány egyrészt limitálta az elemzési szempontokat, másrészt a meglévő eredmények általánosíthatóságában óvatosságra int. Mindezek figyelembevételével eredményeink megerősítik, hogy az abortusszal összefüggő pszichés problémák megjelenése szempontjából a nők érintettsége – a panaszok természetétől függően - 10-50 százalék közé tehető. Az általunk azonosított zavarok között van a *szorongás*, *depresszió* és a *PTSD*. Fél évvel a beavatkozást követően, a második fordulóban együttműködő nőknél jelentősen alacsonyabb volt a szorongás és a depresszió mértéke, s átlagukat tekintve a klinikai jelzőérték alatt húzódtak. Ugyanakkor bár a klinikai határérték feletti szorongásszint tekintetében érintett nők százaléka 68,6-ról 53,4-re, míg a depresszió esetén 35,6-ról 17,9-re csökkent, jól látható, hogy még mindig jelentős azok aránya, akik panaszokkal küzdenek. Összefüggést találtunk a műtét idején és a beavatkozást követően fél évvel később mért szorongás és depresszió mértéke között, mely a korai intervenciók fontosságát erősíti meg. Az abortusz szempontjából másik

jelentős pszichés problémának a PTSD bizonyult. A terhességmegszakításon átesett nők 10,3 százalékánál súlyos, míg 24,1 százalékánál közép súlyos PTSD valószínűsíthető. A résztvevők 31 százaléka számolt be arról, hogy a tünetek az elmúlt egy hónapban is jelen voltak, s pusztán 31 százalék jelezte, hogy az eseménnyel teljes mértékben sikerült megbirkóznia, s 69 százalék jelezte, hogy nem.

Az általunk mért egyes zavarok kapcsolati prediktorai között szerepelt az *anyai túlvédés* valamint depresszió esetén az érzelmek kifejezése. A túlvédő bánásmód jellemzője a gyermeki függőség és szerep fenntartása, az autonómiatörekvések gátlása és a szülői aggodalomból táplálkozó folyamatos kontroll alatt tartás. Úgy véljük, ezek a gyermekkorban megtapasztalt és a személyiség működésébe beépült kapcsolati mintázatok gátolják az önálló, felnőtt szerepvállalás kialakulását, csökkenthetik az éntudatosságot és -hatékonytágot, s növelik az egyén kiszolgáltatottságát problémahelyzetekben. A túlvédő anyai bánásmód egyéni sérülékenységet fokozó hatást igazolja, hogy az általunk mért legtöbb klinikai zavar megjelenését az abortuszt követően bejósolja. A párkapcsolati alkalmazkodás jellemzői sokkal inkább az eseménnyel való rövid távú megküzdéssel álltak kapcsolatban; s egyedül az *érzelmek kifejezése* az a kapcsolati jellemző, mely, ha a partnerek között jól működött, az a depresszió valószínűségének csökkenését eredményezte. A személyes jellemzők közül az *emóció kiűrités* bizonyult a leghangsúlyosabb vulneabilitást növelő tényezőnek, s néhány esetben a *neuroticizmus* is megjelent; míg az egyes zavarok kockázatát a *reziliencia* csökkentette leginkább. Összehasonlítva ezen vonásokat, főbb különbségeik az emocionális stabilitás versus instabilitás; ego-kontroll versus a feszültségek kontrollálatlan, acting-out reakciókban történő levezetése; veszélyeztetett életkörülmények ellenére megvalósuló sikeres alkalmazkodás versus stresszorokra való fokozott érzékenység tengelyek mentén ragadhatók meg. Végezetül az abortuszhoz kapcsolódó szituatív változók közül a szorongást és a PTSD-t a *terhességmegszakítás ellenében megfogalmazott érvek* száma jelezte előre. Egyrészt úgy véljük, az abortusz vállalása ellen szóló érvek a nők beavatkozással szembeni ambivalenciájának kifejezői lehetnek, másrészt a beavatkozás idején magasabb szorongással és/vagy depresszióval járó ellenérvek a várandósság igényléséből táplálkoznak (ld. anyaság utáni vágy, kötődés a magzathoz), s egyben valószínűsítik az anyai érzések intenzívebb megélését is, így a magzat halálával járó elutasítás is fokozottabb veszteségélménnyel társulhat. Továbbiakban fontosnak tartjuk a prenatális kötődési jellemzők várandóssághoz kapcsolódó veszteségélményekkel, köztük a művi abortusz feldolgozási folyamatával mutatott összefüggéseinek vizsgálatát is, melynek

