

Uwarunkowania procesu radzenia sobie z aborcją

Marta Wolna*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

THE DETERMINANTS OF COPING WITH ABORTION

Abortion is a difficult and burdensome situation for a woman and that's why it can be considered in categories of stress. The process of coping with it has a strongly individualized character. This can be confirmed by investigations carried out in a group of 20 women who had an abortion. The study has shown there isn't a single strategy of coping with abortion experiences common to all the women investigated. These women worked out several, sometimes completely different, specimens of strategy. An analysis of the gathered data by means of Principal Components Analysis let, however, to two separate basic groups of strategies triggered off by the women investigated. The first group involves palliative strategies disposed to regulation of emotions. The second group involves active strategies consisting mainly in direct action with the aim of changing the situation. It was proved that working out one group excludes the other. Moreover, the investigations revealed the factors influencing the choice of strategies of coping with abortion consequences. Among them the Sense of Coherence is the most important.

WPROWADZENIE

W publikowanych wypowiedziach kobiet na temat doświadczeń związanych z aborcją i to bez względu na to, czy kobiety te żałowały swego kroku, czy uważały go za jedyne słuszne rozwiązanie, niezwykle często powtarza się stwierdzenie, że aborcja była dla nich sytuacją trudną i silnie obciążającą. Można więc przyjąć, że przeżywały one stres. Ponieważ aborcja w swej istocie nie jest tylko aktem pozbawienia życia dziecka na ginekologicznej kozetce, ale całym ciągiem zdarzeń poprzedzających „zabieg” i wynikających z jego przeprowadzenia, dlatego dla określenia całokształtu okoliczności łączących się z przerwaniem ciąży, właściwszym wydaje się termin „problem aborcyjny”. Jego specyfika polega między innymi na tym, iż nie posiada on wyraźnie zaznaczonych ram czasowych i trwa przeważnie dłuższy okres, stąd jest on raczej przewlekłym stresem, niż pojedynczym wydarzeniem stresowym. Oznacza to, że kobieta, a czasem także jej najbliżsi, doświadczają w związku z aborcją wielu pojedynczych, ale ściśle powiązanych ze sobą wydarzeń stresowych, a poziom radzenia sobie z każdym z nich, determinuje pojawienie się kolejnych.

Odwołując się do transakcyjnego modelu stresu Lazarusa (Lazarus, 1980), trzeba założyć oczywiście, że istnieje pewne prawdopodobieństwo oceny przerwania ciąży w kategoriach

„wydarzenie bez znaczenia”, czy nawet „wydarzenie sprzyjająco-pozytywne”, lecz jest ono znacznie mniejsze niż prawdopodobieństwo oszacowania go jako „wydarzenie stresowe”. Zdecydowanie mniej pewne wydaje się natomiast ustalenie dalszego przebiegu procesu oceny. Jak wykazały wyniki badań dotyczących psychicznych konsekwencji tego „zabiegu” (Adler, 1994), istnieją zarówno takie osoby, dla których doświadczenie to było trudne lecz możliwe do rozwiązania (wyzwanie), jak i takie, które nie potrafią sobie z nim poradzić i uginają się pod jego ciężarem (krzywda / strata lub zagrożenie).

RAMY CZASOWE I GŁÓWNE ETAPY PROBLEMU ABORCYJNEGO

Istnieją zasadniczo dwa sposoby ujmowania ram czasowych problemu aborcyjnego: szersze i węższe. Propagatorem pierwszego z nich jest P. Ney (Ney, Peeters, 1992), twórca koncepcji „głęбоkiego zranienia”. Zakłada on, że przemoc wobec dziecka mająca miejsce w domu rodzinnym, czy też dokonywanie aborcji przez matkę, stwarza coś w rodzaju predyspozycji u dziecka do powtarzania skryptów z dzieciństwa w dorosłym życiu. Jednym słowem działa tu mechanizm zamkniętego koła, albo raczej jak to nazwał Ney, „trójkąta rotacji”, w którym z biegiem czasu uczestnicy zmieniają tylko swe pozycje, a dziecko z ofiary staje się krzywdzicielem dla swoich dzieci. Dotyczyć to może jego dzieci narodzonych, albo tak, jak w przypadku aborcji, poczętych ale jeszcze nienarodzonych. Tak więc zgodnie z tą koncepcją, początku problemu aborcyjnego należy szukać już w dzieciństwie, na wiele lat przed dokonaniem aborcji.

* Korespondencję na temat artykułu można kierować pod adresem: Marta Wolna, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań.

Istnieje też inne spojrzenie na tę kwestię, reprezentowane przez znakomitą większość psychologów i psychiatrów zajmujących się tą tematyką (Ostrowska, 1994; Ryś, 1994; Adler, 1994; Fijałkowski, 1993; Kornas-Biela, 1993; Lemkau, 1992). Dla nich początkiem problemu aborcyjnego jest wiadomość o ciąży, która pociąga za sobą lawinę myśli, emocji i zdarzeń. Kolejnymi jego etapami są: decyzja o aborcji i sam „zabieg”. Ze względu na ich charakter zaliczyć je można do krytycznych wydarzeń życiowych. Wyodrębniają się one bowiem z toku codziennych wydarzeń, dotyczą ważnych, cenionych spraw, są emocjonalnie znaczące i co najistotniejsze, zakłócają one funkcjonowanie układu jednostka – otoczenie, powodując taki stan destabilizacji, takie zaburzenie równowagi w ustalonych formach przystosowania, że dotychczasowe formy zachowania są niewystarczające i nieprzydatne. Innymi słowy wymagają one modyfikacji mechanizmów przystosowania, co sprawia, że stają się punktem zwrotnym w życiu kobiety (Sęk, 1993).

Aby rozpatrywać problem aborcyjny pod kątem możliwych kolejnych ocen sytuacji, istotnym wydaje się zrekonstruowanie uczuć i myśli przyszłych rodziców, a w szczególności przyszłej matki, od momentu poczęcia dziecka do aborcji i jakiś czas po niej.

Po lekarskim potwierdzeniu ciąży, para szuka uznania i wsparcia zarówno u siebie nawzajem, jak i w najbliższym otoczeniu. W tym momencie podkreślić należy, że dzieje się tak nie tylko w przypadku osób nieletnich, ale nawet wówczas, gdy dziecko poczęte zostało w związku małżeńskim, a para dawno ukończyła już osiemnaście lat. Nowy członek w rodzinie zawsze zapowiada liczne zmiany, które rozpatrywać można zarówno w kategoriach zysków, jak i strat, dlatego dla wszystkich właściwa jest wówczas ambiwalencja uczuć i niepewność. Stanie się rodzicem prowadzi nieuchronnie do powstania kryzysu, co skutkuje zmianą spojrzenia zarówno na samego siebie, jak i na życie. Czynniki takie jak: wsparcie ze strony otoczenia, prawo zabraniające aborcji, czy rozwiązanie konfliktów wyrastających z kryzysu doznanych w dzieciństwie, przyczynić się mogą do rozwiązania kryzysu, czego konsekwencją jest dojrzałość psychiczna rodziców do macierzyństwa i ojcostwa. Prawdopodobieństwo negatywnego rozwiązania kryzysu wzrasta wraz z występowaniem takich czynników jak: negatywne reakcje otoczenia na wiadomość o ciąży, pomniejszanie przez otoczenie wartości dziecka, nie rozwiązanie konfliktów osobistych i interpersonalnych, niezaspokojenie potrzeb rozwojowych, braki emocjonalne, a także prawna zgoda na aborcję. Jeśli para doświadczy na sobie tych ostatnich wpływów, to po okresie kryzysu pojawi się w niej zamęt. W tym czasie rodzice starają się zdobyć dodatkowe informacje, zwłaszcza ze strony lekarza, które pomogłyby im w podjęciu decyzji bądź o urodzeniu dziecka, bądź o zakończeniu ciąży. Są oni wówczas niezwykle podatni na wpływy, tak jakby wyczerpali już własne możliwości rozwiązania problemu i zdawali się już tylko na innych.

