

A művi abortusz a férfi partner szemszögéből

Nagy Beáta Magda^{1, 2} ■ Rigó Adrien dr.¹

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

A művi abortusz olyan esemény, amelyet elsődlegesen a nők nézőpontjából vizsgálnak a kutatások, akár a döntés oka, akár annak következménye a kérdés. Pedig minden egyes terhességmegszakítás (éppúgy, ahogy a várandósság létrejötte) érint egy férfit is, ezért fontos volna, hogy minél több ismeretünk legyen a férfi partnerek művi abortusszal kapcsolatos megéléséről, saját igényeiről és szükségleteiről. Összefoglalónkban az abortuszellátás gyakorlata szempontjából vizsgáljuk a férfi partnerek helyzetét és szerepét. A rendelkezésre álló kutatási eredmények szerint a férfiak bevonása az abortuszellátásba részben a saját érzelmi egyensúlyuk, részben pedig a nő alkalmazkodásának elősegítése miatt fontos. A hangsúlyosabb szerepvállalás jelentheti egyrészt a részvételt az abortusz előtti tanácsadáson, a nő elkísérését a terhességmegszakításra, a férfi partner jelenlétét az abortusz megtörténtekeor, illetve az abortusz utáni gondozásban való részvételt. A kutatások eredményei szerint a fentiek mindegyike pozitív kapcsolatban áll a nő kedvező abortusztapasztalataival (amennyiben a nő a férfi bevonását támogatja) és így gyorsabb felépülésével. A férfi partnerek fokozottabb jelenléte az abortuszellátás folyamatában a szolgáltatók oldaláról lehetőséget ad a megfelelő, saját igényekhez igazított tájékoztatásra is (magáról a beavatkozásra, a lehetséges következményekről vagy a fogamzásgátlás lehetőségeiről stb.). Az érintett férfiak bevonása az ellátás folyamatába, valamint az igényeikhez, elvárásaikhoz igazított információátadási, tanácsadási és intervenciók alkalmazása támogatja a párok közös és informált döntését, a fogantatásért, illetve fogamzásgátlásért vállalt közös felelősségvállalást, és mindezen keresztül segítheti a művi terhességmegszakítások számának csökkenését is. Orv Hetil. 2019; 160(18): 694–699.

Kulcsszavak: művi abortusz, férfiak, abortuszellátás

Artificial abortus from the male partner's perspective

Induced abortion is an intervention that scientific research primarily addresses from the concerned women's point of view in terms of either the causes or the consequences of the abortion decision. Nevertheless, each case of abortion involves a man as much as a woman (in the same vein as conception), which calls for the better knowledge of male partners' needs, expectations and experiences related to induced abortion. The present summary addresses male partners' status and importance in abortion care in a practical approach based on professional considerations. Available empirical findings suggest that male partners' involvement in abortion care has importance both in protecting men's emotional balance and in providing support for women in adapting to the abortion process. Male partners' deeper involvement possibly includes roles such as seeing the female partner to the intervention, participation in pre-abortion counselling, presence during the intervention, and participation in post-abortion care. Related findings show that all of these forms of support are related to women's positive abortion-related experiences and thus to their better recovery (provided that the female partner expresses a need for her male partner's personal support). Furthermore, male partners' involvement in abortion care enables health care providers to tailor counselling (information on the intervention, on possible consequences, on contraceptive methods etc.) to men's specific needs. These practices facilitate partners' joint and informed decision making, joint responsibility for conception or contraception, and eventually contribute to reducing the incidence of induced abortion.

Keywords: induced abortion, men, abortion care

Nagy BM, Rigó A. [Artificial abortus from the male partner's perspective]. Orv Hetil. 2019; 160(18): 694–699.

(Beérkezett: 2018. november 6.; elfogadva: 2018. december 28.)

A művi abortuszok száma Magyarországon közel két évtizede csökkenő tendenciát mutat. 2017-ben a megszakított várandósságok száma 28,5 ezer volt, ami az előző évi adatokhoz képest 6,4 százalékos csökkenést, az 1990-es évek mutatóihoz képest kevesebb mint egyharmados gyakoriságot jelent, a befejezett terhességek számához viszonyítva azonban még mindig nagyjából minden három élveszületésre jut egy művi abortusz [1]. A legális abortuszok számát az ismert terhességekhez viszonyítva a 2015-ös adatok alapján hazánk világviszonylatban a tizenkilencedik, az Európai Unió tagállamai közül a negyedik helyen áll [2].