első lépéseként a Condon által először 1993-ban publikált prenatális kérdőív 305 fős várandós minta bevonásán alapuló magyarországi adaptálásán dolgozunk (Sz. Mako és Deak, 2013). A klinikai problémák megjelenése szempontjából másik jelentős prediktornak a terhesség körüli időszakot jellemző *szexuális étellel való elégedettség* bizonyult. A preoperatív időszakban a szexuális együttlétek csökkenését jelzők lehangoltabbak voltak, a szexuális étellel való elégedettség ugyanebben az időszakban a hat hónappal későbbi depresszió alacsonyabb szintjét valószínűsítette. A nemi életben bekövetkező változások korai előrejelzői lehetnek a hangulati problémáknak. Ehelyütt tartjuk fontosnak megemlíteni, hogy kutatásunkban nem tértünk ki a művi abortusszal összefüggésben megjelenő szexuális diszfunkciók tanulmányozására, aminek szükségességét az is megerősíti, hogy a terhesség beigazolódását követően a nemi élet gyakorisági és minőségi jellemzői érzékeny mutatói az terhesség megszakítása körül megélt distressznek.

Kutatási eredményeink tükrében hangsúlyozni szeretnénk a beavatkozás idején nyújtott pszichológiai segítségnyújtás szükségességét, melynek feladatai közül az érzelmi és információs támasznyújtást, a döntést kísérő érzések megélésének és megfogalmazásának támogatását, a pszichológiai stabilitás fenntartását szolgáló intervenciós lépések alkalmazását és a későbbi komplikációk szempontjából magas rizikójú csoportba tartozó nők szűrését emeljük ki. Emellett fontosnak tartjuk, hogy a későbbiekben abortusszal összefüggésbe hozható pszichés problémákkal küzdő nők számára elérhetővé váljanak a veszteség feldolgozását segítő, specifikus pszichoterápiás ellátási formák. Az abortusz előtt álló, vagy a beavatkozáson már átesett nőkkel folytatott klinikai pszichológiai és pszichiátriai munka kutatási eredményeink által is megerősített lehetőségeit a 3. ábrán szemléltetjük.



3. ábra. A művi abortusz kapcsán érintett nők klinikai pszichológiai és pszichiátriai szakellátásának lehetőségei.

Ehhez kötődően további céljaink között szerepel a komplikált feldolgozás és a pszichés problémák megjelenése szempontjából magas rizikójú csoportba tartozó nők szűrésére alkalmas mérőeljárás kidolgozása, valamint a nemzetközi gyakorlatban már alkalmazott terápiás technikák hazai szakellátásban történő meghonosítása.

IRODALOM

- Adler, N. E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446-454.
- Adler, N. E. (1976). Sample attrition in studies of psychosocial sequelae of abortion: How great a problem? *Journal of Applied Social Psychology*, 6(3), 240-259.
- 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, 41-44.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- Arrindell, W. A., Hanewald, G. J. F. P., Kolk, A. M. (1989). Cross-National constancy of dimensions of parenting rearing style: The Dutch version of the Parental Bonding Instrument (PBI). *Personality and Individual Differences*, 10(9), 949-956.
- Ashton, J. R. (1980). The psychosocial outcome of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87, 1115-1122.
- Balázs P. (2004). *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770, Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete*. Piliscsaba-Budapest: Magyar Tudománytörténeti Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.
- Barnett, W., Freudenberg, N., Wille, R. (1992). Partnership after induced abortion: A prospective controlled study. *Archives of Sexual Behavior*, 21(5), 443-455.
- Barth, J., Martin, C. R. (2005). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3:15, Letöltés helye: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-15.pdf>, Letöltés dátuma: 2011. 12. 06., 1-9.
- Bartlet, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 729-737.
- Bianchi-Demicheli, F., Kulier, R., Perrin, E., Campana, A. (2000). Induced abortion and psychosexuality. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 213-217.
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Lüdicke, F., Bianchi, P. G., Chatton, D., Campana, A. (2002). Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 53, 48-53.

