

Szerhasználó várandós és kisgyermekes nők anyaság-fogalmának feltárása

KALÓ ZSUZSA

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2018. augusztus 2.; elfogadva: 2019. március 4.)

Elméleti háttér: A szerhasználó várandós és kisgyermekes nők témaköre erősen stigmatizált a szakmai- és közbeszédben, társadalomtudományi szempontból kevésbé kutatott. A megoldásokat, szakmai protokollokat, vizsgálatok eredményeit összefoglaló tanulmányok nagyrészt egyetértenek abban, hogy a téma megértéséhez komplex, biopszichoszociális megközelítés szükséges, valamint az elérhető adatok alapján a nyugati társadalmakban valamilyen fokú szerhasználat várható a várandósság alatt. *Cél:* A vizsgálat célja feltárni szerhasználó nők terhességhez és anyasághoz való viszonyát. A kvalitatív módszerű idiografikus esettanulmány feminista-fenomenológiai paradigmában vizsgálja a jelenségeket, ahogyan azt a résztvevők élményeik és tapasztalataik alapján értelmezik. *Módszer:* A résztvevők toborzása 2009–2014 között egy várandós szerhasználók részére fenntartott budapesti ártalomcsökkentő szolgáltatás keretében történt. A minta ($n = 34$) összetétele aktív szerhasználók vagy opioidhelyettesítő programban lévő várandós nők vagy kisgyermekes (3 év alatti gyermekkel) anyák (átlagéletkor: 29 év; terjedelem: 18–43 év). Az adatgyűjtés módszerei: 1. résztvevői megfigyelés (2009–2013 között hetente egy nap az ártalomcsökkentő programban); 2. félig-strukturált interjúk ($n = 32$, tematikus blokkok: élettörténet, szerhasználói élmények, kapcsolat az egészségügyi-szociális ellátórendszerrel, a várandósság élménye, az anyasággal kapcsolatos tapasztalatok, elvárások); és 3. mélyinterjúk ($n = 2$, aktív interjúkészítési technikával készített utánkövetéses interjúk az anyaság tapasztalatainak témájában). Az adatelemzés tematikus elemzéssel (TA) készült. A résztvevők várandósság és anyaság fogalmainak jelentésstrukturáit a főbb témák azonosítása mentén interpretáltam. *Eredmények:* A főbb témák a terhesség értelmezésében: a magzattal való kapcsolat, az anyagi bizonytalanság, az énkép változásai és az ellátórendszerrel való kapcsolat; az anyaság értelmezésében: a szerepmodellek, minták, az anyaság mint fordulópont, a változás kiindulópontja, a gyermekkel való kapcsolat és az anyagiak. *Következtetések:* Az anyaság egy olyan fordulópont, a változás olyan kiindulópontja, amely képessé teszi a szerhasználó nőket arra, hogy autonómmá váljanak. A gyermek válik a legfontosabbá az életükben, lesz valakiért „tenni, harcolni, leszokni”. Az anyaság újfajta autonómiájában, újfajta függés alakul ki immáron a gyermekétől, akinek a fordulópontot köszönheti, aki miatt rendeződtek anyagi és lakhatási ügyei, akivel minden idejét együtt tölti. Ambivalencia és függőség jellemzi az anyaságot, ha ebben az új keretben a függőség valójában a társadalomtól, a jóléti rendszertől való függőséget jelenti is.

Kulcsszavak: várandósság, szerhasználat, szerhasználó nők, kvalitatív kutatás, tematikus elemzés

* Levelezési cím: dr. Kaló Zsuzsa, ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Pszichológiai Tanácsadás Tanszék, 1064 Budapest, Izabella u. 46. E-mail: kalo.zsuzsa@ppk.elte.hu

1. Bevezetés

Kevés olyan női viselkedés van, amelyet kulturális, politikai vagy vallási háttértől függetlenül és egyértelműen stigmatizál a társadalom. A többségi társadalom számára az anyaság nem összeegyeztethető a szerhasználattal morális és egészségügyi okok miatt. Azok a várandós nők, akik valamilyen szert (de elsősorban drogot) használnak, nem megfelelő és felelőtlen anyaként reprezentálódnak a közbeszédben, a gyakran szenzációhajtás média-riportokban és kevéssé tárgyaltak a tudományos diskurzusban. Jó példa erre az 1980-as években kezdődött morális pánik jelenség a „crack-bébikről” (kokainhasználó várandós anyák újszülöttjeinek tünetegyüttese), amely egy média általi téves értelmezésre alapozva (a tünetek nagy része ugyanis valójában nem a kokainhasználattal volt elsősorban összekapcsolható, pl. az újszülöttek alacsony születési súlya) hosszú évtizedekre negatívra hangolta a várandós szerhasználók iránti attitűdöt a szakmai- és közbeszédben egyaránt (n.b. a magyar nyelvű Atkinson Pszichológia tankönyvben 1995 és 2002 között olvasható volt, és az átdolgozott kiadásban is csak 2005 után került törlésre az ún. crackbébi jelenség, amelynek orvosi szempontból való abszurdításáról Coles [1993] már jóval korábban írt).

Társadalomtudományi szempontból a szerhasználó várandós és kisgyermekes nők témaköre kevéssé kutatott. Az ellátórendszerre vonatkozó megoldásokat, javasolt szakmai protollokat, vizsgálatok eredményeit összefoglaló tanulmányok (Bonati, Bortolus, Marchetti, Romero, & Tognoni, 1990; Chavkin, 1990; Csorba, Pataki, & Péterfi 2010; EMCDDA, 2000; Ettore, 2004; Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita, & Wiessing, 2009; Rigó, 2009; Kaló & Rácz 2010; KSH, 2011; Paksi, 2003; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2011; Terplan, Ramanadhan, Locke, Longinaker, & Lui, 2015; Open Society Foundations, 2018) nagyrészt egyetértenek abban, hogy az elérhető adatok alapján a nyugati társadalmakban valamilyen fokú szerhasználat várható a várandósság alatt. A legális és illegális szerek újszülöttre gyakorolt hatásának mérése bonyolult kutatói feladat, hiszen a legtöbb szerhasználó különféle szereket használ (polidroghasználó), valamint az egyéb biológiai, pszichológiai és szociális körülmények szerepet játszhatnak az anya és az újszülött egészségében és fejlődésében. A szerhasználó várandós és kisgyermekes nők körében végzett kutatások ezért jellemzően kvalitatív jelleggel az idiografikus leírásra, feltárássra törekednek.

A kutatások többsége a szerhasználó anyától született újszülött biológiai és fizikai tüneteit vizsgálja. Egy 200 kutatást összegző szisztematikus szakirodalmi összefoglalás (Baldacchino, Arbuckle, Petrie, & McCowan, 2015) alapján megállapították, hogy a méhen belül opioidszármazékoknak kitett magzat a születés után az ún. Újszülött absztinencia szindróma (NAS,

neonatal abstinence syndrome)¹ tüneteit mutatja, de hosszú távon nem találtak szignifikáns kognitív, pszichomotoros vagy megfigyelhető viselkedési változást a csecsemőknél és a kisiskolás gyerekeknél (Messinger és mtsai, 2014). Több faktor van, amely predisponál a szerhasználatra, vagy amelyből a szerhasználat ered, ezek közül a legtöbb a szegénységhez köthető vagy olyan életkörülményhez, amely hátránnyal jár a gyermek, a szülők és a közösségek számára. A kutatások eredményei szerint az újszülött fejlődésére és egészségére a legális vagy illegális szerhasználatnál is komolyabb negatív hatással van az izoláció, a szegénység, az éhség, vagy a megfelelő egészségügyi ellátás hiánya (Banwell & Bammer, 2006).