Hazánkban az érvényes törvényi szabályozás szerint (1992. évi LXXIX. törvény) a válsághelyzetre hivatkozva várandósságuk művi megszakítását igénylő nők kötelesek két alkalommal tanácsadón részt venni, melyet a Családvédelmi Szolgálatok szakirányú képzettséggel rendelkező védőnői végeznek. A tanácsadás célja részben az informálás (például a gyermek vállalása esetén elérhető támogatási formákról, segítséget biztosító szervezetekről, az örökbe adás lehetőségeiről, a terhességmegszakítás veszélyeiről stb.), részben pedig a válsághelyzet enyhítése és a döntés támogatása, a magzati élet védelmének irányultságával. Mindkét alkalommal van mód arra, hogy a tanácsadáson a férfi partner is részt vegyen, ám erre a gyakorlatban viszonylag ritkán kerül sor: családvédelmi tanácsadást végző védőnők elmondása szerint (személyes kommunikáció, 2018. 10. 12.) tíz nőből egy-kettő az, akinek a partnere is részt vesz a tanácsadáson. Így viszont a férfiak elesnek a személyes, közvetlen tájékoztatástól és hiteles információktól, valamint a lehetőségtől is, hogy saját kérdéseiket megfogalmazzák, és azokra választ kapjanak. Másrészt az ellátók oldaláról is elveszik az az esély, hogy a terhességmegszakításban érintett férfiakat közvetlenül elérjék, miközben a férfiak a döntés fontos szereplői, így megfelelő informáltságuk kiemelkedően fontos volna.

Az idevonatkozó tudományos kutatások eredményei szerint a párok többsége (82–85%) közösen hozza meg az abortuszra vonatkozó döntést; a házasságban élőknel, illetve a két évnél hosszabb ideje működő kapcsolatokban az arány még ennél is magasabb [3–5]. A nemzetközi ajánlások hangsúlyozzák annak jelentőségét, hogy a döntés informált legyen [6, 7], ez azonban nemcsak a nő, hanem az érintett férfi oldaláról is lényeges. Feltehető, hogy csak az a partner tud kielégítő instrumentális és információs támogatást nyújtani a nőnek, aki maga is megfelelően tájékozott, márpedig az olyan praktikus teendők felvállalása, mint például a terhességmegszakítás költségeinek rendezése vagy időpont intézése, nagy jelentőséggel bír a nőre háruló pszichés terhek csökkentése szempontjából. Az észlelt érzelmi támasz emellett segít a helyzettel járó distressz mérséklésében, támogatja a hatékony megküzdést, és pozitívan hat az abortusz utáni időszakban a nő mentális egészségére is [8, 9]. A férfi partner támogató hozzáállása lerövidíti a döntés meghozatalához szükséges időt, míg az egyet nem értés

és/vagy a támogatás hiánya az abortusz kérvényezésének (és így végrehajtásának) késedelmével jár együtt, ami pedig a fizikai és pszichés komplikációk megjelenésének nagyobb valószínűségét idézi elő [10–12]. Annak, hogy a nők mennyire tudnak érzelmileg alkalmazkodni döntésükhöz (akár elvetetik a magzatukat, akár nem), fontos prediktora az, hogy mennyire érzik biztosnak magukat a döntésükben. A partnerek biztossága/bizonytalansága azonban egymással is összefügg: minél bizonytalanabb egy férfi a döntésben, annál bizonytalanabb a nő is ($r = 0,42$), főként együtt élő párok esetén ($r = 0,49$) [13]. E bizonytalanság természetesen az információk hiányából vagy téves voltából is fakadhat [14] – ezért is volna fontos a férfi partnereket (is) megbízható, tudományosan alátámasztott információkkal ellátni.

A terhesség megszakítására irányuló informált és közös döntés támogatásában fontos szerep juthat az abortuszellátás intézményrendszerének, amennyiben az a férfi partnert is képes elérni és az ellátás folyamatába bevonni. Wallerstein már 1972-ben, egy észak-amerikai nők körében végzett vizsgálat során rögzítette: a terhességmegszakítás után a férfiak számára is lehetővé kell tenni a professzionális támogatás elérhetőségét. Az 1994-ben megrendezett Kairói Népesedési Világkonferencia (International Conference on Population and Development) pedig a férfiak megosztott felelősségének hangsúlyozása mellett sürgette a célzottan a férfiak számára kialakított reprodukciós egészségügyi szolgáltatások létrejöttét [15, 16].