D. Kornas-Biela (1993) opisując okoliczności podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży zaznacza, że zachodzi ono w stosunkowo krótkim okresie po poczęciu dziecka, a więc w sytuacji trudnej nie tylko od strony psychologicznej, ale i fizjologicznej. Kobieta przeżywa wówczas „huśtawkę uczuć” z dominantą uczuć lękowych, a także liczne dolegliwości, co uniemożliwia jej kierowanie się zdrowym rozsądkiem i rzeczowymi argumentami, a ułatwia decyzję prowadzącą do usunięcia przyczyny lęku. Przeprowadzanie aborcji wówczas, kiedy wiek ciążowy zbliża się do górnej granicy dopuszczalności prawnej dla tego „zabiegu” wskazuje natomiast na to, że

podejmowanie decyzji o aborcji jest procesem i pomimo, że już po diagnozie lekarskiej kobieta deklaruje chęć usunięcia ciąży, to odracza działanie, aby oswoić się z emocjami i umocnić w swym postanowieniu.

Kiedy decyzja już ostatecznie zapada, przeżycie ulgi w związku z tym, często spostrzegane jest przez parę jako potwierdzenie, iż podjęta została słuszna decyzja. Starają się oni także unikać wszystkich tych osób, które mogłyby ponownie wzbudzić w nich wątpliwości. Według Ney, jeśli decydują się oni na aborcję, wówczas ich postawa przypomina „ponurą determinację”. Od tego momentu zdają się oni podporządkowywać procesowi ukierunkowanemu przez ginekologa dokonującego aborcji. Choć zdarza się, że oboje rodzice przeżywają opisywane fazy problemu aborcyjnego, jednak na tym etapie jego trwania, znacznie silniejszych emocji doświadcza matka dziecka. Jej stan przyrównać można wówczas do oszołomienia. Staje się ona pasywna, tak jakby chciała powiedzieć: „To już nie ja podejmuję decyzję, poddaję się tylko poleceniom lekarza”.

K. Ostrowska (Ostrowska, 1994) na podstawie swoich pięcioletnich doświadczeń z rozmów z kobietami decydującymi się na aborcję, wyodrębniła u nich pewien zespół objawów, który nazwała Syndromem Przedaborcyjnym. Do najczęstszych jego objawów należą: napięcie, niepokój, silna drażliwość, płaczliwość lub przeciwnie – zaciętość, gwałtowne otamowanie emocji, agresja słowna, zniechęcenie, apatia. Według Ostrowskiej, kobiety te sprawiały wrażenie jakby nie uczestniczyły w tym, co się wokół nich dzieje, były zupełnie niepodatne na argumentację i wpływy, a objawy te nasilały się w trakcie prób racjonalnego podejścia do realizowanej decyzji.

W okresie poprzedzającym sam „zabieg”, cała energia matki dziecka poświęcona zostaje na uniewrażliwienie na własne uczucia i naturalne instynkty. Pełna racjonalizacja czynu, na który się zdecydowała, następuje wraz z odczłowieczeniem dziecka.

Podczas aborcji kobieta posiada początkowo wyostrzoną wręcz świadomość tego co się dzieje. Rejestruje ona wszystkie szczegóły takie jak: brzmienie głosu, kolor pokoju, chłód mebli itp. W kolejnych fazach procedury aborcyjnej włączona zostaje jednak obronność percepcyjna sprawiająca, że przestaje ona odczuwać cokolwiek i tak jest już do końca trwania „zabiegu”.

Pierwsze chwile po przebudzeniu odbiera ona zazwyczaj jako ulgę, co wynika z zakończenia samej procedury aborcyjnej, a także z wcześniejszego przekonania, że rozwiąże ona w ten sposób wszystkie dręczące ją przez ostatnie tygodnie zmartwienia. Drugim dominującym wówczas elementem jej stanu psychicznego, jest jednakże pragnienie jak najszybszego zapomnienia o wszystkim, co się wydarzyło.

Zdaniem wielu psychologów (Ostrowska, 1994; Adler, 1994; Ney, 1992; Kornas-Biela, 1993, 1988; Fijałkowski, 1992; Lemkau, 1992; Willke, Willke, 1991; Toulat, 1978), późniejsze samopoczucie kobiety zależy od wielu czynników i może przyjmować różne zabarwienie. Teoretycznie trzeba założyć, że istnieje pewna grupa kobiet, dla której istotnie przerwanie ciąży jest jedynym słusznym rozwiązaniem i od tego momentu ich problem kończy się. Pozostaje druga grupa, która po pewnym czasie przeżywać zacznie negatywne konsekwencje swego kroku, co zostało określone jako PAD (Post Abortion Distress). Po okresie około trzech miesięcy stan ten może mijać, albo też utrzymywać się nadal przechodząc w pełno objawowy PAS (Post Abortion Syndrom). Pierwsza sytuacja, a więc ustąpienie negatywnych emocji po przerwaniu ciąży, wiązać się może bądź to ze skutecznym poradzeniem sobie

przez kobietę z doświadczeniem aborcyjnym, bądź z stosowaniem przez nią mechanizmów obronnych takich jak racjonalizacja, zaprzeczanie i wypieranie. Obrony te często na długie lata utrzymują kobietę z dala od przykrych wspomnień. Tego typu uwolnienie się od problemu nie prowadzi jednak do jego rozwiązania i z dużym prawdopodobieństwem da on o sobie znać ponownie. Czynniki wyzwalającymi PAS mogą być zarówno sytuacje bezpośrednio wynikające z aborcji, jak np. trudności z zajściem w kolejną ciążę, poaborcyjne powikłania medyczne, jak i całkowicie z nią nie związane. W literaturze na ten temat (Kornas-Biela, 1988; 1993; Toulat, 1978; Willke, Willke, 1991) znaleźć można obszernie opisy przypadków kobiet, u których wystąpiły objawy PAS po przejściu na emeryturę, rozwodzie, czy śmierci bliskiej osoby. Uświadczenie sobie przez kobietę związku pomiędzy jej stanem a dokonaną wcześniej aborcją, jest, jak w przypadku innych problemów, pierwszym krokiem do jego rozwiązania. Wiele kobiet, które uznały aborcję za pomyłkę życiową postanawia już nigdy z niej nie korzystać, co więcej, pragnie również przyjść z pomocą kobietom będącym w podobnej sytuacji jak one kiedyś. Ma to być pewna forma zadośćuczynienia, czy pokuty za wyrządzone zło. Według Kornas-Bieli, inną formą rekompensaty za dokonanie aborcji jest także nadopiekuńczość wobec posiadanych żyjących dzieci, czy też dzieci w ogóle. Pomimo, że takie działania mogą przynieść kobiecie pewną ulgę, całkowite „uwolnienie” się od problemu aborcyjnego możliwe jest prawie wyłącznie poprzez uczestnictwo w terapii, co oznacza, że kobieta praktycznie nie jest w stanie dokonać tego bez pomocy innych osób.

Przedstawione warianty zakończenia problemu aborcyjnego pokazują, że niełatwe jest jednoznaczne określenie jego końca. Dla niektórych kobiet będzie to istotnie kilka godzin po „zabiegu”, inne natomiast nie poradzą sobie z nim do końca życia. W rzeczywistości więc przebieg całego problemu aborcyjnego, zarówno w odniesieniu do etapów, jak i ram czasowych, jest silnie zindywidualizowany. Potwierdza to tym samym podstawowe założenia teorii Lazarusa (Lazarus, 1980), a mianowicie, że proces przeżywania stresu i radzenia sobie z nim jest kwestią subiektywnej oceny i własnych możliwości sprostania jej wymogom.

TYPY MOŻLIWYCH OCEN TRANSAKCJI POMIĘDZY KOBIECĄ A SYTUACJĄ NA POSZCZEGÓLNYCH ETAPACH PROBLEMU ABORCYJNEGO

Na podstawie przedstawionej sekwencji zdarzeń, myśli i uczuć kobiety zmagającej się z przeżyciami niechcianej ciąży i aborcji, można już teraz z większym prawdopodobieństwem określić typy ocen transakcji pomiędzy nią a sytuacją, jakich dokonuje ona na poszczególnych etapach problemu aborcyjnego. Jest to niezwykle ważne dla zrozumienia całości zjawiska aborcji, bowiem typ oceny determinuje podejmowane kroki zaradcze, pojawiające się emocje, a w konsekwencji kolejne oceny i ich modyfikacje.