Ugyanakkor, ha a szerhasználatot (vagy ha a szerhasználók a várandóságot) időben felfedezik, és elfogadó környezetben, integrált ellátásban (multidiszciplináris szakmai közegben, pl. szociális munkás, jogász, pszichológus együttműködésével) kezelik, akkor az intervenciók hatásai túlmutatnak az anyán, az újszülöttön vagy az apán. A kezdeteknél van esély arra, hogy enyhítsük az egyenlőtlenségeket és lehetővé tegyük a gyermek optimális kötődésének fejlődését (Crome, 2010; Kaló & Rác 2010; Open Society Foundations, 2018). A vizsgálatok nagy része kiemeli, hogy 1. a szerhasználat együtt jelenik meg a mortalitással és morbiditással, továbbá szociális egyenlőtlenségekkel; 2. a szerhasználó szülők nem feltétlenül rossz szülők; 3. léteznek hatékony intervenciók a szerhasználat majdnem minden formájára; 4. ennek a sokszor marginalizált csoportnak az ellátási forrásait is növelni kell, beleértve a szakemberek képzését; 5. a szolgáltatások koordinációját multidiszciplináris és több szolgáltatót bevonó keretrendszerben kell végezni; 6. a gyermekvédelmi rendszer képviselői és a szülői támogatás közötti feszültség (pl. fenyegetés a gyermek családból való kihelyezésével) helyett minden erővel azon kell lenni, hogyan lehet hatékony intervenciókat alkalmazni a családokban úgy, hogy az egyenlőtlenségek csökkenjenek és az anya-magzat-kötődés optimálissá váljon (Crome, 2010; Kaló & Rác 2010; Open Society Foundations, 2018).

Számos tanulmány szerzője (Bonnie, 2004; Crome, 2010; Schuler, Black, & Starr, 1995) egyetért abban, hogy az egészséges anya-csecsemő interakció elengedhetetlen a csecsemő optimális fejlődése érdekében. Ez a kapcsolat súlyosan sérülhet, ha egy anya drogokat használ a terhesség alatt és utána.

¹ Újszülött absztinencia szindróma (NAS, neonatal abstinence syndrome) gyakran együtt értenődő az újszülött megvonási szindrómával (NWS, neonatal withdrawal syndrome) a méhen belül különböző szereknek opioidok, alkohol, koffein és nyugtatók) kitétt újszülötteknél megfigyelt tünetegyüttes. A megvonási tünetek típusa és súlyossága az anyai szerhasználat jellegétől és időtartamától is függ. Jellemző tünetek: alacsony születési súly, kis fejméret, remegés, láz, stb. (WHO, 2014).

Bonnie (2004) szakirodalmi összefoglalója szerint az absztinencia fontos, de nem kizárólagos tényező a sikeres anya–csecsemő interakciót segítő intervenciókban. A megfelelő ellátás és a szakemberek hozzáállása, az oktatás és a tanácsadási folyamat növeli az anya önbecsülését, az önálló hatékonyságát, amely így jótékony hatással van a felépülésre és az anya–csecsemő interakció fejlődésére is. Schuler és munkatársai (1995) az újszülött ingerlékenysége és a társas támogatás (ellátórendszer képviselői és barátok) összefüggéseit vizsgálták. A vizsgálatban az anya–csecsemő interakciót 20 szerhasználó és 20 szermentes, alacsony szocioökonómiai státuszú anya viselkedésének megfigyelésével elemezték. A Brazelton skála használatával megállapították, hogy a szerhatásnak kitett újszülöttek nem tartoztak az ingerlékenyebb újszülöttek közé. A szermentes csoportban az újszülött észlelt ingerlékenysége összefüggésbe hozható volt az alacsony fokú pozitív anyai viselkedéssel. A szerhasználói csoportban az újszülött észlelt ingerlékenysége nem volt összefüggésbe hozható az anyai viselkedéssel. Ezek az eredmények kiemelik, hogy szükséges az újszülött, a gondozó és a környezeti faktorok együttes elemzése ahhoz, hogy a különböző szerek közvetlen hatását kimutathassuk az anya–gyermek interakcióban.

Banwell és Bammer (2006) Ausztráliában végeztek összehasonlító kvalitatív vizsgálatot heroinhasználó ($n = 22$) és különböző szocioökonómiai státuszú anyákkal (9 alacsony jövedelmű, 18 társas izolációban élő, és 21 közepes vagy magas jövedelmű). A vizsgálat interjúkon és résztvevői megfigyelés adatgyűjtésen alapult. A szerzők az elemzéseik és eredményeik alapján megállapítják, hogy a szerhasználó anyák ugyanolyan passzív áldozatai a szegénységnek, mint az alacsony jövedelmű anyák, és a gyermekek számára a szegénység kizáró ok a beilleszkedésben. A droghasználó anyáknak nem volt gazdasági vagy társas tőkéje ahhoz, hogy különböző lehetőségeket nyújtsanak a gyermekeiknek. Ettorre (2004), Brownstein-Evans (2001), Broom és Stevens (1991) és a magyarországi kvalitatív kutatások (Kaló & Rácz 2010) is leírják a droghasználó nők speciálisan marginalizált helyzetét a társadalomban és a droghasználói szubkultúrában. A nőket, és különösen a várandós szerhasználó nőket, a droghasználói szubkulturúra is deviánsnak tekinti (Broom és Stevens [1991] kifejezésével élve „duplán deviánsak”). Így váltak Banwell és Bammer (2006) kutatásában a szerhasználó várandós nők marginalizálttá egy férfiak-uralta szubkultúrában (Moore & Frazer 2006), és a hegemónikus anyaságrepresentációkban (Hays, 1996). Az „intenzív anyaság” (Hays, 1996) és az anyaság posztmodernizációjának (Gillespie, 2000) fogalmait a társadalomban megjelenő nő- és anyakép megváltozását takarják. A nők életének megváltozásával (a feminizmus hatásai a huszadik században, a fogamzásgátlás elérhetővé válása, a gazdasági vál-

tozások, a munkavállalási lehetőségek) az anyaság fogalma is megváltozott, amelyben nagyobb felelősség hárul a nőre mint anyára, elsősorban a választás lehetőségének megjelenésével. Ezzel együtt átalakult a „megfelelő anya” szociális konstrukciója is, amely meghatározza, hogy milyen a „megfelelő” szülő (heteroszexuális, önzetlen, termékeny, középosztálybeli, 25 és 35 év közötti) (Gillespie, 2000). A szerhasználó anyák ebben a fogalomrendszerben nem reális elvárások alapján ítéltetnek meg, amely ahhoz vezetett, hogy ők is elkezdtek hibáztatni magukat és egymást (vö. Broom és Stevens, 1991, Banwell és Bammer, 2006, Kaló és Rácz, 2010).

Brownstein-Evans (2001) 20 szerhasználó anyával végzett kvalitatív interjú vizsgálatot különböző ellátórendszeri szinteken (ártalomcsökkentő szolgáltatásban, opiáthelyettesítő-fenntartó-kezelésen, rehabilitációs központban), hogy feltárja az anyaságértelmezéseiket. Minden nő arról számolt be, hogy törődik a gyermekével és „jó anya” szeretne lenni. Az anyaságot a normatív elképzelésekhez képest konstruálták meg. Különböző ideálokat, szerepmolleket állítottak fel, amihez önmagukat, a saját képességeiket, a gyermekük jellemzőit hasonlították.

A tények, valóságok és igazságok feltárásához alkalmazott verbális, interjú módszereket gyakran éri az a kritika, hogy nem hitelesek, nem felelnek meg a – pozitivista – kutatásokkal szemben támasztott reliabilitás és validitás elveinek. A retrospektív beszámolók különösen megbízhatatlanok, nem felelnek meg a valóságnak, gyakran befolyásolják későbbi események, és az interjú idejében megélt érzelmek (Kitzinger, 2004). Az interjúalanyok ellentmondásba kerülnek önmagukkal akár egy mondaton belül is, és különösen egy olyan populációnál, mint a szerhasználók, akiket a többségi társadalom elítél és deviánsnak tekint, kialakulnak specifikus válaszadói mechanizmusok (Rácz, 2006). A vizsgálatvezető személyének, társadalmi státuszának vagy valamilyen feltételezett elvárásnak kívánnak megfelelni, ezért szélsőségesen negatívan vagy idealizálva nyilatkoznak bizonyos témákról. Kiváltképp egy olyan témában, mint az anyaság, amely egyrészt kulturálisan, társadalmilag terhelt – túlidealizált (vö. Hays, 1996; Kende, 2002; Lupton, 2000) – fogalom, másrészt a gyermekvédelmi hatóságoktól, a gyermek elvesztésétől való félelmükben gyakran kényszerülnek a valóság torzított beszámolójára. Fontos tehát észben tartanunk, hogy a „tapasztalat” soha nem nyers, hanem a társadalmi és társas hálózatokba beágyazódva interpretálódik és újrainterpretálódik. A feminista keretben a nők tapasztalatai sem egy romlatlan belső női tudást reprezentálnak, hanem különböző társadalmi (pl. heteroszexuális, patriarchális) és társas diskurzusokban, vagy annak ellenére strukturálódtak (Kitzinger, 2004).