- Boesen, H. C., Rørby, C., Nørgaard, M., Nilas, L. (2004). Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 1189-1192.
- 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.
- Bradshaw, Z., Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3:18, Letöltés helye: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/18>, Letöltés dátuma: 2011. 11. 03., 1-14.
- Campbell, N. B., Franco, K., Jurs, S. (1988). Abortion in adolescence. *Adolescence*, 23, 813-823.
- Cohen, L., Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140-145.
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Rue, V. M. (2010). Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. *Journal of Pregnancy*, Letöltés helye: <http://www.hindawi.com/journals/jp/2010/130519/>, Letöltés dátuma: 2012. 02. 11., 1-10.
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., Rue, V. M. (2008/a). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, Letöltés helye: https://www.rachelsvineyard.org/PDF/Articles/Coleman%20et%20al._JPR.pdf, Letöltés dátuma: 2011. 11. 11., 1-7.
- Coleman, P. K., Nelson, E. S. (1998). The quality of abortion decisions and college student's reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 425-442.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Rue, V. M., Cogle, J. (2002). State-funded abortions versus deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 140-152.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health*, 20(2), 237-271.

- Coleman, P. K., Rue, V. M., Spence, M., Coyle, C. T. (2008/b). Abortion and the sexual lives of men and women: In casual sexual behaviour more appealing and more common after abortion? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 77-91.
- Coleman, P. K., Vincent, V. M., Spence, M. (2007). Interpersonal processes and post-abortion relationship challenges: A review and consolidation of relevant literature. *Internet Journal of Mental Health*, 5(1), Letöltés helye: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=27513115&site=ehost-live>, Letöltés dátuma: 2009. 01. 21., 1-12.
- Conklin, M. P., O'Connor, B. P. (1995). Beliefs about the fetus as a moderator of post-abortion psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(1), 76-95.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Cogle, J. R., Reardon, D. C., Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Anxiety Disorders*, 19, 137-142.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1224-1236.
- Cozzarelli, C., Karrasch, A., Sumer, N., Major, B. (1994). The meaning and impact of partner's accompaniment on women's adjustment to abortion. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2028-2056.
- Cozzarelli, C., Sumer, N., Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 453-467.
- Coyle, C. T., Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1042-1046.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine.

- Dinkel, A., Balck, F. (2006). Psychometrische analyse der deutschen Dyadic Adjustment Scale. *Zeitschrift für Psychologie*, 214(1), 1-9.
- Dunbar, M., Ford, G., Hunt, K., Der, G. (2000). A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale: Comparing empirically and theoretically derived structures. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 79-94.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- 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.
- Fedor B., Varga V. (2003). Az időzített krízisben feltörő feldolgozatlan gyászélmény pszichoterápiája. In Pilling J. (Szerk.), *Gyász*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 79-94.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
- Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118.
- Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., Moore, A. M. (2006). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*, 74, 334-344.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445-451.
- Fok, W. Y., Siu, S. S. N., Lau, T. K. (2006). Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 126, 255-258.
- Forgács A., Németh M. (é.n.). *Társas támaszt vizsgáló eljárások*. Kézirat.
- Franz, W., Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27(105), 105-117.
- Freeman, E., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R., Polin, J. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics & Gynecology*, 55(5), 630-636.

- Friedman, C. M., Greenspan, R., Mittleman, F. (1974). The decision-making process and the outcome of therapeutic abortion. *The American Journal of Psychiatry*, 131(12), 1332-1337.
- Friedman, S., Samuelian, J. C., Lancrenon, S., Even, C., Chiarelli, P. (2001). Three dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Research*, 104(3), 247-257.
- Gawinski, B. A., Bennett, P. A., Rousseau, S. J., Schaff, E. (2002). A biopsychosocial model of training in abortion care. *Families, Systems & Health*, 20(4), 439-446.
- Gerrard, M. (1977). Sex guilt in abortion patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(4), 708.
- Gissler, M., Artama, M., Ritvanen, A., Wahlbeck, K. (2010). Use of psychotropic drugs before pregnancy and the risk for induced abortion: population-based register-data from Finland 1996-2006. *BMC Public Health*, 10: 383; Letöltés helye: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/383>, Letöltés dátuma: 2011. 12. 14., 1-10.
- Gissler, M., Hemminki, E., Lönnqvist, J. (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: Register linkage study. *BMJ: British Medical Journal*, 313, 1431-1434.
- Gomez, R., Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, 26(4), 625-638.
- Gómez-Beneyto, M., Pedrós, A., Tomás, A., Aguilar, K., Leal, C. (1993). Psychometric properties of the parental bonding instrument in a spanish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 252-255.
- Goodwin, P., Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22(2), 231-248.
- Gülgöz, S. (2002). Five-Factor Model and NEO-PI-R in Turkey. In R. R. McCrae, J. Allik (Szerk.), *The Five-Factor model of personality across cultures*. New York: Kluwer Academic Publisher, 175-196.
- Gy. Kiss E. (2012). A személyiség pozitív erőforrásai. In Gy. Kiss E., Polyák L. (Szerk.), *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában. Egészség rehabilitációs füzetek*. Budapest: Oriold és Társai, 107-119.