W momencie potwierdzenia wiadomości o tym, iż kobieta spodziewa się dziecka, możliwe są zasadniczo dwa typy ocen transakcji: wyzwanie i zagrożenie. Ocena w kategoriach straty jest tu raczej mało prawdopodobna, ponieważ strata odnosi się do powstałej już szkody, podczas, gdy tu szkoda dopiero jest antycypowana.

Wyzwanie będzie się wiązało z oszacowaniem ciąży i spodziewanego przyjścia na świat dziecka jako trudnych, jednak nie przewyższających swymi wymogami możliwości jednostki. Konsekwencją tego jest wówczas brak konfliktu pomiędzy chęcią urodzenia dziecka i utrzymaniem *status quo* i kontynuowanie ciąży. Postawa taka reprezentowana może być z powodzeniem zarówno przez takie kobiety, które aktualnie planowały posiadanie dziecka, jak i te, dla których ciąża była zaskoczeniem.

Jeżeli natomiast przyszła matka dojdzie do wniosku, że zaistniała sytuacja jest dla niej wroga i niebezpieczna, a także, że nie posiada zasobów aby jej sprostać, pojawia się ocena drugiego rodzaju, czyli zagrożenie. Efektem tego jest powstanie dylematu czy utrzymać, czy przerwać ciążę, co prowadzi do drugiego etapu problemu aborcyjnego – podjęcia decyzji o aborcji.

Sam proces decydowania o takim kroku, jakim jest aborcja, może być odbierany jako kolejny stresor i to bez względu na to, czy matka identyfikuje go z podejmowaniem decyzji o życiu i śmierci dziecka, czy tylko odbiera jako decyzję o poddaniu się nieprzyjemnemu zabiegowi. Na tym etapie, podobnie jak poprzednio, może ona oceniać swoją sytuację jako wyzwanie lub jako zagrożenie. Wiąże się to bezpośrednio z przewidywaniem przez nią tego, w jakim stopniu aborcja okaże się dla niej rozwiązaniem problemu. Jeśli sądzi, że usunięcie ciąży jest jedynym słusznym rozwiązaniem i skutecznie uwolni ją od kłopotów, prawdopodobieństwo oszacowania transakcji jako wyzwania jest bardzo duże. Następstwem tego może być podjęcie racjonalnych sposobów radzenia sobie zmierzających do zmiany sytuacji w postaci np. wizyty u lekarza i ustalenia terminu „zabiegu”, czy gromadzenia pieniędzy na ten cel.

Natomiast, kiedy kobieta będzie antycypowała, iż aborcja stanie się dla niej nowym problemem, wówczas jej ocena będzie należała do kategorii zagrożenie. Negatywne emocje, jakie się z tym wiążą, mogą spowodować przewartościowanie oceny transakcji na poprzednim etapie i w efekcie zrezygnowanie z przerwania ciąży na rzecz urodzenia dziecka. Może jednak być i tak, że poradzi ona sobie z przykrym stanem emocjonalnym poprzez zastosowanie procesów intrapsychicznych, a więc mechanizmów obronnych, głównie racjonalizacji, co obniży jej napięcie, umocni poprzednią ocenę i ułatwi podjęcie konkretnych działań w celu podania się aborcji.

Pobyt w szpitalu, kontakt z personelem medycznym, wreszcie sam zabieg jest chyba najtrudniejszym momentem w całym problemie aborcyjnym. Oprócz istniejących już wcześniej wątpliwości dołącza się tu bowiem jeszcze strach przed samą procedurą, bólem, możliwymi powikłaniami, widokiem dziecka, na który może być narażona, wreszcie tym, co nieprzewidziane może się wydarzyć. Na tym etapie praktycznie każda kobieta uruchamia cały arsenał obron, spośród których najczęstszym jest obronność percepcyjna, pozwalająca na psychiczne znieczulenie się w trakcie samego „zabiegu”.

Moment przerwania ciąży wyznacza koniec okresu, który umownie nazwę pierwszą częścią problemu aborcyjnego, łączącego się bezpośrednio z problemem niechcianej ciąży. Można powiedzieć, że aborcja definitywnie rozwiązała go, bo w rzeczywistości kobieta przestaje być w ciąży, a „zagrożające” jej dziecko nie przyjdzie na świat. Bez względu na emocje jakie zrodzą się w kobiecie bezpośrednio po „zabiegu”, dokona ona ponownej, teraz już z perspektywy czasu, oceny wydarzeń. Ocena ta nie koncentruje się już tylko na problemie ciąży, ale i aborcji. Ponieważ dotyczy ona sytuacji przeszłej przybiera ona teraz postać zysku albo straty. Te kobiety, u których

bilans przeżytych doświadczeń wypadnie pozytywnie, ocenia aktualną transakcję jako zysk i tak zakończy się dla nich problem aborcyjny. Wiadomo jednak, że pewna grupa kobiet oszacuje ją jako stratę i wówczas podejmie ona różnorodne formy zaradcze skierowane bądź na zmianę sytuacji, bądź na redukcję przykrego stanu emocjonalnego. Na podstawie zamieszczanych często w literaturze obszernych wypowiedzi kobiet, które poddały się aborcji, a które żałowały swej decyzji (Willke, Willke, 1991; Fijałkowski, 1993; Kornas-Biela, 1993; Toulat, 1978) wiadomo, że w ciągu swego życia wielokrotnie dokonywały one jeszcze później podobnych ocen, a ich postać zmieniała się w zależności od wielu okoliczności.

Powyższe rozważania są tylko najprostszą próbą analizy „problemu aborcyjnego” pod kątem możliwych ocen transakcji dokonywanych przez kobietę w jego trzech momentach krytycznych. W rzeczywistości oceny te ulegają wielokrotnej modyfikacji pod wpływem wzbudzanych emocji, zmieniającej się na bieżąco sytuacji i wreszcie efektów podjętych działań zaradczych. Zmiany te dotyczyć mogą zarówno aspektów ilościowych, a więc nasilenia stopnia pewności, co do poprawności oszacowania sytuacji lub własnych możliwości, jak i jakościowych tzn., że wraz z upływem czasu transakcja z wyzwania stanie się zagrożeniem lub odwrotnie i to samo dotyczy zysku i straty. Prawdopodobnie jest też często tak, że w wyniku starań podejmowanych przez kobietę w celu dokonania oceny, nie potrafi ona jednoznacznie określić typu transakcji, a jedynie orientacyjnie wskazać, ku któremu z biegunów tego kontinuum się skłania.

Dane literaturowe na temat badań prowadzonych w związku z problemem aborcyjnym wskazują na to, iż badacze koncentrują się głównie na ustalaniu fizycznych i psychicznych następstw przerywania ciąży, mało natomiast zajmują się uruchamiającym się już z chwilą podjęcia decyzji o „zabiegu” i mogącym trwać długie lata, procesem radzenia sobie z tym doświadczeniem. Stąd też główny problem, do rozwiązania którego chciałam się przybliżyć poprzez badania empiryczne, dotyczył właśnie przebiegu procesu radzenia sobie. Moim celem było zbadanie, jakie sposoby radzenia stosowane są najczęściej przez kobiety po aborcji i jakie czynniki wpływają na ich wybory. Szukałam odpowiedzi na pytania: czy możliwe jest wyodrębnienie wspólnych dla kobiet strategii radzenia sobie z problemem aborcyjnym oraz jakie czynniki o tym decydują. W związku z tym postawiłam dwie hipotezy:

(H1) Możliwe jest wyodrębnienie wspólnych dla kobiet strategii radzenia sobie z problemem aborcyjnym.

(H2) Istnieją czynniki wpływające na wybór strategii radzenia sobie z problemem aborcyjnym.

DANE NA TEMAT OSÓB BADANYCH

Badania przeprowadzono w grudniu 1996 roku. Ze względu na to, że w tym okresie aborcja traktowana była jako wykroczenie prawne, dostęp do wykazów kobiet, które przed wprowadzeniem ustawy poddały się aborcji, okazał się niemożliwy. Dlatego też grupa badawcza wyłoniona została na drodze doboru celowego. W badaniu wzięły udział kobiety, które zgłosiły się na specjalistyczną terapię grupową „zranień po stracie dziecka”, opracowaną przez P. Neyę, do ośrodków w Bielsku Białej, Katowicach, Wodzisławiu Śląskim i Rybniku. Początkowo swoją gotowość do udziału zadeklarowało 45 kobiet, jednak w trakcie wycofała się ponad połowa i ostatecznie tylko 20 w całości wypełniło zastosowane w badaniu kwestionariusze. Spośród nich w momencie badania 7 ukończyło terapię, 7 było

w trakcie cyklu spotkań, a 6 oczekiwało na rozpoczęcie terapii.