2. A vizsgálat célja és kutatási kérdései

Jelen kutatás fő témája a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó nők anyasághoz való viszonyának feltárása és megértése. Azért van szükség erre a vizsgálatra, mert a (legális és illegális) szerhasználat egyre több személyt érint, de nincsenek pontos adataink arról, hogy önmagában a szerhasználat (és a különböző szerek önmagukban) milyen hatással vannak a magzatra, újszülöttre, kisgyermekre, ugyanakkor az anyaság szociális reprezentációja a nyugati társadalmakban túlterhelt (vö. Hays, 1996; Kende, 2002; Lupton, 2000).

A vizsgálat célja feltárni szerhasználó anyák anyasághoz való viszonyát a saját tapasztalataik megismerésével, interpretációjával és bemutatásával. A tapasztalatok kibontakoztatására olyan módszert szükséges alkalmazni, amely lehetővé teszi új témák és leírások megjelenését, ezért teljes egészében kvalitatív vizsgálati elrendezést terveztem, többféle módszer együttes alkalmazásával.

2.1. Kvalitatív kutatási elrendezés

A kvalitatív kutatási megközelítés hagyományainak megfelelően a vizsgálat a középponti jelenség megértésére és kutatási kérdések megválaszolására vállalkozik. A középponti jelenség és a téma feltáratlansága, a vizsgált csoport specifikus jellegzetességei miatt a vizsgálat nem lehet hipotézisvezérelt. A vizsgálat vezérfonalát nem előzetes szakirodalmi eredmények, előfeltevések irányítják, hanem a választott episztémológiai keret, kutatási paradigma, amely ily módon meghatározza a módszertant, és az adatgyűjtési és -elemzési módszereket. A vizsgálat reliabilitását és validitását a kutatási paradigma megtartása biztosítja.

Jelen vizsgálat kutatási paradigmája *konstrukciós-interpretatív* (Fassinger, 2005; Ponterotto, 2013), amely csak a kvalitatív módszerekre jellemző felfedezés-központú megismerési modell. Többszörös, egyformán érvényes, társas közegben és társadalmilag megformált valóságokat feltételez, amelynek feltárására első személyű beszámolókat (pl. naplók, interjúk) használ, és a következtetéseket a résztvevők „hangjának” hallatásával hozza meg. Interaktív viszony van a kutató és a résztvevő között, a kapcsolat vezet a jelentés megismeréséhez és a tapasztalat kifejezéséhez, és a kutató személyes részvétele is megjelenik az értelmezésben (Fassinger, 2005; Ponterotto, 2013; Rácz 2006).

2.2. Középponti téma és kutatási kérdések

A vizsgálat középponti témája a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó nők várandósság- és anyaságértelmezése. Milyen élmény a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó anyák számára a várandósság és az anyaság? Hogyan jellemezhető a szerhasználó nők anyasághoz való viszonya? Milyen tapasztalataik vannak az anyává válás különböző stádiumaiban? Milyen (nem várt) tényezők jellemzik a szerhasználó nők anyasághoz való viszonyának alakulását?

3. Módszertan

3.1. Feminista-fenomenológiai paradigma

A vizsgálat kvalitatív módszertannal készült feminista-fenomenológiai paradigmában. A kvalitatív vizsgálatok célja a különböző élményekhez, tapasztalatokhoz való hozzáférés és azok struktúrájának, minőségének a leírása a résztvevők szempontjából. A kvalitatív kutató résztvevője az eseményeknek, megismerésre és nem irányításra törekszik, alkalmazkodik a kutatásban résztvevőkhöz. A feminista metodológiában alapelv a nők életének középpontba állítása és annak vizsgálata, hogy milyen jelentést adnak a tapasztalataiknak (Kitzinger, 2004). A fenomenológiai megközelítés lehetővé teszi, hogy a jelentéseket a vizsgált csoport világába belépve értsük meg. A választott episztemológiai háttér lehetővé tette, hogy a központi téma meghatározásakor a résztvevők specifikus tulajdonságai (szerhasználó, várandós) mentén közvetlenül a jelenségre vonatkozó kutatási kérdéseket tegyenek fel. Az elméleti keret meghatározta az adatgyűjtési és -elemzési módszereket. Az adatgyűjtés célja a „női hang” és az „érvényes tapasztalat” (Kitzinger, 2004) megtalálása volt, ehhez többfajta adatgyűjtési módszert alkalmaztam: résztvevői megfigyelést, félig-strukturált és mélyinterjúkat, dokumentumelemzést.

3.2. Módszer: Esettanulmány

Az esettanulmány önmagában nem egy módszer, hanem inkább egy megközelítés különálló entitások vizsgálatára, amelyeket különböző módszerekkel gyűjtöttünk és elemeztünk. Az elemzési egység: az eset (egy szervezet, egy város, egy jelenség, egy csoport, egy páciens, egy intervenció, stb.), amely „természetes előfordulás definiálható határokkal” (Bromley, 1986, 8. o.). Az esettanulmány fókuszált, mély, pontos vizsgálatokat jelent, amely lehet kvalitatív és kvantitatív is.

Az esettanulmánynak öt módszertani – az adatgyűjtés és -elemzés szempontjából – fontos jellemzője van: az idiografikus perspektíva, a kontextuális adatok gyűjtése, az adat- és módszertrianguláció, az idői perspektíva és a részletes feltárás. Az első az idiografikus perspektíva: a különleges vizsgálata az általános helyett; a különleges tulajdonságainak leírása. Ehhez szükség van a kontextuális adatok gyűjtésére, amely holisztikus szemléletet tükröz; az eset nem vizsgálható a környezet ismerete nélkül és a kettő viszonyának feltárása nélkül (vö. „ökológiai kontextus”, Bromley, 1986, 25. o.). Az eset különböző dimenzióinak megvilágítása, különböző kontextusokba (társas, fizikai, pszichológiai, szimbolikus) való beágyazottságának megértése különböző adatgyűjtési és -elemzési módszerekkel és eszközökkel történik, vagyis alkalmazzuk a trianguláció elvét. Az esettanulmányban egy bizonyos idői keretben történik a vizsgálat, így lehetőséget teremt a reflexióra, a változásra és fejlődésre. És végül egy bizonyos eset részletes feltárása betekintést nyújt pszichológiai és társas folyamatokba, ezáltal lehetőséget nyújt új elméletek és hipotézisek megfogalmazására (Willig, 2008).

Az esettanulmány megtervezésekor szükség van az eset mint egység meghatározására (mit vizsgálunk?); az adatgyűjtés és elemzés módszereinek kiválasztására (hogyan vizsgáljuk?), és annak definiálására, hogy intrinzik érdeklődés vagy elméleti megfontolások vezetnek-e (Willig, 2008). Jelen vizsgálatban az eset az anyaság szerhasználói megértésének jelensége, az adatgyűjtési és elemzési módszerek kiválasztását a fenomenológiai-feminista paradigma határozta meg és a trianguláció vezette. Az esettanulmány jellege szerint instrumentális: a vizsgált esetek jó példái egy általános jelenségnek, amelyre a kutatási kérdés irányul. Több esetet vizsgáltam a jelenség minél pontosabb leírása érdekében. A vizsgálatot intrinzik érdeklődés vezette, az exploratív jellegű esettanulmányban a részletes leírás által olyan betekintést nyerünk az esetben, amely hozzásegít a szerhasználók anyaság-fogalmának megértéséhez.

3.3. Adatgyűjtési módszerek

Az adatgyűjtés 2009 és 2014 között zajlott (13 hónap kihagyással), különböző fázisokban (ld. 1. táblázat). Az adatgyűjtés négyféle módszerrel történt: résztvevői megfigyelés, félig-strukturált interjúk, mélyinterjúk és dokumentumok gyűjtése. Az adatgyűjtés és az elemzés nem választható külön: a résztvevői megfigyelés különböző, egymásra épülő fázisai (leírás, fókuszált, szelektív) és az interjúkészítés tanulságai hatottak az elemzésre és visszahatottak az adatgyűjtésre. A résztvevők, kollégák észrevételeit, a személyes tapasztalatokat és az előzetes eredményeket beépítettem az gyűjtési folyamatba és az elemzésbe.