- Gy. Kiss E., Csókási K., Hargitai R., Káplár M., Nagy L., Czirják L. (2012). Resilience and personality. *16th European Conference on Personality Psychology*, Trieste, Italy: Absztraktkötet.
- Györffy Zs., Lőrincz J., Ádám Sz., Kopp M. (2004). A művi abortuszok alakulásának pszichoszociális háttértényezői országos reprezentatív minta alapján. *LAM*, 14(7), 512-519.
- Harris, A. A. (2004). Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 105-112.
- Holmes, M. C. (2004). Reconsidering a "woman's issue:" Psychotherapy and one man's postabortion experiences. *American Journal of Psychotherapy*, 58(1), 103-115.
- Husfeldt, C., Hansen, S. K., Lyngberg, A., Nøddebo, M., Petersson, B. (1995). Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74, 813-817.
- Illsley, R., Hall, M. H. (1976). Psychosocial aspects of abortion: A review of issues and needed research. *Bulletin of the World Health Organization*, 53, 83-106.
- Jørgensen, I. E., Seedat, S. (2008). Factor structure of the Connor-Davidson resilience scale in South African adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(1), 23-32.
- Juhász M. (2002). A Big Five Faktorok és skálák alkalmazása a személyzeti kiválasztásban és a teljesítményértékelésben. Az előrejelző érvényességet meghatározó kritériumok módosulása a vezetői teljesítményértékelés tükrében. *Ph. D. disszertáció*. Budapest: ELTE Pszichológia Doktori Iskola.
- Kallasmaa, T., Allik, J., Realo, A., McCrae, R. R. (2000). The Estonian version of the NEO PI-R: an examination of universal and culture-specific aspects of the Five-Factor Model. *European Journal of Personality*, 14(3), 265-287.
- Kamarás F. (1999). Terhességmegszakítások Magyarországon. In Pongrácz T., Tóth I. Gy. (Szerk.), *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviselési Titkársága, 190-216.
- Kálmán Király Dekrétumainak Első Könyve, 58. Fejezet a magzatjokat veszítő asszonyokról. In *Ezer év törvényei*, Letöltés helye: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=462>, Letöltés dátuma: 2012. 05. 20.

- Kerenyi, T. D., Glascock, E. L., Horowitz, M. L. (1973). Reasons for delayed abortion: Results of four hundred interviews. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(3), 299-311.
- Kero, A., Högberg, U., Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559-2569.
- Kero, A., Lalos, A., Högberg, U., Jacobsson, L. (1999). The male partner involved legal abortion. *Human Reproduction*, 14(10), 2669-2675.
- Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using Iranian students. *International Journal of Testing*, 9(1), 60-66.
- Kis J (1992). *Az abortuszról*. Budapest: Cserépfalvi Könyvkiadó.
- Kitamura, T., Suzuki, T. (1993). A validation study of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 47, 29–36.
- Kovács Zs. (2011). Megküzdés a börtönbe kerüléssel – a börtönadaptáció longitudinális vizsgálata. *Pszichológia*, 31(4), 381-395.
- Kroelinger, C. D., Oths, K. S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112-119.
- KSH (2007). *Terhességmegszakítások 1995-2006*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Lampé L. (2000). *Szülészeti–nőgyógyászati műtéttan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Landy, U. (1986). Abortion counselling: A new component of medical care. *Clinics in Obstetrics and Gynecology*, 13, 33–41.
- Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Lazarus, A. (1985). Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(3), 141-150.
- Lemkau, J. P. (1988). Emotional sequelae of abortion. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 461-472.
- Lemkau, J. P. (1991). Post-abortion adjustment of health care professionals in training. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 92-102.
- Lindemann, E. (1998). Az akut gyász tünettana és kezelése. *Kharón*, 2(4), 13-26.
- Magyar Néprajzi Lexikon* (1977-1982). Letöltés helye: <http://mek.niif.hu>, Letöltés dátuma: 2012. 05. 03.
- Magyar Statisztikai Évkönyv 2007* (2008). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.