Az alábbiakban bemutatásra kerülő tudományos kutatási eredmények döntően két kérdésre vonatkoznak: egyrészt azt vizsgálják, hogy milyen lehetőségek vannak a férfi partnerek bevonására az abortuszellátás folyamatába, másrészt hogy az érintett férfiak aktívabb szerepvállalása milyen hatást gyakorol a beavatkozás pszichés következményeire. A témában végzett vizsgálatok száma relatíve kicsi (főként az érintett nőket felmérő kutatásokhoz képest), ráadásul többnyire statisztikailag alacsony magyarázóértékkel bírnak; eredményeik bemutatását azért tartjuk mégis hasznosnak, mert a kapott információk mellett egyben jól reprezentálják a téma kutatásának nehézségeit és buktatóit is.

A férfi partner részvétele az abortuszellátás folyamatában

Altshuler és mtsai 2016-ban szisztematikus áttekintést készítettek a férfiaknak az abortuszellátásba való bevonására vonatkozó tudományos eredményekből, melynek során 15, 1985 és 2012 között publikált tanulmányt elemeztek. A szerzők összegzése szerint, bár a bizonyítékok nem magas szintűek, az eredmények arra utalnak, hogy a férfi partnerek részvétele az abortuszellátásban (a nő támogató beleegyezésével, szem előtt tartva a biztonságos ellátás szükségességét, például bántalmazó partner esetén) pozitív kapcsolatban áll a nők abortusztapasztalatával; negatív irányú összefüggést egy kutatásban sem találtak [16].

Az áttekintésben szereplő tanulmányokban a férfi partner bevonásának négy típusa volt elkülöníthető.

1. Részvétel az abortusz előtti tanácsadáson

Arra a kérdésre, hogy milyen hatással jár a férfi partner bevonása a tanácsadásba, az elemzett időszakban csak egy kutatás irányult [17]. A vizsgálat során magáról az abortuszról, a beavatkozás utáni fogamzásgátlási lehetőségekről és egyéb, a pár által felvetett témákról szóló tanácsadáson vettek részt a párok. A tanácsadást követően a nők érzelmileg erősebben támogatottnak érezték magukat, megnyugtatónak tartották partnerük jelenlétét, úgy érezték, a hallott információk alapján partnerük jobban megérti, min mennek keresztül, és könnyebben megtudták osztani partnerükkel a döntést.

2. A nő elkísérése a terhességmegszakításra

Néhány vizsgálat arra irányult, hogy ha a férfi partner elkíséri a nőt a beavatkozásra (vagyis jelen van az egészségügyi intézményben, ahol az abortusz történik), az hat-e a nő megküzdésére a beavatkozás után. A kutatások eredményei nem egyértelműek, jelezve, hogy számos változó befolyásolhatja az abortusz utáni pszichés alkalmazkodást. *Major és mtsai* [18] szerint azok a nők, akiket partnerük elkísért, intenzívebb depressziós tüneteket mutattak, és több fizikai tünetről számoltak be a beavatkozás után fél órával, mint az egyedül lévő nők, de a háromhetes utánkövetésnél nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között. A szerzők azonban felhívják a figyelmet arra, hogy a két csoport (egyedül, illetve partnerrel érkezők) között az abortusztól függetlenül is voltak különbségek, és az eredmények eltérését ezek is okozhatták: azok a nők, akik partnerük kíséretében jelentkeztek be, jellemzően fiatalabbak voltak, és rosszabb megküzdési stratégiákkal rendelkeztek, mint a beavatkozásra egyedül érkezők. A közvetítő változók szerepét támasztja alá *Major és kutatócsoportjának* későbbi vizsgálata is, amelyben a társas támogatás és a jobb alkalmazkodás között az énhatékonyság mediáló szerepét igazolták [19]. *Cozzarelli és mtsai* [20] nem találtak összefüggést a férfi partner (várótermi) jelenléte és a nő posztabortusz depressziós tüneteinek mértéke között, de ez a vizsgálat is a distressz mértéke és az énhatékonyság közötti negatív irányú összefüggést bizonyította. A férfi partner által elkísért nők nagyobb fokú elköteleződést mutattak a párkapcsolatuk irányába, és társukat támogatóbbnak értékelték a várandósság óta eltelt időszak megélése, a közös döntés és a jövőbeli megbízhatóság vonatkozásában egyaránt.