A vizsgálat érvényessége érdekében alkalmaztam a triangulációt: ugyanazon kérdés vizsgálatára többfajta módszert és eszközt használtam. A résztvevői megfigyelés lehetővé tette egy általános ismeret megszerzését a résztvevők és a környezetük (setting), valamint az alapproblémáik megismerését. A félig-strukturált interjúkban több résztvevő élettörténetét és anyasághoz való viszonyát ismertem meg, amely lehetővé tette egy általánosabb „térkép” felrajzolását, míg a mélyinterjúk által két személy közeli, nagyon részletes élettörténetét ismertem meg, amely így egyszerre láttatja a középonti jelenséget egészben és részleteiben.

1. táblázat. Az adatgyűjtés módjai és időtartamai, illetve az adatelemzés

Az adatgyűjtés módjai és időtartama	2009. III-XII.	2010. I-IX.		2012. I-XII.	2013. I-VIII.	2014. I-III.
1. résztvevői megfigyelés						
2. félig-strukturált interjúk						
3. mélyinterjúk						
4. dokumentumok						
Adatelemzés						

3.4. Adatelemzési módszer: tematikus elemzés

A szerhasználó várandós és kisgyermekes nők anyasághoz való viszonyának, az anyaság fogalmának számukra hordozott jelentésének feltárásához és rekonstruálásához tematikus elemzést (TA; Braun & Clarke, 2006) alkalmaztam. A tematikus tartalomelemzés egy viszonylag rugalmas és hasznos kutatási eszköz, amely gazdag, részletes és komplex leírást nyújthat egy kvalitatív anyagról (Braun & Clark, 2006).

A tematikus elemzést mint idiografikus módszert alkalmaztam – azt kerestem, ami különös, nem azt, ami általános, univerzális, az eseteket kontextusba helyezve értelmeztem. A választott episztemológiai keret és metodológia a központi téma kidolgozása és kutatási kérdések megválaszolása érdekében kiemeli a célzott mintavétel és az adatgyűjtés triangulációját (résztvevői megfigyelés, interjúk, dokumentumelemzés, esetelemzés). Az elemzés fenomenológiai, mert a megélt, egyéni élmények belső perspektívájának vizsgálata a cél, és interpretatív, mert figyelembe veszi a kutató személyes „szűrőjét” és azt vallja, hogy a megértéshez szükség van interpretációra.

A tartalomelemzés első lépéseként az adatok ismételt, elmélyült olvasása során keressük már a jelenségeket, és a kódokat. A beazonosított kódokhoz idézeteket csatolunk az adatokból. Ezekből alkotjuk meg a témákat, és az altémákat. A témakeresés kezdeti szakaszában megalkotott tematikus térkép a kutatót segíti abban, hogy vizualizálni tudja a témákat (Braun & Clark, 2006). A tématerkép, amelyet a kódolás után készítünk, nagyban hozzájárul ahhoz, hogy teljesebb képet kaphassunk a kutatás által vizsgált kérdésekről.

3.5. Etikai megfontolások

A vizsgálat során figyelembe vettem a Magyar Pszichológiai Társaság Szakmai Etikai Kódexének (2004) pszichológiai kutatásokra vonatkozó általános, kutatásetikára és a publikációkra vonatkozó irányelveit. Különösen figyeltem a kvalitatív kutatásokban felmerülő etikai problémák kezelésére a különböző módszerek alkalmazásának megfelelően. A résztvevőket tájékoztattam a vizsgálat céljáról és minden esetben beleegyező nyilatkozatot írtak alá az interjúalanyok. A vizsgálatot az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) hagyta jóvá 2009-ben.

A résztvevői megfigyelésben a szerepem nyílt volt, semmi nem indokolta a rejtett pozíció felvételét. Az interjúk készítése során figyeltem arra, hogy az élettörténetről, személyes tapasztalatokról való beszámoló segíthet a résztvevőknek megérteni a saját vulnerabilitásukat, de fájdalmat is okozhat az emlékek előhívása és rekonstrukciója. Ezért különböző technikákkal (pl. kérdésekkel, témaeltereléssel) minimalizáltam a kiváltott negatív érzelmeket és kockázatokat. Mivel a mélyinterjú helyzetben szorosabb kapcsolat is kialakult a vizsgálati személyekkel, ezért ott több időt hagytam a lezárásra, és lehetőséget biztosítottam pszichológiai tanácsadás igénybevételére, ha szükségesnek bizonyult.

4. Adatgyűjtés és az adatok bemutatása

4.1. Résztvevői megfigyelés

A résztvevői megfigyelést két helyszínen végeztem: 2009. március és 2010. december, illetve 2012. január és 2013. augusztus között hetente egyszer az alacsonyküszöbű szolgáltatás nyitvatartási idejében (szerdán vagy csütörtökön 12 és 16 óra között); 2014. március 12 és 15 között egész nap egy vidéki női lakóotthonban.

Céлом a várandós és kisgyermekes szerhasználó nők viselkedésének megfigyelése volt. Résztvevői szerepem az önkéntes segítő volt, amely ebben a kontextusban nem volt intruzív a kliensek vagy a munkatársak számára. A megfigyelés első fázisában kutatóként is dolgoztam és egy kutatási projekt keretein belül vettünk fel interjúkat a szerhasználó anyákkal, ezért a szerepem megfelelt a valóságnak, ha kérdezték, hogy mit csinálok, akkor azt válaszoltam, hogy önkéntes munkát végzek (önkéntes szerződést is kötöttünk) és adatot gyűjtök, interjúalanyokat toborzok a vizsgálathoz. A második fázisban már a kliensek és a munkatársak számára ismerősként viszatérő önkéntes segítőként és kutatóként végeztem a megfigyelést. A téma szempontjából fontos, hogy a két fázis között magam is gyermeket szültem, amely a megfigyelői státuszomat, érzelmeimet és a megfigyelttel való kapcsolatot módosította.

A résztvevői megfigyelés rendszeres volt, de lassú, mivel hetente egyszer volt alkalmam az alacsonyküszöbű szolgáltatás mindennapjaiban részt venni. Mivel az alacsonyküszöbű szolgáltatás igénybevétele a résztvevőkön múlik, ezért előfordulhatott olyan, hogy egy vagy kettő kliens érkezett, akiknek semmilyen kapcsolata nem volt a várandóssággal/anyasággal (pl. a jogsegély szolgáltatásra érkeztek).

Kezdetben (első 6 hónap) a nem-szisztematikus megfigyelés és leírásjellegű adatgyűjtést végeztem: megismertem a fizikai környezetet, a szereplőket, a cselekményeket és aktorokat, a fizikai tárgyakat és kulturális artefaktumokat. A későbbiekben (második 6 hónap) a leírások mellett a fókuszált résztvevői megfigyelés technikáit alkalmaztam: amikor már sikerült meghatároznom a főszereplőket és az alapvető cselekményeket, már a központi témámhoz (anyaság és szerhasználat) kapcsolódó cselekmények és viselkedések jellegére és ritmusára figyeltem. Ezt követte a szelektív megfigyelés (az első fázis 9 hónapja és a második fázis), amely során olyan specifikus jellemzőket figyeltem meg, amelyek a résztvevők és a szolgáltatás megkülönböztető jegyei, illetve azokat a különbségeket, amelyeket a saját várandósságom és anyaságom váltott ki a megfigyeltben és magamban mint megfigyelőben.

A vidéki női lakóotthonában 3 napig tartózkodtam. Az alapelvek megegyeztek a fővárosi alacsonyküszöbű szolgáltatásnál végzett megfigyeléssel, azzal a különbséggel, hogy itt a mindennapi folyamatokban (pl. főzés, bevásárlás, séta) is aktívan részt vettem. Elsősorban azokkal a nőkkel (anyákkal) beszélgettem, akik a szerhasználók voltak és a mi segítségünkkel kerültek oda, de mivel az ő életterületükben voltam, nyitottan álltam bárki felé.