- Magyar Statisztikai Évkönyv 2008* (2009). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Magyar Statisztikai Évkönyv 2009* (2010). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Magyar Statisztikai Évkönyv 2010* (2011). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Major, B., Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 121-142.
- 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.
- 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.
- Major, B., Mueller, P., Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations, and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 585-599.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 735-752.
- 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 live event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1349-1363.
- Mohr, S., Preisig, M., Fenton, B. T., Ferrero, F. (1999). Validation of the French version of the parental bonding instrument in adults. *Personality and Individual Differences*, 26(6), 1065-1074.
- Moseley, D. T., Follingstad, D. R., Harley, H., Heckel, R. V. (1981). Psychological factors that predict reaction to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 276-279.
- Morgan, C. L. I., Evans, M., Peters, J. R., Currie, C. (1997). Suicides after pregnancy. Mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion. *BMJ: British Medical Journal*, 314, 902.
- Mueller, P., Major, B. (1989). Self-blame, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1059-1068.
- Muszbek K., Szekely A., Balogh É. M., Molnár M., Rohánszky M., Ruzsa Á., Varga K., Szöllösi M., Vadász P. (2006). Translation and validation of the Hungarian Hospital Anxiety and Depression Scale using a large cancer patient sample. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.

- Nagy J. (2004). Életesemények vizsgálata Magyarországon. *LAM*, 14(10), 690-692.
- Ney, P. G., Ball, K., Sheils, C. (2010). Results of group psychotherapy for abuse, neglect and pregnancy loss. *Current Women's Health Reviews*, 6, 332-340.
- Niswander, K. R., Singer, J., Singer, M. (1972). Psychological reaction to therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(1), 29-33.
- Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Oláh A. (1986). *Coping Preferenciák – A 80 itemes coping preferenciák kérdőív alkalmazása és jellemzői*. Budapest: MLKT Módszertani Füzetek.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events. *Archives of General Psychiatry*, 32(3), 327-333.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of Life Events. *Archives of General Psychiatry*, 25(4), 340-347.
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428.
- Perczel Forintos D., Kiss Zs., Ajtay Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Piedmont, R. L., Chae, J. H. (1997). Cross-cultural generalizability of the Five-Factor Model of personality. Development and validation of the NEO PI-R for Koreans. *Cross-Cultural Psychology*, 28(2), 131-155.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner, E. S. Norman, *Handbook of coping: Theory, research, applications*. Oxford, England: John Wiley & Sons, 434-451.
- Pilling, J. (2003). A gyász lélektana. In Pilling J. (Szerk.), *Gyász*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 27-54.
- Prati, G., Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- Prommanart, N., Phatharayuttawat, S., Boriboonhirunsarn, D., Sunsaneevithayakul, P. (2004). Maternal grief after abortion and related factors. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(11), 1275-1280.