Az, hogy a férfi elkíséri-e a nőt a terhességet megszakító beavatkozásra, befolyással bír a biztonságos abortuszhoz való hozzáférésre is, főként azokban a kultúrákban, ahol a házasságon kívüli szexuális aktivitás tabu. Ezekben a helyzetekben könnyebben jut a nő megfelelő ellátáshoz, ha partnere kíséri [16].

3. Jelenlét az abortusz megtörténtekor

Ezek a kutatások gyógyszeres és műtéti abortuszok esetén vizsgálták a férfi partner jelenlétét a beavatkozás alatt (abban a fizikai térben, ahol az abortusz konkrétan történik, a kórházban vagy otthon), illetve abban az időszakban, amelyben a nő gyógyszerhatás alatt áll.

A műtéti abortuszoknál a támogató partner jelenléte vagy annak lehetősége az ellátással való magasabb elégedettséggel jár együtt [21, 22], míg a gyógyszeres terhességmegszakításoknál az elégedettséget nem, de az eljárás elfogadottságát (mennyire ajánlaná a nő ezt a lehetőséget másoknak, illetve mennyiben választaná, ha újból szükség volna rá) pozitívan befolyásolta a férfi partner jelenléte [23, 24]. Mindez azért is fontos, mert összefüggés mutatható ki a nőknél az ellátással való elégedettség és a későbbi pszichés állapot (elsősorban a poszttraumás stressz tüneteinek megjelenése) között [25]. A partner jelenlétét a nők érzelmileg fontosnak és segítőnek érezték, de az a fizikai tünetekre (fájdalom mértéke) nem volt hatással [26]. Kiemelten lényeges a társ támogatása az otthon végzett gyógyszeres abortuszoknál, érzelmi és praktikus szinten egyaránt, sőt a partner jelenlétének lehetősége e módszer választásának egyik fő oka [27].

4. Részvétel az abortusz utáni gondozásban

A férfi partner ottléte a beavatkozás után részben a társas támogatás, részben a nők szorongásának csökkentése miatt lényeges. Az utóbbi szempontjából a partner szerepe kitüntetett jelentőségű: a művi abortusz után a nők pszichológiai alkalmazkodásának mutatói szignifikánsan együtt járást mutatnak a partnertől kapott támogatás mértékével, de a szülői és a baráti támogatással nem [28, 29]. Az érintett nők és kísérőik többsége is hasznosnak ítéli meg a férfi partner jelenlétét a regenerálódás időszakában [30].

Az, hogy a férfiak számára kialakított, abortusz utáni tanácsadás javítja-e a férfi által nyújtott támogatás minőségét, és segíti-e a nő felépülését, erős kulturális befolyás alatt áll. Egy olyan társadalomban, amelyben a férfiak részéről az (érzelmi vagy instrumentális) támogatás nem bevett gyakorlat (például Egyiptom), azon önmagában a tanácsadás nem fog változtatni [31].

Amint látható, a szisztematikus áttekintésben szereplő minden egyes vizsgálat a férfiak bevonásának nőkre gyakorolt hatásával foglalkozott, miközben a férfiaknak saját igényeik és szükségleteik is lehetnek az abortuszellátás során, amelyek egyrészt a megfelelő információkkal való ellátásra, másrészt az érzelmi támogatásra irányulnak.

A férfiak szükségletei és igényei az abortuszellátás során

Bár a szakirodalmi adatok erre vonatkozóan hiányosak, néhány kutatás alapján feltételezhető, hogy az abortusz-ellátásban részt vevő férfiak számára maga a helyzet (te-

hát nem a terhesség megszakítására irányuló döntés, hanem például a nő fizikai fájdalmának látványa) önmagában is fokozott distresszt keltő élmény [32]. Ehhez járulnak hozzá azok a félelmek, amelyek az abortusznak a párkapcsolatra gyakorolt negatív hatására vagy az azt kísérő fájdalomra vonatkoznak. Nem véletlen, hogy kutatási eredmények szerint a beavatkozás előtt a férfiak 39,6%-a tartozott a magas distresszértékeket mutató csoportba (ami szignifikánsan több az illesztett kontrollcsoporthoz képest), a háromhetes utánkövetésnél pedig 30,9% (nem szignifikáns eltérés a kontrollcsoporthoz képest) [33]. A műtét közben a férfiak többnyire egyedül ülnek a váróban – a mellőzöttség és elszigeteltség érzése szintén a negatív érzelmi állapotok facilitálója lehet [34].