A szerepem aktív megfigyelő mint résztvevőként definiálható: a csoport tevékenységeiben aktívan részt vettem, de külső személy maradtam, és nem köteleződtem el a célok és értékek tekintetében. A megfigyelésről részletes terepnaplót vezettem.

4.2. Félig-strukturált interjúk²

Az interjúk felvétele két fázisban történt: az első felvétel 2009-ben ($n = 20$), a második 2010-ben ($n = 12$). Az interjú vezérfonalának kidolgozása és az adatgyűjtés egy olyan kutatáshoz készült, amelyben a várandós szerhasználó nők ellátását, az ellátórendszer viszonyát vizsgáltuk (Kaló, Mándi, Sógorka, & Rácz, 2011). Az interjúban való részvétel kritériumai közé tartozott az önbevallásos szerhasználat mellett az igazolt terhesség vagy 3 év alatti kisgyermek. Az interjúalanyok informált tájékoztatást kaptak a vizsgálat céljáról és tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket adták az interjúhoz. Mindkét évben motivációs ajándékként 3000 forint értékű vásárlási utalványt (2009-ben a kutatás, 2010-ben a MEJOK Alapítvány által támogatva) kaptak, abban az esetben is, ha visszavonták vagy felfüggesztették az interjút. Az interjúkat az első szerző vette fel.

Az interjú első része egy kérdőívből állt, amelyet az interjúkészítő olvasott fel és lejegyezte a válaszokat. A kérdőív az alapvető szociodemográfiai adatok rögzítése érdekében került felvételre. A kérdőív Márványkövi, Melles, Légmán, és Rácz (2008) mintája alapján az alábbi információkat tartalmazta: demográfiai adatok (nem, születési idő, családi állapot, foglalkozás, jövedelemforrás, származás, együttélés, lakhatási körülmények, iskolai végzettség); illegális és legális szerhasználat mintázata (szerekre lebontva, első használat, gyakoriság általában és az elmúlt 30 napban); egészségügyi állapottal, várandóssággal kapcsolatos információk (fertőző betegségek, egészségügyi beavatkozások száma, módja).

Az interjú öt tematikus blokkot tartalmazott: 1. élettörténet; 2. várandósság, anyaság; 3. korábbi tapasztalatok az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban; 4. jelenlegi helyzet leírása; és 5. perspektívák, jövőkép; szülés, gyermek hatása a személyes jövőre. Az interjút a témák vezették, a kérdések nyitottak, inkább orientálók voltak. Az interjút a kutatási kérdés vezette, amely a 2009-es adatfelvétel során elsősorban az ellátórendszeri tapasztalataira vonatkozott, 2010-ben pedig az anyaság–szülőség jelenségére. Az interjúkészítőnek feladata volt megtalálni a megfelelő egyensúlyt az interjú feletti kontroll és az interjúalany szabadsága között ahhoz, hogy az interjú válaszoljon a kutatási kérdésekre és lehetőség legyen új topikok megnyitására is. Az önkéntes munka (és résztvevői megfigyelés) révén az interjúalanyok és a kutatásvezető már ismerték egymást, amely a kulturális-szociodemográfiai háttér megismerésében eredményesnek és a rapport kialakítása szempontjából hasznosnak bizonyult. Az interjúk időtartama 45 és

² A fejezet részleteket tartalmaz Kaló, Mándi, Sógorka és Rácz (2011) tanulmányból a kiadó engedélyével.

60 perc között volt. Az interjúkat diktafonnal rögzítettem, majd a beszélt nyelvi diskurzus verbális elemeit az interjúalanyra jellemző vagy az interjúalany számára fontos, jelentéstartó prosódiai és a nem verbális alkotóelemekkel együtt írtam át.

Az összevont adatok alapján az interjúalanyok átlagéletkora 29 év (SD = 18–43 év) volt. A minta főbb jellemzőit a 2. táblázatban mutatjuk be, további jellemzőit ld. Kaló és munkatársai (2011) tanulmányában. Az illegálisszerhasználatuk aktív volt (elsődleges drogok: amfetamin vagy designer drogok, illetve heroin; a 2010-es felvétel során két alkoholproblémával rendelkező nő került a mintába). A szerhasználatra, illetve a betegségek előfordulására vonatkozó gyakorisági adatokat a 3. táblázatban foglaljuk össze.

2. táblázat. A várandós droghasználó nők szociodemográfiai adatai

Az adatfelvétel éve		2009	2010
Mintaelemszám		20	12
Életkor	átlag	28,8 év	29,2 év
	terjedelem	18–43 év	18–42 év
Származás	magyar	35%	50%
	cigány	65%	50%
Iskolai végzettség	alapfokú	70%	70%
	középfokú	25%	20%
	felsőfokú	5%	10%
Családi állapot	egyedülálló	30%	50%
	partner/élettársi kapcsolat	50%	25%
	házas	5%	0%
	egyéb (van kapcsolata, de nem együttélés; özvegy; párja jelenleg börtönben)	15%	25%
Munkaerőpiaci státusz	munkanélküli, nem keres állást	45%	0%
	munkanélküli, álláskereső	10%	25%
	részmunkaidőben dolgozik	10%	50%
	teljes munkaidőben dolgozik	5%	0%
	háztartásbeli	5%	0%
	tanul	5%	12%
	rokkantnyugdíjas	5%	12%
	egyéb/nem válaszol	15%	0%

Az adatfelvétel éve		2009	2010
Mintaelemszám		20	12
Prostitúció		5%	66%
Gyermekek száma	1	25%	25%
	2	25%	25%
	3	5%	0%
A terhesség tervezése	nem tervezte	80%	66%
	tervezte	15%	24%
	nem tudja/nem válaszol	5%	0%

3. táblázat. A minta szerhasználatra és ismert betegségekre vonatkozó előfordulási gyakorisági adatai

Alkoholfogyasztás	nem jellemző	70%	50%
	alkalmanként fogyaszt alkoholt	25%	25%
	minden nap fogyaszt alkoholt	5%	25%
Dohányzás	naponta egy doboz (19 szál)	60%	70%
	kevesebb, mint naponta egy doboz (<19 szál)	35%	25%
	nem dohányzik	5%	5%
Krónikus betegség	pánikbetegség	10%	0%
	magas vérnyomás	50%	50%
	cukorbetegség	0%	10%
	nyirokkeringés-zavar	0%	10%
	Hepatitis B	15%	25%
	Hepatitis C	0%	25%

4.3. Mélyinterjúk

A mélyinterjúk célja az utánkövetés és az idői keretek vizsgálatba emelése volt. A szülés utáni interjúk lehetővé tették, hogy a vizsgálati csoportba tartozó személyek változásra és fejlődésre való reflexióit vizsgálhassam. A vizsgálati személyek többsége visszajelez a fővárosi alacsonyküszöbű szolgálatató felé a szülés utáni eseményekről, de az interjú keretei lehetővé

tették, hogy strukturáltan megismerjem a szüléstörténeteiket, anyasággal kapcsolatos elképzeléseik megvalósulásait, változásait és gyakorlati eredményeit. A mélyinterjú kivitelezéséhez aktív interjúkészítési technikát alkalmaztam (Holstein & Gurbrium, 2012). Ez a technika az etnografikus információgyűjtési módszerekre hasonlít, az informális, mindennapi beszélgetésektől az különbözteti meg, hogy a vizsgálatvezető kutatási kérdése vezeti. Az aktív interjú „egy társas együttlét, mely során tudás konstruálódik (...) az interjú nem pusztán egy semleges csatorna vagy a torzulás forrása, hanem olyan színtér, olyan alkalom, ahol maga az érdemleges tudás előállítódik” (Holstein & Gurbrium, 2012, 118. o.).

A két mélyinterjút egy lakóotthonban terveztem felvenni két korábban, a fővárosi szolgáltatónál megismert szerhasználó (akkor még várandós) személlyel. Azért választottam őket a mélyinterjú alanyainak, mert korábban megfelelő rapport alakult ki közöttünk, és megfelelő verbális képességekkel rendelkeztek ahhoz, hogy fogalmi szinten beszéljünk az anyaságról. A 2014. márciusi látogatásomkor azonban az egyik anya (Anna álnévvel) visszaélésszerű szerhasználatára derült fény, megérkezésemkor intoxikált állapotban volt, és épp a pszichiátriára ment be detoxifikálásra, ezért vele 2014 áprilisában egy budapesti kórházban vettem fel a mélyinterjút.