Wiek badanych wahał się od 24 do 50 lat, średnia wieku wynosiła 40,8 lat. Zdecydowana większość – 13 osób, posiadała wykształcenie średnie, 6 osób wykształcenie podstawowe, a zaledwie 1 ukończyła studia wyższe. Spośród badanych 17 to kobiety zamężne, 18 kobiet posiadało dzieci, z czego 5 jedno, 10 dwoje i 3 troje dzieci.

METODY ZASTOSOWANE W BADANIACH

Przeprowadzone badania były całkowicie anonimowe, zastosowano w nich następujące metody:

a) Kwestionariusz Moosa – „Jak radzisz sobie z problemami”. Kwestionariusz ten różnicuje osiem strategii radzenia sobie. Są to: 1 – logiczna analiza, 2 – poznawcza redefinicja, 3 – szukanie wsparcia i porady, 4 – rozwiązywanie problemu, 5 – unikanie poznawcze, 6 – akceptacja z rezygnacją, 7 – poszukiwanie alternatywnych wzmocnień, 8 – emocjonalne odreagowanie. Strategie te tworzą dodatkowo trzy większe grupy:

I – „strategie poznawcze”, ukierunkowane na analizę i ocenę problemu (1, 2, 5)

II – „strategie behawioralne”, oparte na aktywnym rozwiązywaniu problemu (3, 4, 7)

III – „strategie emocjonalne”, ukierunkowane na obniżenie napięcia emocjonalnego (6, 8)

b) Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonovsky’ego (Antonovsky, 1995).

Metoda ta pozwala określić wartość poczucia koherencji (*Sense of Coherence*), a także jego komponent: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensu.

c) Kwestionariusz dla kobiet, które doświadczyły straty dziecka w wyniku aborcji.

Kwestionariusz ten został opracowany dla potrzeb niniejszych badań i miał służyć wyodrębnieniu czynników istotnych dla wyboru strategii radzenia sobie z „problemem aborcyjnym”. Składa się on z 24 pytań dotyczących:

– danych ogólnych na temat osoby badanej jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, liczba dzieci, uczestnictwo w terapii,

– okoliczności aborcji, w tym: historii ciąży, podejmowania decyzji o aborcji, motywów aborcji, samego „zabiegu”, powikłań medycznych i dolegliwości powstałych w wyniku usunięcia ciąży, liczby aborcji,

– dzieciństwa badanych: stosunku rodziców do nich, zaniedbywania oraz wykorzystywania ich w domu rodzinnym.

WYNIKI BADAŃ

CHARAKTERYSTYKA RADZENIA SOBIE W GRUPIE BADANYCH Kobiet

Analiza wyników uzyskanych przez kobiety, pozwala na sformułowanie twierdzenia, iż grupa ta była niezwykle zróżnicowana pod względem wyboru i stosowania strategii zaradczych w trakcie zmagania się z problemem aborcyjnym. Nie można jednoznacznie wskazać jednej strategii preferowanej przez zdecydowaną większość. Wynika to z faktu, że każda z nich stosowała przynajmniej kilka z nich. Biorąc jednak pod uwagę podział strategii na trzy główne grupy oraz przyjmując założenie, iż wyniki wysokie oznaczają stosowanie danej grupy strategii, można stwierdzić, że najpowszechniej używana była druga grupa strategii, a więc nastawionych na rozwiązanie problemu, w następnej kolejności strategie

poznawcze, a zdecydowanie najrzadziej strategii nastawione na regulację emocji.

Powyższy wniosek potwierdzają także wartości średnie określające stosowanie tych trzech typów strategii dla całej próby. I tak kolejno: średnia dla strategii poznawczych wynosi 15.85, dla strategii behawioralnych 16.95, a emocjonalnych 13.58. Ponieważ jednak w obrębie tych trzech grup znajdują się strategie różniące się znacznie jakościowo, konieczne jest również scharakteryzowanie próby z punktu widzenia opisanego przez Moosa ośmiu strategii radzenia sobie.

Najwięcej wysokich wyników badane uzyskały dla strategii pod nazwą „szukanie wsparcia i porady” Zastosowało ją 55% kobiet. Zdecydowanie na drugim miejscu pod względem częstości wyboru uplasowała się strategia „rozwiązywanie problemu”. Jej stosowanie potwierdziło bowiem 40% kobiet. Nieco mniej badanych radziło sobie z doświadczeniami aborcyjnymi uruchamiając dwie inne strategie: „logiczną analizę” – 35% i „poznawczą redefinicję” – 25%.

Wyniki te świadczą o tym, iż kobiety te próbowały uporać się z przeżyciami straty dziecka w wyniku aborcji, poprzez: zdobywanie informacji o problemie, w tym głównie o możliwościach wystąpienia dalszych trudności, jak również poprzez analizę czynników, które doprowadziły do jego powstania. Równocześnie starały się one uzyskać wiedzę na temat istniejących sposobów wyjścia z kryzysu. Po takim poznawczym opracowaniu problemu najczęściej przystępowały one do konkretnych działań służących bądź to przeciwdziałaniu już istniejącym jego skutkom, bądź to uniknięciu dalszych, potencjalnie mogących wystąpić, konsekwencji wcześniejszych doświadczeń. Istotny udział w rozwiązywaniu problemu miała dla nich sieć wsparcia, a więc rodzina, przyjaciele i osoby zajmujące się zawodowo pomaganiem w tego typu sytuacjach. O włączaniu się tych ostatnich do procesu radzenia sobie świadczy udział badanych w terapii „zranień po stracie dziecka”.

Fakt przebywania w grupie terapeutycznej nie pozostał bez wpływu na kształtowanie się procesu radzenia sobie z przeżyciami związanymi z aborcją. Widocznym efektem tego, jest stosunkowo niewielki procent kobiet, które stosowały takie strategie jak: „akceptacja z rezygnacją”, „emocjonalne

odreagowanie” (po 1 osobie), czy „unikanie poznawcze” i „poznawcza redefinicja” (po 2 osoby). Oznacza to, że zdecydowana większość kobiet unikała korzystania z pomocy mechanizmów obronnych w celu przezwyciężenia trudności wynikających z usunięcia ciąży.

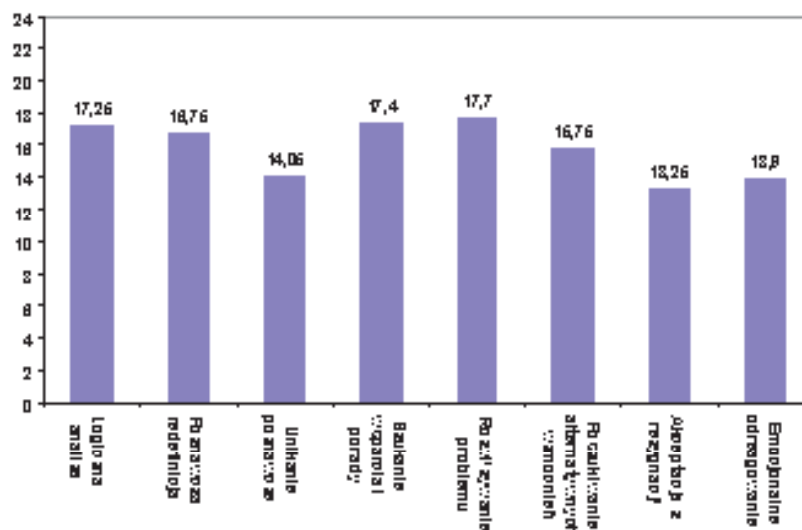
Powyższe ustalenia potwierdzają także średnie wartości dla poszczególnych strategii uzyskane przez próbę, co przedstawia rycina 1.