Részben a fentiek indokolhatják azt, hogy a terhességmegszakításban részes férfi partnerek jelentős része igényelné az abortusz előtti tanácsadáson való részvételt. Egy amerikai férfiakból álló mintán (n = 905) végzett vizsgálatban a megkérdezettek 38%-a az egyéni, míg 55%-uk a partnerrel közös tanácsadás iránt érdeklődött, míg egy kisebb mintán (n = 113) végzett kanadai vizsgálatban a férfiak harmada (30,4%) fejezte ki igényét a tanácsadás valamely formája iránt [33, 35].¹ Már egy korai vizsgálat eredményei is arra mutattak, hogy csökken a helyzethez kötődő szorongás szintje azoknál a férfiaknál, akik a partnerükkel együtt csoportos tanácsadáson vettek részt [36], egy speciálisan abortuszban érintett férfiak számára kidolgozott, megbocsátásfókuszú terápiás program pedig hatékonyan mutatkozott a düh, a szomorúság és a szorongás érzéseinek oldásában [37]. További jelentős eredmény, hogy a férfiak igényeihez igazított tájékoztatás jelentősen növeli a férfi partnerek elégedettségét az abortuszellátásra vonatkozóan, ami pedig pozitív hatással van a nők elégedettségére is [38], és ez – mint a korábbiakban említettük – pozitívan befolyásolja a beavatkozás utáni pszichés felépülést [25]. A férfiak által nem megfelelőnek érzelt tanácsadás ugyanakkor az intruzív gondolatok és az elkerülés (mint a poszttraumás stressz tünete), valamint az abortusz utáni párkapcsolati problémák nagyobb valószínűségével jár együtt [39].

A tanulmányok felhívják a figyelmet arra, hogy mivel általában is keveset tudunk a témáról, az abortuszellátásban a szolgáltatók oldaláról részt vevők egyrészt alábecsülik annak a támasznak a jelentőségét, amelyet férfi partnerek a nők számára nyújtanak [30], másrészt kevésbé felkészültek a férfi partnerek támogatására, ami tovább fokozza a jelen lévő férfiak kirekesztettségérzését [40, 41]. Bár a vizsgálati adatok alátámasztják, hogy az érintett férfiaknak van igényük a professzionális segítségre partnerük tervezett abortusza előtt vagy után, mégis nagyon kevés, speciálisan a férfi érintetteket célzó tanácsadási protokoll és intervenció került ez idáig kidolgozásra, és ezek hatékonysága sem igazolt. A nemzetközi

szakirodalomban 1977 és 2017 között mindössze két, a témát érintő intervenció tanulmányt találtunk [36, 37]. Inkább az a helyzet jellemző, hogy a pár együtt megy tanácsadásra (pontosabban, a nő számára megajánlott tanácsadási helyzetben informálisan a férfi is részt vesz), ám ez – még ha a párkapcsolat szempontjából pozitív is – az igények és szükségletek különbözősége miatt a férfi partner szempontjából nem minden esetben megfelelő vagy elégséges [39]. Problémát jelenthet a férfiak motiválása is, de ez részben az adott kultúra befolyása alatt áll (például a segítségkérés mennyire egyeztethető össze a férfiszereppel), másrészt immanensen függ össze azzal, hogy akár a társadalmi diskurzus, akár az egészségügyi ellátás szintjén mennyiben tematizálódik az abortusz kizárólag női kérdésként [39].

A fogantatásért vállalt közös felelősség

A statisztikai adatok szerint a nem kívánt várandósságok csaknem fele végződik művi abortusszal [42], így a terhességmegszakítások számának mérséklésére az egyik megoldás lehet a (hatékonyabb) fogamzásgátló eszközök használata és ezáltal a nem kívánt terhességek számának csökkentése. A már említett Kairói Népesedési Világkonferencia kiemelt kutatási területként határozta meg a közös felelősségnek és a férfiak aktív részvételének kérdését a szexuális és reprodukív egészségügyben, valamint a családtervezésben („partners in reproduction”). Ennek hatására az egészségpolitikákban, a társadalom különböző rétegeit megszólító kampányokban és a tudományos kutatások terén is mind nagyobb hangsúlyt kapott a férfiak felelősségvállalásának ösztönzése az apaság (és a gyermeknevelés), de ugyanígy a terhességmegelőzés terén is [15]. A közös felelősség hangsúlyozása már csak azért is központi a művi terhességmegszakítás kapcsán, mert a modern és széles körben hozzáférhető fogamzásgátló módszerek elterjedésével a nem kívánt várandósság önmagában is a felelősségteljes (szexuális) viselkedés hiányaként tételeződik. Így az, hogy a férfi partner milyen mértékben vesz részt a terhesség megtartására/megszakítására vonatkozó döntésben, valószínűsíthetően összefügg azzal is, hogy magáért a fogantatásért (illetve elkerülése kudarcáért) mennyire vállalja a felelősséget. Ha a fogamzásgátlás a partnerek közös felelőssége, akkor feltételezhető, hogy a döntés a nem kívánt terhességről is az lesz – bár ez az összefüggés még további tudományos igazolásra vár [43].