Az interjúk egyenként összesen legalább másfél órák voltak, egy vagy két nap alatt több részletben lettek rögzítve diktafonnal, majd átírva a félig-strukturált interjúknál is alkalmazott átírási szabályokkal.

5. Adatelemzés

A kvalitatív kutatásokban az adatgyűjtés és az adatelemzés nem elválasztható folyamat – az adatfelvétel során szerzett tudás befolyásolja az adatfelvételt és az adatelemzés már a legelső adatgyűjtési fázisban megjelenik. A kutató a kutatási kérdést mindvégig szem előtt tartva gyűjti és elemzi az adatokat, miközben reflektál a saját érzéseire, élményeire is. Különösen egy ilyen helyzetben, ahol a kutatási kérdés az, hogy milyen élmény várandós vagy kisgyermekes szerhasználó anyák számára várandósság és az anyaság, és a szerző maga is közben válik anyává, fontos az önreflexió.

Az adatelemzés a tematikus elemzés (TA; Braun & Clarke, 2006) módszerével történt. Ez a módszer az idiografikus esettanulmányokhoz javasolt, amikor egy jelenség exploratív jellegű, mély megértése a cél, és a minta nagysága nem nagyobb 10 esetnél, illetve az interjúk technikákat megfigyeléssel és más kvalitatív módszerekkel is módunk van kiegészíteni. Ezek a módszerek a szöveges adatok interpretációjához járulnak hozzá. Minden szöveges anyagot – a félig-strukturált interjúkat ($n = 20$) és a mélyinterjúkat ($n = 2$) átíratait – elemeztem, a résztvevői megfigyelés és a dokumentumok

a jelenség értelmezéséhez járultak hozzá. Az elemzéshez nem használtam kvalitatív elemzői szoftvert, egyrészt mert a szakirodalom nem javasolja (Willig, 2008), másrészt mert olyan szerteágazó, sok személyes feljegyzést tartalmazó, több éves kutatómunka interpretációja történt meg, amelyben egy szoftver alkalmazása szükségtelen határokat szabott volna.

Az első fázisban az írott szöveg olvasása és újraolvasása, valamint a feljegyzések készítése történt. A szöveg újraolvasása közben kódoltam az olvasottakat: összegyűjtöttem az asszociációkat, kérdéseket, összegző kijelentéseket, megjegyzéseket, a speciális nyelvhasználatot, a hiányokat, a leírásokat.

A második fázisban azonosítottam és címkéztem a témákat. A szöveg minden részére kiterjedően olyan témákat kerestem, amelyek fogalmi jellegűek és valamilyen alapvető mondanivalót ragadnak meg a szövegből, illetve van lehetőség pszichológiai terminológia alkalmazására.

A harmadik fázis az elemzésben a struktúra feltárása: a témák klaszterekbe rendezése és a klaszterek közötti kapcsolatok feltárása. Az összefoglaló táblázatok tartalmazzák a szövegek alatti (pl. nyelvi-paranyelvi sajátosságok), és a szövegek feletti (pl. résztvevői megfigyelés terepnaplói, az interjúalany dokumentumaiból ellenőrzött információk, elméleti megfontolások, memók³) információkat, amelyeket bevontam az értelmezésekbe. Az elemzés során készült teljes összefoglaló táblázat kb. 30 ezer szót tartalmaz, az összes kódokra vonatkozó interjúüzenetekkel.

6. Eredmények: Az adatok értelmezése

Az eredmények a megfigyelések, a félig-strukturált, és a mélyinterjúk adatainak elemzéséből áll össze. A várandósság és anyaság mint a vizsgálat két középponti témája határozza meg az eredményeket, minden adatot ehhez képest, ennek kiegészítésére, leírására, megértésére, a jelentésstruktúrák mélységének feltárására használunk fel. A tematikus elemzés által eredményeképpen kapott fő- és altémákat a 4. táblázat foglalja össze.

³ A kvalitatív kutatásban használt memó olyan feljegyzéseket jelent, amelyek az elemzés közben merülnek fel a kutatóban, de az elemzett szöveghez, a létrehozott kódokhoz nem kapcsolódnak közvetlenül, elméleti-fogalmi vagy más jellegű (pl. aktuális újságcikre, művészeti alkotásra) jegyzetek.

4. táblázat. Tematikus elemzés, a fő- és altémák összefoglaló táblázata

Főtémák	Altémák
Anyagi bizonytalanság	Felelőtlenség megtapasztalása – Szégyen
	„Ha lenne pénzem, a gyerekre költeném” – A gyermek marginalizációja
	A partner csak szerekre költi – Magányos fellősségvállalás
	Szegénység – A szegénység passzív áldozata
	Állami támogatásrendszer hiányosságai – Segítségre utaltság megfogalmazása
Szeperáció	Megítélés észlelése – Stigmatizáció megélése más anyáktól – Összehasonlítás más, (volt) szerhasználó anyákkal: „jobb anya mint én”, „A jó anya otthon marad a gyerekekkel”
	Nem kap valódi segítséget, ha van nagymama, az túl sokat segít, „mindent jobban tud” – Szeperáció a saját családtagoktól – Támogató (anyagi, érzelmi) család hiánya
	Határállapot megélése a saját csoportban – már nem szerhasználó, de még nem felépülő identitás
	A partner nincs jelen a gyereknevelésben
	„A szociális ellátórendszer azt akarja, hogy csak anya legyél” – Igények kielégítetlensége
Otthonmaradás vs. munka	„A gyerekekkel akarom tölteni az időt” – 3 év gyermekkel töltött idő (GYES)
	Nem minőségi idő
Szerhasználat	„Abbahagyni” – az ellátórendszer segítségével nélkül
	„Már annak a gyerekeknek ügyis mindegy” – Felmentések alkalmazása szerhasználat esetén
	Methadon-fenntartó kezelése – A programban való részvétel által láthatóvá válás – félelem a gyermek elvesztésétől, a kudarcától
Stigmatizáció	Mint szerhasználó
	Mint methadonos
	Mint rossz anya
	Mint aki segítségre szorul/segítségkérő
	Mint prostituált
	Mint akit megvert/elhagyott/kihasználta a partnere
	Mint cigány

Főtémák	Altémák
	Mint hajléktalan
	Mint túl fiatal anya
	Mint túl öreg anya
Idő	„Zsonglőrködés az idővel”
Ellátórendszer	„Tárgyalás” az ellátórendszer tagjaival - meg kell tanulni kiállni magáért, a gyermekért egy külön „nyelvet” használni
	Különböző szintű beavatkozások - levelezés vs. a saját otthonába belépés
	Különböző bizalmi fok az ellátórendszer tagjaival
Hibáztatás	Önmaga hibáztatása
	Egymás hibáztatása az apával
	Mások hibáztatása
	A rendszer hibáztatása
Egyedülálló	Szituáció, amiből tanulhat
	Szituáció, amit csinálnia „kell”
	Elhagyatottság
Baráti kapcsolatok	Anyai szerep nem illik bele a korábbi barátságba, nem integrálható
Veszteségek	Idő
	Autonómia
	Függetlenség
Pozitív változás	„Van kiért lenni” - szociális és egzisztenciális szorongás oldása
	„Van kiért tenni/harcolni/leszokni” - autonómia növekedése
Gyermekekkel kapcsolatos érzéseik, gondolataik	„A legfontosabb”
	„Akiért bármit megtennék”
	Amikor elvették tőle a gyermekét, több szert használt, hogy „elviselje a fájdalmat”
	Aggodalom
	Céltudatossá tesz
	Gyermekek ismerete „anyai szakértői tudás”
	A gyermek igénye az első helyen, még ha ez anyaként fájdalommal is jár
	Csak az anya mellett van jó helyen - norma

Főtémák	Altémák
Apával való kapcsolat	Intenzív, bevonódó, elfogadó
	Kihasználó
	Nincs
	„Ne vigye el a gyereket” – félelemkeltő
	Elutasító
	Ragaszkodás a kétszülős modellhez/ideához
Anyaságról való explicit, implicit tudás megszerzése	Saját anyával való azonosulás
	Saját anyával való azonosulás megtagadása, az anyai mintával való ellentétes működés
	Fiatalabb testvére felnevelése mint modell
	Szomszédok közössége – jó minták
	Más anyák megfigyelése a játszótéren/ utcán
	Nőrokonok mint szerepmodellek (nagy mama, nevelőanya, mostohaanya, nagynéni, nővér)

6.1. Várandósság

Az interjúalanyok várandóssághoz való viszonya ambivalens volt attól a ponttól kezdve, hogy felismerték azt: több résztvevő úgy gondolta, hogy a szerhasználat (annak egészségkárosító hatásai illetve az abortuszok, spon-tán vetélések) miatt már nem eshetnek teherbe. Gyakran későn ismerték fel a várandósságot ahhoz, hogy elvetessék, ez egyrészt félelmet, másrészt a passzív felelősségvállalás ambivalens érzéseit (felelősségelhárítás, fatalizmus) keltették bennük. A teherbeesést úgy élték meg, mint egy (pozitív) lehetőséget arra, hogy leszokjanak a drogokról, alkoholoról, ugyanakkor féltek is elveszíteni azt, ami az életük része volt, lemondani a „stabil”, „jó élményt” adó dolgokról. Féltek attól, hogy megváltozik az életük, de vágytak is rá.