Uzyskane wyniki poddano analizie czynnikowej za pomocą Metody Składowych Głównych (PCA). Doprowadziła ona do wyróżnienia dwóch teoretycznie istniejących czynników opisujących radzenie sobie w badanej grupie. Pierwszy z nich stanowił takie strategie jak: „logiczna analiza”, „poznawcza redefinicja”, „szukanie wsparcia i porady”, „rozwiązywanie problemu” i „poszukiwanie alternatywnych wzmocnień”. W skład drugiego weszły natomiast: „unikanie poznawcze”, „akceptacja z rezygnacją” i „emocjonalne odreagowanie”.

Ponadto stwierdzono, że zależność pomiędzy czynnikiem 1 i czynnikiem 2 ma charakter odwrotnie proporcjonalny, a więc stosowanie pierwszych pięciu strategii wyklucza się ze stosowaniem pozostałych trzech. (patrz. ryc. 2) Nie znalazło to potwierdzenia zaledwie u czterech badanych, jednakże fakt odstępstwa od tej reguły tłumaczyć można tym, że nie ukończyły one jeszcze całej terapii lub zadeklarowały dopiero chęć wzięcia w niej udziału.

CHARAKTERYSTYKA ZMIENNYCH MOGĄCYCH MIEĆ WPLYW NA UWARUNKOWANIA PROCESU RADZENIA SOBIE Z PROBLEMEM ABORCYJNYM

Hipoteza mówiąca o istnieniu czynników mających wpływ na przebieg procesu radzenia sobie z konsekwencjami aborcji weryfikowana była dwuetapowo. Etap pierwszy polegał na jakościowym i ilościowym opisanu próby pod kątem zmiennych, które w oparciu o dane literaturowe (Adler, 1994; Ney, 1989, 1992, 1993; Antonovsky, 1995), mają największe znaczenie dla skuteczności podjętych działań zaradczych. Zmienne te należą do trzech grup. Są to :



Ryc.1. Średnie wartości uzyskane przez próbę dla poszczególnych strategii

1. Zmienne związane z procedurą i okolicznościami aborcji:

(X1 – wiek kobiety, w którym po raz pierwszy dokonała aborcji, X2 – okres, jaki minął od ostatniej aborcji, X3 – liczba aborcji, X4 – motywy aborcji, X5 – wiek ciąży, X6 – stosunek do dziecka, X7 – poziom wewnętrznego napięcia towarzyszący podejmowaniu decyzji o aborcji, X8 – stopień pewności dotyczący słuszności decyzji o aborcji, X9 – osoby, z którymi kobieta podejmowała decyzję o aborcji, X10 – powikłania i dolegliwości fizyczne powstałe wyniku aborcji, X11 – udział w specjalistycznej terapii dla kobiet po aborcji, X12 – atrybucje dotyczące sprawstwa ciąży, X13 – przewidywanie konsekwencji aborcji)

2. Zmienne społeczne: (X14 – wsparcie ojca dziecka, X15 – wsparcie rodziców, X16 – wsparcie dalszej rodziny i przyjaciół, X17 – postrzegany stosunek społeczny do aborcji, X18 – życie rodzinne w rodzinie pochodzenia, X19 – stosunek rodziców do kobiety w dzieciństwie, X20 – wykorzystywanie fizyczne, seksualne i słowne kobiety przez rodziców w rodzinie pochodzenia, X21 – zaniedbywanie fizyczne oraz uczuciowe i intelektualne kobiety przez rodziców w rodzinie pochodzenia)

3. Zmienne psychologiczne (X22 – całkowite poczucie koherencji (SOC), X23 – poczucie zrozumienia, X24 – poczucie zaradności, X25 – poczucie sensu)

Drugim etapem na drodze weryfikacji hipotezy 2, było określenie siły związku pomiędzy tymi zmiennymi a sposobami radzenia sobie w przebadanej próbie.

Ze względu na to, że skala pomiarowa zmiennych była bardzo różna, zastosowano procedurę korelacyjną z użyciem współczynnika r_s – Spearmana dla zmiennych porządkowych i r – Pearsona dla zmiennych interwałowych. Dodatkowo, związek zmiennych nominalnych z wyborem i stosowaniem poszczególnych strategii zmagania się z problemem aborcyjnym, ujawniono za pomocą testu istotności ANOVA Kruskala i Wallisa.

Analiza otrzymanych wyników dowiodła prawdziwości postawionej hipotezy w przypadku kilku wyróżnionych czynników.

Najwyższą wartości współczynników korelacji uzyskano dla poczucia koherencji i jej komponent. (patrz. tab.2) Całkowite SOC w znaczący sposób koreluje z: „akceptacją z rezygnacją”, „emocjonalnym odreagowaniem” i „rozwiązywaniem problemu”. Zależność ta w przypadku dwóch pierwszych strategii, przyjmuje postać funkcji malejącej, natomiast w przypadku „rozwiązywania problemu” postać funkcji rosnącej. Oznacza to, że im wyższe poczucie koherencji posiada badana kobieta, tym rzadziej w toku zmagania się z doświadczeniami aborcji, stosuje ona: „akceptację z rezygnacją” i „emocjonalne odreagowanie”. Jednocześnie wraz ze wzrostem SOC, wzrasta prawdopodobieństwo nastawienia na „rozwiązywanie problemu”.

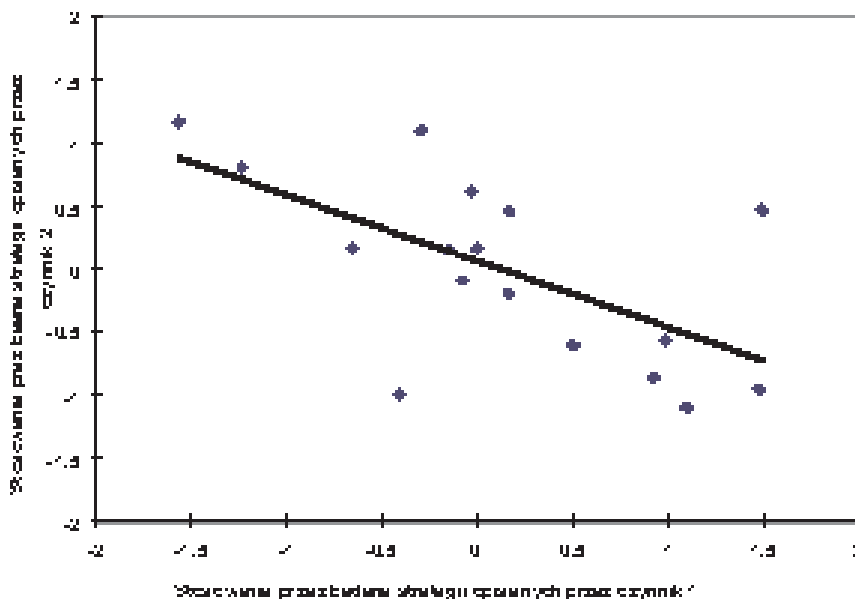
Zależność pomiędzy poczuciem zrozumienia i poczuciem zaradności a wyborem strategii układa się w podobny sposób. Wysokie wartości uzyskane na tych wymiarach ujemnie korelowały z „emocjonalnym odreagowaniem”, a w przypadku poczucia zrozumienia dodatkowo z „akceptacją z rezygnacją”.

Inaczej natomiast przebiega związek pomiędzy poczuciem sensu a radzeniem sobie. Zmienna ta korelowała dodatnio z: „poznawczą redefinicją”, „rozwiązywaniem problemu” i „poszukiwaniem alternatywnych wzmocnień”.

Wyniki te zgodne są z rezultatami korelacji SOC i jej komponent z grupami strategii. A mianowicie: całkowite poczucie koherencji i poczucie zrozumienia korelowały z grupą 2, składającą się ze strategii polegających głównie na uruchamianiu mechanizmów obronnych (wysokość współczynnika korelacji pomiędzy poczuciem zaradności a grupą 1, wynosiła -0.4 , a więc była tylko nieco poniżej progu istotności), a poczucie sensu z grupą 1, utworzoną ze strategii poznawczo-behawioralnych.

Śród zmiennych należących do kategorii „zmienne związane z procedurą i okolicznościami aborcji”, zaledwie 5 okazało się znacząco wpływać na typ strategii uruchamianych w toku radzenia sobie.