Az elégtelen védekezés és a művi vetélés összefüggését alátámasztják azok a hazai adatok is, amelyek szerint a terhességük megszakítását kérő nők többségénél a várandósság a fogamzásgátlás hiánya miatt jöhet létre: a nők kevesebb mint fele védekezett rendszeresen a nem kívánt fogantatás előtt, és köztük is nagy arányban szerepeltek a természetes védekezést vagy más, kevésbé hatékony módszereket alkalmazók [44]. Számos kutatás igazolja, hogy a fogamzásgátlás hatékonysága javítható az egyéni igényekhez igazított tanácsadással, akár többszöri abor-

¹ Ezen eredmények természetesen nem kezelhetők függetlenül attól, hogy az adott társadalomban a férfiak általában véve milyen mértékben vesznek igénybe mentális egészségügyi szolgáltatásokat, az mennyire stigmatizáló, stb.

tuszon átesett nőknél is [45]. Ez részben a helytálló ismeretek növekedését, másrészt a hatékony védekezési módszerek választását és alkalmazásuk rendszeressé tételét jelenti. A tájékoztatás hatása fokozható akkor, ha nemcsak a nő, hanem a partnere is jelen van a konzultáción, vagyis a férfiak bevonása az abortuszellátásba e téren hasznos hozzájárulás lehet a művi terhességmegszakítások számának csökkentéséhez [46, 47].

Következtetések

Ahogy a társadalom szintjén nem gondolkodhatunk az egészségi állapotról anélkül, hogy az ellátásra vonatkozó paramétereket ne vennénk számításba, úgy a művi terhességmegszakítást, annak gyakoriságát, számát, egyéb mutatóit sem érdemes az ellátási oldaltól függetlenül kezelni. Bár relatíve kevés kutatási adat áll még rendelkezésünkre, azok eredményei egy irányba mutatnak: az abortuszellátáson belül szükséges a pszichés tényezők fontosságát is szem előtt tartani és ezzel összefüggésben nagyobb figyelmet fordítani az ellátás során a férfi partnerek szerepére. Ez jelenti részben fokozottabb bevonásukat az ellátás folyamatába, másrészt igényeikhez, elvárásaikhoz igazított információátadási, tanácsadási és intervenciók gyakorlatok kidolgozását és azok hatékonyságának ellenőrzését.

Sz. Makó [48] szerint a művi abortuszt megelőző időszakban a pszichoszociális intervenciók fontos területét képezi a) a terhesség kimenetelével kapcsolatos helyzet-elemzés és döntéshozatal támogatása, b) a krízisintervenció, c) súlyos kapcsolati problémák esetén a partnerek közti problémamegoldás segítése, d) az eseménnyel való megküzdéshez az erőforrások mobilizálása, e) a műtétre történő pszichológiai felkészítés, f) a tájékoztatás az abortusz utáni pszichés reakciókról és a komplikált feldolgozás jegyeiről, g) a pszichés problémák szempontjából magas rizikójú csoportba tartozók kiszűrése és h) az ismétlődő művi abortuszok elkerülését célzó intervenciók. Mindezek azonban, amint azt a fentiekben bemutatott szakirodalmi adatok is alátámasztják, nemcsak a nők, hanem a művi abortuszban érintett férfiak vonatkozásában is fontosak lennének. Mindennek segítségével emelkedne a partnerek informáltsága, amely a megfelelően mérlegelt döntés és egyben a döntésért vállalt felelősség alapja is. A nők nagyjából harmada ambivalens a beavatkozás elvégzése előtt, jelentős részük az aktuálisan elvetetni tervezett várandósság előtt a terhesség kihordását választotta volna, és más döntésre jutna, ha a körülményei változnának, például ha a partner másként állna a gyermekvállalás kérdéséhez [49]. A kifejezetten férfiakat célzó információátadás és intervenciók segítségével emelkedhetne a két fél egyetértésével meghozott, közös döntések aránya – akár a terhesség megtartására irányuló döntéseké is. Hazánkban az összes művi vetélés mintegy egyharmadát olyan nőknél végzik, akiknek korábban volt már legalább egy terhességmegszakításuk [44]. A többszörös abortuszok számának csökkentése a fogamzást-