„És akkor meg is ijedtem, hogy Úristen, mostantól már nem rólam fog szólni az élet.”(T4_2009)

A várandósság élménye az interjúalanyoknál a magzattal való kapcsolat, az énkép és a jövőkép megváltozása, valamint az ellátórendszerrel való kapcsolatba kerülés jelentésrészeiből áll össze. A szerhasználat mint az én egyik legfontosabb identitásrésze szerepel az adatban, a stigmatizáció ebben a jelentésrészben kapcsolódik össze a várandóssággal. A stigmatizációt

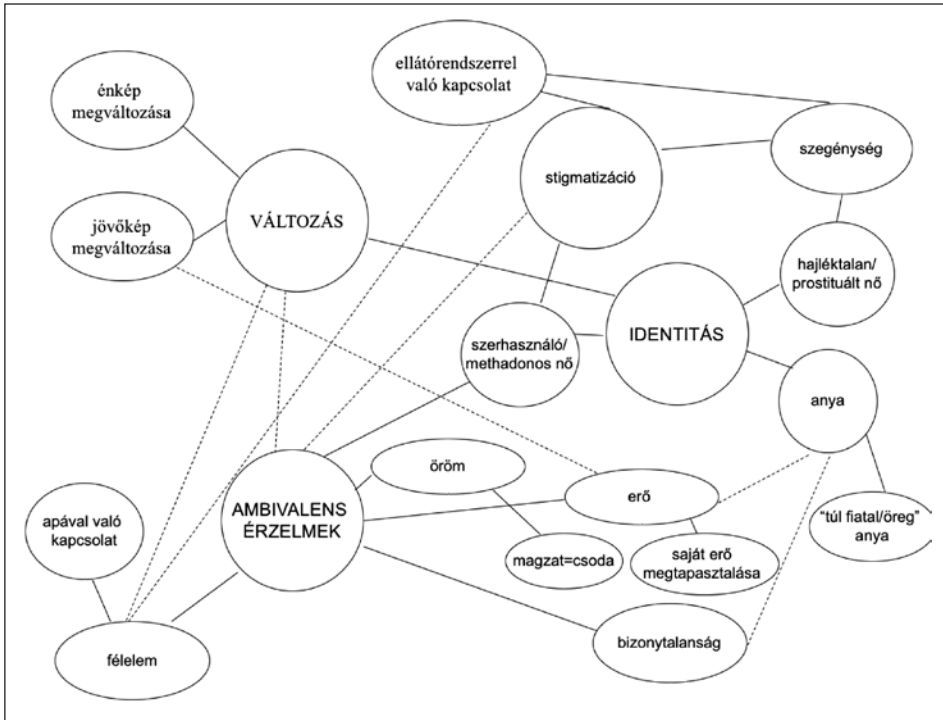
szerhasználóként, „methadonosként”, prostituáltként, hajléktalanként ugyanúgy tapasztalják, mint „túl” fiatal vagy idős anyaként, de a várandósság jelentésstruktúrájában a szerhasználat a legkiemelkedőbb. A várandósság a szerhasználatról való gondolkodást idézi elő; nem egyértelműen pozitív vagy negatív élmény; egyszerre okoz szégyent, félelmet és az autonómia, függetlenség elvesztésének lehetőségét; és megjelenik úgy is, mint egy rég várt, „felsőbb erőtől” származó üzenet. A várandósságok egyike sem volt tervezett, és szinte mindegyik azután derült ki, hogy el lehessen vetetni.

A jelentésstruktúra szinte minden adatát áthatja az ambivalencia és a bizonytalanság. A bizonytalanság a jövőképpen jelenik meg anyagi bizonytalanság formájában: a szerhasználók többsége a szegénység passzív áldozata, akinek a napi gondok megoldásához is segítségre van szüksége. A várandósság előtt a partnerbe vetett hit és ráhagyatkozás volt jellemző, de a fogantatás a nőt is felelőssé, a jövőképre fókuszálttá tette és mivel az apa legtöbbször nem vállalja gyermekét, a szerhasználó nőnek egy újfajta (anyai) autonómiát kell megtanulnia. A várandósság egy olyan átmeneti időszakként kerül leírásra, amelyben a szerhasználó nő egy újfajta identitást épít fel, amely nem elsősorban a többségi társadalom fogalmaival meghatározható anyai identitás, hanem a nem-szerhasználó, az anyagi bizonytalanságokra választ és megoldást kereső, egyedülálló, stigmatizációval és szeparációval szembenező egyén.

Az 1. ábra bemutatja a tematikus elemzés eredményeképpen készített tématerképet. A várandósság élménye három központi témához köthető, amelyek a változás, az identitás és az ambivalens érzelmek.

A magzattal való kapcsolatot a (negatív vagy semlegesnek kódolható) testi tüneteken kívül többnyire nem jellemezték mással, ha mégis pozitívként írták le, mint olyan élményt említették, amely nem megosztható a környezetükben élőkkal. Az indokok között egyéb olyan negatív életesemények (pl. anyagi problémák, bántalmazó kapcsolat) álltak, amelyek hatással voltak a várandósság mint élmény értelmezésére.

„Szerettem. Hát, amikor egyedül voltam, szerettem hozzá beszélni. Én magamban boldog voltam belül, azért merthogy nem mutattam ki, meg ilyesmi, de nagyon örültem neki, pláne hogy kislány, meg minden. Mindig simogattam, beszélgettem neki. Volt olyan, hogy ha elmentek otthonról, bekapcsoltam a zenét, rendszeren táncolt, mozgott a hasamban. Meg beszéltem (...) Áh, nehézkes, na. Ja. Szóval voltak boldog pillanatok is az mellett, hogy nagyon keservessé tette a [élettárs neve].” (V12_2010)



1. ábra. Tématerkép a várandósság élményéről.

Jelmagyarázat: nagybetű: fő téma, kisbetű: altéma, vonal: erős kapcsolat, szaggatott vonal: gyenge kapcsolat.