Procedura korelacyjna z zastosowaniem współczynnika r_s – Spearmana wykazała, iż pomiędzy wiekiem ciążowym



Ryc.2. Stosowanie przez badane strategii zaradczych

Tab. 1
Radzenie sobie w grupie badanych kobiet ze względu na typy strategii

	Strategie poznawcze	Strategie behawioralne	Strategie emocjonalne
	Liczba badanych w %		
Wyniki niskie	13.3	13.3	27.5
Wyniki średnie	63.3	51.7	67.5
Wyniki wysokie	23.3	35.0	5.0

a „akceptacją z rezygnacją” oraz „emocjonalnym odreagowaniem” istnieje zależność wprost proporcjonalna. Oznacza to, że im dłużej kobieta zwlekała z poddaniem się „zabiegowi” usunięcia ciąży, tym częściej w procesie zmagania się z problemem aborcyjnym uruchamiała te strategie (patrz tab. 3). Analiza wyników pozwoliła także ustalić, że stosowanie „akceptacji z rezygnacją” dodatnio koreluje również z dwoma innymi zmiennymi określanymi jako: „poziom wewnętrzznego napięcia towarzyszący decyzji o aborcji” i „stopień pewności, co do słuszności decyzji o aborcji”. Ponadto druga z wymienionych zmiennych hamuje uruchamianie: „logicznej analizy” i „rozwiązywanie problemu”. Z powyższego wnioskuje się, iż im bardziej kobieta jest przekonana o błędności swej decyzji o aborcji, tym częściej stosuje ona strategie oparte na bierności i rezygnacji, a tym samym rzadziej próbuje poradzić sobie opracowując problem poznawczo, czy aktywnie przeciwdziałając jego negatywnym konsekwencjom.

Inną zmienną bezpośrednio skorelowaną z wyborem strategii zaradczych, są powikłania medyczne powstałe w

następstwie „zabiegu”. Okazuje się, że im więcej przykrych dolegliwości fizycznych odczuwa kobieta po aborcji, tym bardziej skłonna jest do stosowania „unikania poznawczego” i „akceptacji z rezygnacją”. Ponieważ współczynnik korelacji tej zmiennej z grupą 2 strategii, osiąga także wartości istotnie wysokie, można powiedzieć, iż duża liczba powikłań medycznych sprzyja generalnie postawie biernej i uruchamianiu mechanizmów obronnych w toku radzenia sobie.

Znaczącym dla kształtowania procesu radzenia sobie okazała się także zmienna określana jako „przewidywanie konsekwencji aborcji przed zabiegiem”. Im gorszych następstw swego kroku spodziewała się kobieta, tym częściej rezygnowała ona z aktywnego rozwiązywania swego problemu na rzecz „akceptacji z rezygnacją”.

Spośród pozostałych zmiennych, dwie „zmiennie społeczne” w istotny sposób wpływają na wybór i stosowanie strategii radzenia sobie z „problemem aborcyjnym” (patrz tab. 4) Ujmując to bardziej szczegółowo wykazano, iż odczuwany przez kobietę brak wsparcia matki i ojca w momencie podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży, znacznie zwiększa prawdopodobieństwo stosowania „emocjonalnego odreagowania” po aborcji.

Jeśli dodatkowo kobieta była w dzieciństwie zaniedbywana fizycznie, emocjonalnie lub intelektualnie przez rodziców, to oprócz tej strategii może ona uruchamiać także „poznawczą redefinicję” i „poszukiwanie alternatywnych wzmocnień”. Pomimo, iż te dwie ostatnie strategie zaliczone zostały do grupy 1, stosunkowo najbardziej zbliżone są one jakościowo do strategii paliatywnych, ponieważ wybierając je kobieta radzi sobie z problemem wyłącznie poprzez zmianę siebie, a nie aktywnie poprzez zmianę sytuacji. W przypadku pozostałych zmiennych nie wykazano ich istotnego wpływu na wybór i stosowanie strategii radzenia w toku radzenia sobie z problemem aborcyjnym.

Analiza uzyskanych w badaniu danych pozwoliła także na dokonanie zbiorczego zestawienia liczby zmiennych korelu-

Tab. 2
Zależność pomiędzy poczuciem koherencji i jej komponentami a strategiami radzenia sobie

Strategie radzenia sobie	Całkowite SOC	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensu
Y1	.0642	-.0938	-.1155	.4264
Y2	.1802	-.0691	.1055	.4576*
Y3	-.2089	-.3716	-.0336	-.1358
Y4	.3565	-.3714	.1652	.3927
Y5	.5176*	.3378	.4120	.5849**
Y6	.2825	-.0344	.1797	.6177**
Y7	-.6526**	-.8212**	-.4422	-.3915
Y8	-.5337*	-.6150**	-.4980*	-.2174

Legenda:

Y1 – logiczna analiza

Y3 – unikanie poznawcze

Y5 – rozwiązywanie problemu

Y7 – akceptacja z rezygnacją

* poziom istotności $p < .05$;

Y2 – poznawcza redefinicja

Y4 – szukanie porady i wsparcia

Y6 – poszukiwanie alternatywnych wzmocnień

Y8 – emocjonalne odreagowanie

** poziom istotności $p < .01$

Tab.3
Zależność pomiędzy strategiami radzenia sobie a zmiennymi aborcyjnymi

	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8
X5	.0777	.0252	.3312	.0988	-.1529	-.1014	.5096*	.4531*
X7	-.0110	-.2732	-.4292	-.2464	.1532	-.2402	.5466*	.3915
X8	-.7210**	-.2612	.2108	.0891	-.4629*	-.2342	.4462*	.0103
X10	-.1487	.0736	.5832*	-.1009	-.2889	-.0962	.5582*	.4092
X13	-.1690	.1957	.3749	-.1175	-.2362	.3017	.5125*	.4072

Legenda:

Y1 – logiczna analiza

Y2 – poznawcza redefinicja

Y3 – unikanie poznawcze decyzji o aborcji

Y4 – szukanie porady i wsparcia

Y5 – rozwiązywanie problemu

Y6 – poszukiwanie alternatywnych wzmocnień

Y7 – akceptacja z rezygnacją

Y8 – emocjonalne odreagowanie

X5 – wiek ciążowy

X7 – poziom wewnętrznego napięcia towarzyszący

X8 – stopień pewności dotyczący słuszności decyzji

X10 – powikłania i dolegliwości fizyczne po aborcji

X13 – przewidywanie konsekwencji aborcji przez kobiety przed „zabiegiem”

jących z poszczególnymi strategiami. Niewątpliwie najwięcej istotnych zależności związanych było z „akceptacją z rezygnacją” – 9, a zaraz potem z „emocjonalnym odreagowaniem” – 6. Wynik ten potwierdza także liczba korelacji między zmiennymi a wyróżnionymi grupami strategii, bowiem znacznie więcej koreluje z grupą 2 (5 czynników), niż 1 (2 czynniki).

DYSKUSJA WYNIKÓW

Opisane w niniejszym artykule badania na temat przebiegu procesu radzenia sobie kobiet po aborcji oraz jego uwarunkowaniami, należą niewątpliwie do nielicznych, a może nawet są jedynymi, które podejmują to zagadnienie sztucznego poronienia. W żadnym bowiem z przeglądów badań nie spotkałam się z danymi mówiącymi o czynnikach wpływających na wybór strategii zaradczej w toku zmagania się z doświadczeniami aborcji.

Dotychczas prowadzone prace badawcze skupiały się głównie na ocenie psychicznych konsekwencji tego „zabiegu” dla kobiety, charakteryzowanych w kategoriach takich jak:

- występowanie pozytywnych, bądź negatywnych emocji (Kokoszka, 1965; Friedman, 1974; Adler, 1975; Freeman, 1978; Lazarus, 1985; Sherman, 1985; Speckhard, 1985; Zabin, Hirsh, Emerson, 1989),

- poziom samooceny (Russo, Zierg, 1992),

- poziom depresji (Speckhard, 1985; Major i in, 1985; Major, Mueller, 1989),

- poziom stresu (Cohen, Roth, 1984),

- przyjęcia do szpitali psychiatrycznych (David, Rasmussen, Holst, 1981), czy

- podejmowanie prób samobójczych (Reeadon, 1987).