lási szokások megváltoztatása nélkül nem képzelhető el, ebben pedig a férfi partnereknek is szerepük és felelősségük van. Célzott informálásuk tehát ebből a szempontból is segítené az elvetetett várandósságok számának visszaszorítását. Másfelől, ha a várandósság megszüntetésében részes férfiak, az ő érzéseik, gondolataik, motivációik és szükségleteik láthatatlanok maradnak, az egyéni szinten (illetve a párok vonatkozásában) negatív hatással járhat a döntéssel és annak következményeivel való megküzdésre, társadalmi szinten pedig gátja lehet a művi abortuszok számának csökkenését célzó programok eredményességének.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: N. B. M.: Adatgyűjtés, a közlemény megírása. R. A.: A közlemény javítása, kiegészítése, végleges korrektúra. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Hungarian Central Statistical Office. Hungary, 2017. [Központi Statisztikai Hivatal. Magyarország, 2017.] Available from: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2017.pdf> [accessed: November 7, 2018]. [Hungarian]
- [2] Johnston's Archive. Abortion worldwide report. Available from: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/wrjp-336pd.html> [accessed: Szeptember 27, 2018].
- [3] Jones RK, Moore AM, Frohworth LF. Perceptions of male knowledge and support among U.S. women obtaining abortions. *Womens Health Issues* 2011; 21: 117–123.
- [4] Major B, Zubek JM, Cooper ML, et al. Mixed messages: implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *J Pers Soc Psychol*. 1997; 72: 1349–1363.
- [5] Turay A, Horváth B, Kovács L, et al. Induced abortion and relationships. [Terhességmegszakítás és párkapcsolat.] *Magy Nőorv L.* 1997; 60: 227–230. [Hungarian]
- [6] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. WHO, Geneva, 2012. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf [accessed: May 21, 2018].
- [7] National Abortion Federation. 2018 Clinical Policy Guidelines for Abortion Care. Washington, DC, 2018. Available from: https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018_CPGs.pdf [accessed: July 12, 2018].
- [8] Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43: 103–109.
- [9] American Psychological Association. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC, 2008. Available from: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf> [accessed: May 21, 2018].
- [10] Foster DG, Jackson RA, Cosby K, et al. Predictors of delay in each step leading to an abortion. *Contraception* 2008; 77: 289–293.
- [11] Kapadia F, Finer LB, Klukas E. Associations between perceived partner support and relationship dynamics with timing of preg-