- Quinton, W. J., Major, B., Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion. Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy, and Law*, 7(3), 491-514.
- Reardon, D. C., Coleman, P. K. (2005). Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: A prospective record – based study. *Sleep*, 28(12), 1293-1294.
- Reardon, D. C., Cogle, J. R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: A cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7330), 151-152.
- Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., Ney, P. G. (2003). Psychiatric admission of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1253-1256.
- Reardon, D. C., Ney, P. G., Scheuren, F., Cogle, J., Coleman, P. K., Strahan, T. (2002). Deaths associated with pregnancy outcome: A record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, 95(8), 834-841.
- Robitaille, A., Orpana, H., McIntosh, N. (2011). Psychometric properties, factorial structure, and measurement invariance of the English and French version of the Medical Outcomes Study social support scale. *Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE, Health Reports*, 22(2), 1-7.
- Rolland, J. P., Parker, W. D., Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71(2), 269-291.
- Rózsa S. (2009). A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana. *Ph. D. disszertáció*. Budapest: ELTE PPK Pszichológiatudományi Doktori Iskola.
- 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), Letöltés helye: http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_10/no_10/4923.pdf, Letöltés dátuma: 2011. 10. 20., 5-16.
- Rushidi, W. M. W. M., Amir, A., Mahmood, N. M. (2004). Psychometric evaluation of the Medical Outcome Study (MOS) Social Support Survey among Malay postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Science*, 11(2), 26-33.
- Russo, N. F., Zierk, K. L. (1992). Abortion, childbearing, and women's well-being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4), 269-280.

- Sándor J (1992). Az abortusz jogi szabályozásának problémáiról. In Sándor Judit (Szerk.), *Abortusz és...* Budapest: Literatura Medica, 25-39.
- Schmiege, S., Russo, F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7528), Letöltés helye: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298850/>, Letöltés dátuma: 2010. 11.19., 1-5.
- Shek, D. T. L. (1994). Psychometric properties of the Chinese version of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 37(1), 7-17.
- Sherbourne, D. C., Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Shusterman, L. R. (1979). Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 683-689.
- Singh, K., Yu, K. (2010). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a sample of Indian students. *Journal of Psychology*, 1(1), 23-30.
- Sit, D., Rothschild, A. J., Creinin, M. D., Hanusa, B. H., Wisner, K. L. (2007). Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion. *Human Reproduction*, 22(3), 878- 884.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), Letöltés helye: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477_7525-1-29.pdf, Letöltés dátuma: 2011. 05.11., 1-4.
- Söderberg, H., Janzon, L., Sjöberg, N. O. (1998). Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79(2), 173-178.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Speckhard, A. C., Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.
- Steinberg, J. R., Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: What's the relationship? *Social Science & Medicine*, 67, 238-252.

- Sz. Makó H., Deák A. (2012). The Hungarian version of maternal antenatal attachment scale in measuring prenatal attachment. *20th European Congress of Psychiatry*, Prague, Czech Republic: Absztraktkötet
- Sz. Mako H., Deak A. (2013). Reliability and validity of the Hungarian version of the Maternal Antenatal Attachment Scale. *Megjelenés alatt.*
- Sz. Makó H., Veszprémi B. (2011). A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 26(5), 343-349.
- Szabó A. F. (1992). Abortusztilalom, anno... In Sándor J. (szerk.), *Abortusz és...*, Budapest: Literatura Medica, 137-159.
- Szabó I., Hupuczai P. (2009). Terhességbefejező műtétek. Szülészeti anaesthesia. In Papp Zoltán (Szerk.), *A szüléset-nőgyógyászat tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 339-360.
- Taft, A. J., Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in anational cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 8:75, Letöltés helye: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-75.pdf>, Letöltés dátuma: 2010. 12. 12., 1-8.
- Terracciano, A. (2003). The Italian version of the NEO-PI-R: conceptual and empirical support for the use of targeted rotation. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1859-1872.
- 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.
- Tiringer I., Simon A., Herrfurth D., Suri I., Szalai K., Veress A. (2008). A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 23(6), 430-443.
- Tóth I., Gervai J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(4), 551-566.
- Tóth L., Sz. Makó H., Deák A., Vajda D. (2011). Várandós és nőgyógyászati műtét előtt álló nők körében mért szorongásjellemzők. *A Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése*, Budapest: Kivonatok, 177-178.
- Tringer L., Veér A. (1977). Egyes élethelyzetek stressz-hatásának elemzése. *Ideggyógyászati Szemle*, 30, 23-33.