Uzyskane w tym zakresie wyniki są jednak często całkowicie sprzeczne, przez co problem skutków przerywania ciąży pozostaje nadal niewyjaśniony.

Nieco obocznym tematem analiz naukowych, podejmowa-

nym niejako przy okazji badania konsekwencji sztucznego poronienia, były uwarunkowania skuteczności radzenia sobie z tym doświadczeniem. (Ney, Wickett, 1989; Lemkau, 1992; Major, Cozzarelli, 1992; Ney, Peeters, 1992; Adler, 1994). Ten aspekt aborcji wywołuje znacznie mniej kontrowersji wśród badaczy i być może dlatego zdecydowana większość przyjmuje zgodne stanowisko w tej kwestii

Problem podjęty w tym artykule jest na tyle odmienny od powyższych analiz, że trudno wprost zestawić uzyskane wyniki z wcześniejszymi badaniami. Podstawowe pytanie postawionych na wstępie badań dotyczyło tego, czy istnieje jakaś wspólna dla kobiet po aborcji, strategia radzenia sobie z tym doświadczeniem. Po opracowaniu uzyskanych wyników stwierdzono, iż nie można wskazać jednej takiej strategii, jako że każda z badanych radziła sobie na wiele różnych, często całkowicie odmiennych, sposobów. Wyjaśnienie tego faktu zawarł w swojej koncepcji R. Moos (1986). Zgodnie z nią, niezależnie od treści kryzysu radzenie sobie ma charakter fazowy. Długość trwania tych faz zależy przede wszystkim od typu kryzysu, ale także od indywidualnych właściwości jednostki. Cechą charakterystyczną każdej fazy jest to, że dominuje w niej inna strategia, bądź grupa strategii, które wraz z upływem czasu ulegają zmianie kształtując w ten sposób dynamikę procesu radzenia sobie. A zatem, radzenie sobie z problemem aborcyjnym nie jest wydarzeniem jednorazowym, ale rozciągniętym w czasie i w zależności od tego jaki okres dzieli kobietę od „zabiegu”, uruchamia ona inną strategię.

Analiza czynnikowa wykonana Metodą Składowych Głównych wykazała jednakże, iż da się wyróżnić dwa zasadnicze zestawy strategii podejmowanych w toku radzenia sobie z „problemem aborcyjnym”. Określić je można jako: strategie paliatywne, a więc nastawione na regulację emocji oraz strategie aktywne, oparte głównie o bezpośrednie działanie w celu zmiany sytuacji. Interesującym wydaje się przy tym fakt, że R. Moos, będący twórcą metody służącej do wykrywania strategii stosowanych w toku zmagania się z wydarzeniami

krytycznymi, sam także dokonał pogrupowania wyróżnionych przez siebie 8 strategii. Jego zdaniem tworzą one trzy duże grupy: strategie poznawcze, behawioralne i emocjonalne. Podział ten jak widać nie pokrywa się z wynikami uzyskanymi w badaniu. Odpowiedź na pytanie dlaczego tak się stało, wydaje się być jasna po analizie jakościowej powiązanych przez Moosa strategii. Okazuje się, że choć tworzą one jedną grupę, znacznie się od siebie różnią. Najbardziej jaskrawym przykładem tego, jest grupa strategii opartych na analizie poznawczej. W jej obrębie znajdują się zarówno takie strategie jak: „logiczna analiza”, czy „poznawcza redefinicja”, sugerujące, iż jest to grupa strategii realistyczno-racjonalnych, jak i „unikanie poznawcze” – strategia typowo obronna. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na to, że tę ostatnią strategię należałoby umieścić razem ze strategiami emocjonalnymi, do których zaliczone zostały także „akceptacja z rezygnacją” i „emocjonalne odreagowanie”. Z kolei pozostałe dwie strategie poznawcze, zestawione zostały ze strategiami behawioralnymi. Można z tego wnioskować, iż oddzielenie ich od siebie przez Moosa, było zabiegiem sztucznym, gdyż są one nierozdzielnie ze sobą związane. Działanie poprzedza bowiem analiza poznawcza, która, jeżeli nie prowadzi do sformułowania planu działania, to przynajmniej wyznacza jego cel. Bez opracowania poznawczego jest ono tylko chaotyczną, nieokreśloną aktywnością. W ten sposób rezultaty przeprowadzonych badań, rzucają nowe światło na kwestię radzenia sobie i doboru kryteriów wyodrębniania strategii zaradczych.

Drugi niezwykle ważny problem podejmowany w badaniach, dotyczył czynników wpływających na wybór i stosowanie strategii zaradczych w toku zmagania się z doświadczeniami aborcji. Spośród 25 zmiennych, 11 korelowało z wyborem strategii. Zgodnie z wynikami badań do najistotniejszych czynników dla radzenia sobie po aborcji należą: wiek ciążowy, przekonanie o słuszności decyzji, a także poziom wewnętrznego napięcia, jaki jej towarzyszył. Zmienne te są ponadto ze sobą logicznie związane, bowiem im kobieta mniej przekonana jest do przerwania ciąży, tym większe napięcie towarzyszy jej podczas podejmowania decyzji i tym bardziej ją odwleka, a więc wzrasta wiek ciążowy. Taka konfiguracja opisanych czynników uruchamia u niej strategię paliatywną.

Pomimo, iż scharakteryzowaniu sytuacji panującej w rodzinie pochodzenia kobiet, poświęcono w badaniach dużo miejsca, jednak tylko w przypadku jednej zmiennej: „zaniedbania przez rodziców”, wykazano istotny związek z wyborem strategii. Nie potwierdzono natomiast korelacji dla pozostałych

zmiennych z grupy „zmiennych społecznych”.

Informacje dotyczące wpływu wsparcia najbliższego otoczenia kobiety na pomyślność procesu radzenia sobie po aborcji, znaleźć można w publikacjach wielu specjalistów zajmujących się tą tematyką. O ogromnym znaczeniu aktywnego uczestnictwa ojca dziecka w wydarzeniach poprzedzających aborcję, a szczególnie w podejmowaniu decyzji o zakończeniu, bądź utrzymaniu ciąży, piszą m.in.: Lemkau (1992), Major, Cozzarelli (1992) oraz Ney (1989), Kornas-Biela (1988). Autorzy ci wskazują na to, że zaofiarowanie matce dziecka pomocy przez partnera, często powstrzymuje kobietę przed dokonaniem aborcji, a w przypadku kiedy jednak do urodzenia dziecka nie dojdzie, pozwala jej ono szybciej uporać się z tym doświadczeniem. Stwierdzono ponadto, że u kobiet bardzo młodych, zwłaszcza nieletnich, podobną rolę pełni wsparcie rodziców.

W przypadku tej zmiennej istnieje jednak pewna niejasność wynikająca z nie definiowania przez badaczy samego pojęcia „wsparcie”. Można je bowiem rozumieć dwojako: wąsko, jako zadeklarowanie swojej gotowości do podjęcia roli ojca, czy dziadków, a także szerzej jako zainteresowanie sytuacją kobiety w ogóle, bez względu na to, czy otoczenie będzie przekonywać ją o konieczności urodzenia dziecka, czy usunięcia ciąży. Tutaj termin „wsparcie” pojmowany jest zgodnie z ujęciem szerszym.

Pomimo, iż w świetle istniejących danych, wsparcie jest czynnikiem zdecydowanie sprzyjającym skutecznemu radzeniu sobie po „zabiegu”, w badaniach nie zaobserwowano znaczącego związku pomiędzy wsparciem a wyborem strategii zaradczych. Wsparcie partnera, a także dalszej rodziny i przyjaciół nie korelowało istotnie z typem strategii, natomiast współczynnik korelacji dla wsparcia rodziców, przekraczał zaledwie próg istotności i to tylko w przypadku jednej strategii.