- nancy termination. *Womens Health Issues* 2011; 21(3 Suppl): S8–S13.
- [12] Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004; 103: 729–737.
- [13] Vandamme J, Buysse A, Loeys T, et al. The decision to have an abortion from both partners' perspectives: a dyadic analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017; 22: 30–37.
- [14] Richardson CT, Nash E. Misinformed consent: the medical accuracy of state-developed abortion counseling materials. *Guttmacher Policy Review* 2006; 9: 6–11.
- [15] Reich JA, Brindis CD. Conceiving risk and responsibility: a qualitative examination of men's experiences of unintended pregnancy and abortion. *Int J Mens Health* 2006; 5: 133–152.
- [16] Altshuler AL, Nguyen BT, Riley HE, et al. Male partners' involvement in abortion care: a mixed methods systematic review. *Perspect Sex Reprod Health* 2016; 48: 209–219.
- [17] Becker S, Bazant ES, Meyers C. Couples counseling at an abortion clinic: a pilot study. *Contraception* 2008; 78: 424–431.
- [18] Major B, Mueller P, Hildebrandt K. Attributions, expectations, and coping with abortion. *J Pers Soc Psychol.* 1985; 48: 585–599.
- [19] Major B, Cozzarelli C, Sciacchitano AM, et al. Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59: 452–463.
- [20] Cozzarelli C, Karrasch A, Sümer N, et al. The meaning and impact of partner's accompaniment on women's adjustment to abortion. *J Appl Soc Psychol.* 1994; 24: 2028–2056.
- [21] Guilbert E, Roter D. Assessment of satisfaction with induced abortion procedure. *J Psychol.* 1997; 131: 157–166.
- [22] Makenzius M, Tydén T, Darj E, et al. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012; 17: 260–269.
- [23] Abdel-Aziz E, Hassan IM, Al-Taher H. Assessment of women's satisfaction with medical termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2004; 24: 429–433.
- [24] Kopp Kallner H, Fiala, C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception* 2012; 85: 394–397.
- [25] Wallin Lundell I, Öhman SG, Sundström Poromaa I, et al. How women perceive abortion care: a study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015; 20: 211–222.
- [26] Kero A, Los A, Wulff M. Home abortion – experiences of male involvement. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010; 15: 264–270.
- [27] Kero A, Wulff M, Los A. Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14: 324–333.
- [28] Bracken MB, Hachamovitch M, Grossman G. The decision to abort and psychological sequelae. *J Nerv Ment Dis.* 1974; 158: 154–162.
- [29] Shusterman LR. Predicting the psychological consequences of abortion. *Soc Sci Med. Med Psychol Med Sociol.* 1979; 13A: 683–689.
- [30] Veiga MB, Lam M, Gemeinhardt C, et al. Social support in the post-abortion recovery room: evidence from patients, support persons and nurses in a Vancouver clinic. *Contraception* 2011; 83: 268–273.
- [31] Abdel-Tawab N, Huntington D, Hassan EO, et al. Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ. (eds.) *Postabortion care: lessons from operational research.* Population Council, New York, NY, 1999; pp. 16–37.
- [32] Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, et al. In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol. *J Am Med Womens Assoc.* 2000; 55(3 Suppl): 169–172.
- [33] Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, et al. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Can Fam Physician* 2000; 46: 2033–2040.
- [34] Papworth V. Abortion services: the need to include men in care provision. *Nurs Stand.* 2011; 25: 35–37.
- [35] Shostak A. Men, me, and abortion: on doing the right thing. *Men Masculinities* 2008; 10: 360–366.
- [36] Gordon RH. Efficacy of a group crisis-counseling program for men who accompany women seeking abortions. *Am J Community Psychol.* 1978; 6: 239–246.
- [37] Coyle CT, Enright RD. Forgiveness intervention with postabortion men. *J Consult Clin Psychol.* 1997; 65: 1042–1046.
- [38] Makenzius, M. Unintended pregnancy, abortion and prevention. Women and men's experiences and needs. Doctoral dissertation. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala, 2012. Available from: <http://citeaserx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.859.1627&rep=rep1&type=pdf> [accessed: September 27, 2018].
- [39] Coyle CT, Coleman PK, Rue VM. Inadequate preabortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women. *Traumatology* 2010; 16: 16–30.
- [40] Kero A, Los A. Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25: 135–143.
- [41] Halldén BM, Christensson K. Swedish young men's lived experiences of a girlfriend's early induced abortion. *Int J Mens Health* 2010; 9: 126–143.
- [42] Kågesten A, Bajos N, Bohet A, et al. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Hum Reprod.* 2015; 30: 186–196.
- [43] Costescu DJ, Lamont JA. Understanding the pregnancy decision-making process among couples seeking induced abortion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35: 899–904.
- [44] Hungarian Central Statistical Office. Demographic characteristics of induced abortions. [Központi Statisztikai Hivatal. Terhességmegszakítások demográfiai jellemzői.] Available from: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/terhessegmegsz11.pdf> [accessed: September 27, 2018]. [Hungarian]
- [45] Loeber OE, Muntinga ME. Contraceptive counselling for women with multiple unintended pregnancies: the abortion client's perspective. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017; 22: 94–101.
- [46] Zhu JL, Zhang WH, Cheng Y, et al. Impact of post-abortion family planning services on contraceptive use and abortion rate among young women in China: a cluster randomised trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14: 46–54.
- [47] Stewart H, McCall SJ, McPherson C, et al. Effectiveness of peri-abortion counselling in preventing subsequent unplanned pregnancy: a systematic review of randomised controlled trials. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2016; 42: 59–67.
- [48] Sz. Makó H. Psychological perspectives of abortion care – when, what and how can psychotherapeutic assistance help during pregnancy termination. [Az „abortusz-ellátás” pszichológiai perspektívái – mikor, miben és hogyan segíthet a pszichoterápiás szemléletű szakellátás a terhesség-megszakítás során.] *Psychiat Hung.* 2014; 29: 418–425. [Hungarian]
- [49] Husfeldt C, Hansen SK, Lyngberg A, et al. Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995; 74: 813–817.

(Nagy Beáta Magda,
Szombathely, Dolgozók útja 1/A, 9700
e-mail: nagybeatamagda@imap.cc)