- Turay A., Horváth B., Kovács L., Kneffel P. (1997). Terhességmegszakítás és párkapcsolat. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 60, 227-230.
- Unoka Zs., Rózsa S., Kő N., Kállai J., Fábián Á., Simon L. (2004). A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19(3), 235-243.
- Urquhart, D. R., Templeton, A. A. (1991). Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98(4), 396-399.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., Menzies, V. (2006). Psychometric properties of Spanish versions of the FACES II and Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 181-189.
- Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Woo, J. (2004). Psychometric testing of the Chinese version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS-C). *Research in Nursing & Health*, 27, 135-143.
- Yu, X., Zhang, J. (2007). Factoranalysis and psychometric evaluation of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Social Behavior and Personality*, 35(1), 19-30.
- V. Komlósi A., Rózsa S. (2011). Elhárítás, megküzdés, depresszió. Adatok és gondolatok a három jelenség kapcsolatáról – fejlődési vetületben. In Pléh Cs., László J., Oláh A. (Szerk.), *Tanulás, kezdeményezés, alkotás. Barkóczy Ilona 75. születésnapjára*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 337-351.
- Vajda D. B. (2011). Párkapcsolati elégedettség alakulása a családi életciklusok függvényében. *Szakkolgozat*. Pécs: PTE, BTK, Pszichológia Intézet.
- Vajda D., Sz. Makó H., Deák A., Tóth L. (2011). A párkapcsolati elégedettség alakulása a családi életciklusok függvényében, különös tekintettel a gyermekvárás és a szülés körüli időszakokra. *A Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése*. Budapest: Absztraktkötet, 175-178.
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G. (2008). Prevalence and prediction of re-experiencing and avoidance after elective surgical abortion: a prospective study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 378-386.
- Wahlberg, V. (2007). Women's memories after abortion, summarised from therapy work, pastoral counselling and/or confessions. In Wahlberg (Szerk.), *Memories after abortion*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd., 70-79.

- Wells, N. (1991). Pain and distress during abortion. *Health Care for Women International*, 12(3), 293-302.
- Wells, N. (1989). Management of pain during abortion. *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), 56-62.
- Werbőczy I (1514). *Tripartitum. Hármaskönyv*. Debrecen
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekéről és vétségekről. In Ezer év törvényei, Letöltés helye: <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5799>, Letöltés dátuma: 2012. 05. 20.
- 8.100-1/1953. Eü. M. számú utasítás a terhesség kötelező bejelentéséről. In Egészségügyi Közlöny, 2. szám, 22.
- 8.100-2/1953. Eü. M. számú utasítás a méhüri beavatkozás, valamint az elvetelés bejelentésének és nyilvántartásának szabályozásáról. In Egészségügyi Közlöny, 2. szám, 22-23.
- 8100-9/1953. Eü. M. számú utasítás a terhesség megszakításának szabályozása tárgyában. In Egészségügyi Közlöny, 1. szám, 4-7.
- 1047/1956. (VI. 3) MT határozat a terhesség megszakításával kapcsolatos kérdések szabályozásáról és a magzatelhajtás büntetéséről. In Webjogtár, Letöltés helye: [http://webjogtar.complex.hu/jr/ses/khdtufswrpsfsxcm/ps_1_95600002\\$BEUM__1__02011.10.13.](http://webjogtar.complex.hu/jr/ses/khdtufswrpsfsxcm/ps_1_95600002$BEUM__1__02011.10.13.), Letöltés dátuma: 2011. 10. 13.
- 2/1956. (VI. 24.) Eü. M. rendelet a terhesség megszakításával kapcsolatos eljárás szabályozásáról. In Webjogtár, Letöltés helye: [http://webjogtar.complex.hu/jr/ses/khdtufswrpsfsxcm/ps_1_956H1047\\$BMT__999__.2011.10.13.](http://webjogtar.complex.hu/jr/ses/khdtufswrpsfsxcm/ps_1_956H1047$BMT__999__.2011.10.13.), Letöltés dátuma: 2011. 10. 13.
1972. évi II. törvény (IV. 29) az egészségügyről, A nők és az anyák védelme. In CompLex Jogtár.
- 1040/1973. (X. 18.) MT határozat a népesedéspolitikai feladatokról. In Webjogtár, Letöltés helye: [http://webjogtar.complex.hu/jr/ses/zmgvmdbzasawbxv/ps_1_973H1040\\$BMT__~0~2011.10.13.](http://webjogtar.complex.hu/jr/ses/zmgvmdbzasawbxv/ps_1_973H1040$BMT__~0~2011.10.13.), Letöltés dátuma: 2011. 10. 13.
- 76/1988. (XI. 3.) MT rendelet a terhességmegszakításról. In CompLex Jogtár.
1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről. In CompLex Jogtár.