Brak wpływu na wybór i stosowanie strategii radzenia sobie, stwierdzono także w przypadku takich zmiennych jak: a) wiek kobiety, w którym poddała się pierwszy raz aborcji; b) okres, jaki minął od ostatniego „zabiegu”; c) liczba aborcji; d) motywy aborcji; e) stosunek matki do dziecka; f) osoby, z którymi kobieta podjęła decyzję o przerwaniu ciąży; g) udział w specjalistycznej terapii; h) postrzegany stosunek społeczny do aborcji oraz i) atrybucje dotyczące ciąży. Ze względu na to, że w grupie czynników uznanych za nieistotne dla wyboru strategii, znalazły się zmienne opisywane w literaturze jako ważne dla przebiegu procesu radzenia sobie po aborcji np. udział w terapii, być może warto byłoby badania te powtórzyć.

Tab. 4

Związek zmiennych społecznych ze strategiami radzenia sobie z problemem aborcyjnym

	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8
X15	.0777	.0252	.3312	.0988	-.1529	-.1014	.5096*	.4531*
X21	-.0110	-.2732	-.4292	-.2464	.1532	-.2402	.5466*	.3915

Legenda:

Y1 – logiczna analiza

Y2 – poznawcza redefinicja

Y3 – unikanie poznawcze

Y4 – szukanie porady i wsparcia

Y5 – rozwiązywanie problemu

Y6 – poszukiwanie alternatywnych wzmocnień

Y7 – akceptacja z rezygnacją pochodzenia

Y8 – emocjonalne odreagowanie

X15 – brak wsparcia rodziców

X21 – zaniedbanie badanej w rodzinie

Oprócz zmiennych związanych z aborcją i zmiennych społecznych, w badaniach wyróżniono także jedną zmienną psychologiczną: poczucie koherencji. W żadnej dostępnej mi publikacji dotyczącej sztucznego poronienia i jego wpływu na zdrowie psychiczne, nie spotkałam się ze wzmianką na temat badań z wykorzystaniem tej zmiennej. Tym bardziej więc poznanie udziału poczucia koherencji w kształtowaniu procesu zmagania się z doświadczeniami aborcji, było interesujące.

Analiza wyników przeprowadzonych badań wykazała, iż poczucie koherencji (SOC), znacząco wpływa na wybór strategii zaradczych po aborcji, przy czym kierunek tego wpływu jest różny dla poszczególnych jego komponent. A mianowicie, całkowite poczucie koherencji, a także poczucie zrozumiałości i zaradności, istotnie korelowały z uruchamianiem strategii nastawionych na regulację emocji, a poczucie sensu z grupą utworzoną ze strategii poznawczo-behawioralnych. Dowiodło to bezsprzecznie odmiennego charakteru funkcjonowania poczucia sensu wobec pozostałych komponent. Być może oznacza to, że dwa pierwsze składniki SOC działają jak gdyby zapobiegająco tzn. wysokie wartości w tych wymiarach chronią przed stosowaniem strategii obronnych, nie rozwiązujących problemu, co nie jest jednak równoznaczne z uruchamianiem strategii aktywnych. Dopiero w połączeniu z wysokim poczuciem sensu gwarantują one, korzystne z punktu widzenia zdrowia, pokonanie trudności.

Obserwacje na temat poczucia koherencji poczynione przy okazji badań nad uwarunkowaniami radzenia sobie kobiet po aborcji, niewątpliwie także zasługują na dokładniejsze zbadanie, jako że wyróżnienie poczucia sensu spośród pozostałych składników SOC, przybliżyła nas do precyzyjniejszego określenia czynników odpowiedzialnych za zdrowie w ogóle.

Reasumując powyższe rozważania można stwierdzić, że przeprowadzone badania, w pewnym stopniu wyjaśniają mechanizm i przebieg radzenia sobie kobiet, które poddały się „zabiegowi” przerywania ciąży, równocześnie jednak ujawniają one ogromną złożoność tego procesu i wynikające z tego trudności w jego badaniu. Niezamierzonym, lecz równie cennym rezultatem pracy, okazało się także ujawnienie kilku nowych faktów związanych np. z poczuciem koherencji, czy metodą wykrywania strategii radzenia sobie z wydarzeniami krytycznymi Moosa. Są to jednak zaledwie drobne wskazówki sugerujące konieczność podjęcia osobnych, wnikliwych badań na ten temat.

LITERATURA

- Adler, N., Davir, H., Major, B. i in. (1994). Psychologiczne aspekty przerywania ciąży. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 45-70.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*.
- Bokszczanin, A. (1996). Społeczna percepcja osób zaangażowanych w decyzję o aborcji (niepublikowany maszynopis pracy doktorskiej).
- Boyle, M. (1994). Debata na temat aborcji: problem pomijany w psychologii? *Nowiny Psychologiczne*, 1, 17-28
- Dziennik Ustaw RP, 4 grudnia 1996, Nr 139.
- Fijałkowski, K. (1993). *Ku afirmacji życia*. Wrocław: WKA.
- Hałaczek, B., Ostrowska, K., Hoopflinger, F. (1994). *Dlaczego aborcja. Polsko-szwajcarsko-niemieckie badania nad uwarunkowaniami postaw pro- i antyaborcyjnych*. Warszawa: Wydawnictwo ATK.
- Heszen-Niejodek, I. (1991). Radzenie sobie z sytuacją stresową. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 13-26
- Jelonkiewicz, I. (1994). Model Antonovsky'ego – odniesienie do wybranych koncepcji psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 55-66.
- Kornas-Biela, D. (1988). Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje sztucznego przerywania ciąży. *Przegląd Psychologiczny*, 31, 2, 467-487.
- Kornas-Biela, D. (1993). *Wokół początków życia ludzkiego*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Lazarus, R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4, 2-40.
- Lazarus, R. (1980). The stress and coping paradigm, [w:] W. Eisendorf, D. Cohen, A. Kleinman, P. Maxim (Red.), *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Lemkau, J. (1991). Post-abortion adjustment of health care professionals in training. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 1, 92-102.
- Major B., Cozzarelli, C. (1997). Psychological predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 3, 121-142.
- Moos, R. (1986). *Coping with life crises*. New York: Plenum Press.
- Mroziak, B. (1994). A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenety i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5-16.
- Ney, Ph., Fung, T., Wickett, A., Beaman-Dodd, C. (1994) The effects of pregnancy loss on women's health. *Soc. Sci. Med.*, 38, 9, 1193-1200.
- Ney, Ph., Peeters M. (1993). *Abortion survivors*. Victoria, Canada: Pioneer Publishing.
- Ney, Ph., Peeters, M. (1992). *Głęboko zranieni. Wyjaśnienie głębokich zranień wynikających z aborcji i przemocy wobec dziecka*. Victoria, Canada: Pioneer Publishing.
- Ney, Ph., Wickett, A., (1989). Mental health and abortion. Review and analysis. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14, 4, 506-516.
- Ostrowska, K., (1994). Aborcja – niektóre problemy psychologiczne. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 29-45.
- Rue, V. Speckhard, A., Rogers, J., Franz, W. (1993). The Psychological aftermath of abortion (kopia raportu sporządzonego na zlecenie Evertta Koopa – głównego chirurga USA).
- Rue, V. (1996). Trauma symptoms postabortion: A preliminary analysis of U.S. & Russian data (mat. z konf. w Rzymie).
- Russo, N., Horn, J., Schwartz, R. (1992). U.S. abortion in context: selected characteristics and motivations of women seeking abortions. *Journal of Social Issues*, 48, 3, 183-202.
- Ryś, M. (1994). *Detrimental effects of abortion. Conduct of investigation*. Warszawa: Instytut Studiów nad Rodziną.
- Schoolians, M. (1991). *Aborcja a polityka*. Lublin: Instytut Jana Pawła II KUL.
- Sęk, H., Ścigała, I. (1996). *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ścigała, E. (1993). *Poznawcze uwarunkowania choroby wieńcowej i zawału serca*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
- Silver, R., Wortman, C. (1986). Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 29-97.
- Toulat, J. (1978). *Sztuczne poronienie – wyzwolenie czy zbrodnia*. Paris: Editions Du Dialogue, 33.
- Willke, B., Willke, J. (1991). *Aborcja – pytania i odpowiedzi*. Gdańsk: Wydawnictwo Stella – Maris.
- Wilmoth, G., Alteris, M. (1992). Prevalence of psychological risks following legal abortion in U.S.: limits and evidence. *Journal of Social Issues*, 48, 3, 37-66.
- Wrześniewski, K. (1996). *Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 44-63.