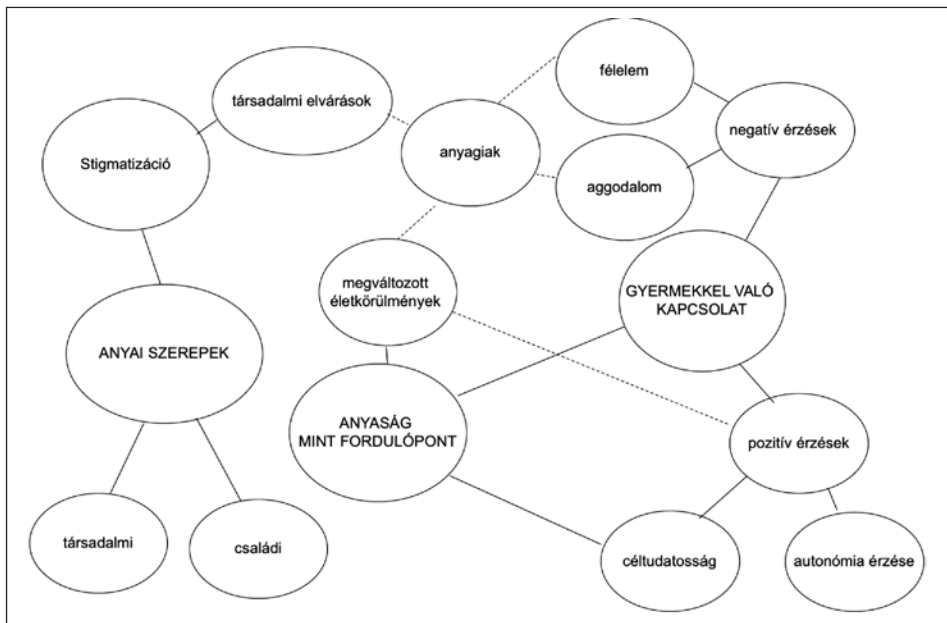
6.2. Anyaság

Az anyaság élménye a résztvevők számára a szerepmódok, a társadalmi elvárások, az anyagiak, a gyermekkel való kapcsolat és az anyaság mint fordulópont és változás jelentésrészekből álltak össze. A szerhasználat az anyaság jelentésstruktúrájában nem jelent meg a struktúra elemi részei között. A gyermekekkel való kapcsolat a legfontosabb ebben az időszakban, akikért bármit megtennének, akik erős negatív (pl. aggodalom) és pozitív (pl. céltudatosság) érzelmeket váltanak ki belőlük. A gyermekek igénye található az első helyen, még ha ez számukra lemondással, fájdalommal is jár.

A társadalom, a családtagok, a partner elvárásai, az egészségügyi-szociális ellátórendszer stigmatizációja is befolyásolta, hogy hogyan viszonyultak az anyasághoz, mintegy mintát adva arra, hogy hogyan „kellene” viselkedniük és jelezve feléjük, hogy ezeket a mércéket, értékeket úgysem tudják elérni.

„Hát hozzám nem jól viszonyulnak, mert, hogy én vagyok az anya, tőlem elvárják, hogy én stabil legyek, és igen is hogy, én miért nem álltam talpra, és hogy miért vagyok... Miért ment be az egész ház feljelenteni engem, mert összefogtak ellenem.” (V4_2010)

A szerhasználói norma szerint a gyermeknek az anya mellett van a legjobb helye (a többségi normával megegyezően), ezért bármire képesek, hogy „ne vegyék el tőlük”. Habár úgy gondolják, hogy a gyermekeik ismerete „anyai szakértői tudás”, mégis számos explicit és implicit tudásmegszerzésre vonatkozó kód utal a szerepmoделlek és minták jelentésstrukturáló szerepére: a saját anyával (vagy más elsődleges gondozóval) való azonosulás vagy az anyai minta teljes megtagadása, a fiatalabb testvérek felnevelésének tapasztalata, vagy más anyák megfigyelése a játszótéren, illetve az utcán. Ezek a megfigyelések lassan elmaradnak, mert úgy értelmezik az így szerzett élményeket, hogy ők nem felelnek meg az általános elvárásoknak, részben a múltjuk, a megélt stigmatizáció, részben a szűkös anyagi lehetőségeik miatt. Miközben az anyagi körülmények a korábbi élethelyzeteikhez képest stabilabbak a gyermektámogatási összegek miatt. Részben ezért is maradnak otthon három évig, amellett, hogy úgy vélik, hogy a „jó anya otthon marad a gyerekekkel”. A 2. ábra bemutatja a tematikus elemzés eredményeként kapott tématerképét.



2. ábra. Tématerkép az anyaság élményéről.

Jelmagyarázat: nagybetű: fő téma, kisbetű: altéma, vonal: erős kapcsolat, szaggatott vonal: gyenge kapcsolat.

7. Diszkusszió

Az adatok értelmezése és az elemzés rávilágított arra, hogy a várandósságot és az anyaságot a szerhasználóknál külön érdemes értelmezni, mert a szerhasználat mint faktor szerepe jelentősen különbözik. A várandósság alatt a magzattal való közvetlen kapcsolat a szerhasználatot az egyik fő komponenssé teszi a jelentésstruktúrában, míg az anyaság értelmezésében a szerhasználat lehet egy múltbeli esemény felépültek esetében, vagy egy olyan tényező, amelynek a résztvevők értelmezése szerint nincs közvetlen hatása az anyaságra.

A szerhasználó nőknél megfigyelt jellemző hiedelem a reprodukciós képességek elvesztése. Éppen ezért a várandósság egy olyan váratlan esemény a szerhasználók számára, amelyre semmilyen szempontból nincsenek felkészülve (Bonati és mtsai, 1990; Ettorre, 2004; Hjerkin, Lindbæk, & Rosvold, 2007). Ezért a várandósság fogalma is másképp konstruálódik: nagyobb hangsúly helyeződik arra, hogy az ellátórendszer milyen visszajelzéseket nyújt a reprodukivitására és a testére. A szerhasználó is egy állapotként, mintegy kívülről (Ettorre, 2004) tekint a belső folyamatokra és a várandósság értelmezését a test felől, és az életvitelét érintő gyakorlati kérdésekből vezeti le. A fogantatás egy olyan nem várt fordulat az életében, amely által visszaszerezheti az élete feletti kontrollt, az autonómiáját, akár a sorstárscsoporttól, partnertől való eltávolodással, ugyanakkor a társadalom (az egészségügyi ellátórendszeren keresztül) újra egy olyan szerepbe helyezi, amelyben medikalizálódik (szélsőséges esetben hospitalizálódik) (Young, 1984). A többségi társadalom szemében a szerhasználó nők elbuktak az összes hagyományos női szerepben: mint nők, anyák és feleségek (Malloch, 1999), és ezt a véleményt a szerhasználó nők a stigmatizáció formájában élik meg a várandósság jelentésébe integrálva.

Az „intenzív anyaság” (Hays, 1996) és az anyaság posztmodernizációjának (Gillespie, 2000) elemei megtalálhatók a szerhasználó várandós és kisgyermekes anyák adataiban a saját maguk által választott szerepmodellek (Brownstein-Evans, 2001) és a társadalom elvárásaiban megfogalmazva. Mindent fel akarnak áldozni a gyermekért, az a jó anya a szemükben, aki erre képes – ők a szerhasználat felhagyásának, csökkentésének formájában ezt valóban meg is élik. Az anyaság egy olyan fordulópontra, a változás olyan kiindulópontra, amely képessé teszi őket arra, hogy autonómmá váljanak. A gyermek válik a legfontosabbá az életükben, lesz valakiért „tenni, harcolni, leszokni”. Az anyaság újfajta autonómiájában, újfajta függés alakul ki immáron a gyermeküktől, akinek a fordulópontra köszönhetik, aki miatt rendeződnek anyagi és lakhatási körülményeik, akivel minden idejüket együtt töltik. A látszólagos anyagi biztonság azonban továbbra is a szegénység passzív áldozatává teszi őket, amitől továbbra is stigmatizáltak élik meg az anyaságot. Nem tehetik meg, hogy bármit megvegyenek a gyer-

meküknek, szükségük van a segítségre, függő viszonyban vannak a szolgáltatóktól, az adományoktól. A tapasztalatok alapján az („jó”) anyaság frusztrálóbb, fárasztóbb, izolálttá, depresszióssá tesz, összességében sokkal nehezebb, mint számítottak rá (Lupton, 2000). Nem reális elvárások alapján ítélték meg őket, amely ahhoz vezetett, hogy ők is elkezdtek hibáztatni magukat és egymást. Amikor figyelmet kaptak valamilyen külső személytől, azt nem önmagában és segítőknek, hanem intruzívnek, büntetőnek értékelték, amely erősítette a stigmatizált és diszkriminált élményüket (Banwell és Bammer, 2006). Ambivalencia és függőség jellemzi az anyaságot, ha ebben az új keretben a függőség valójában a társadalomtól, a jóléti rendszertől való függőséget jelenti is.

8. Konklúzió és módszertani kitekintés

Ez a dolgozat egy több éves kvalitatív kutatási módszerű megfigyeléses és interjú technikákon alapuló munka eredménye, amely során a szerhasználói populáció egy speciális csoportjának (és a saját magam, mint kutató és anya) várandóssághoz és anyasághoz való viszonyának, értelmezésének feltárására került sor. A kvalitatív esettanulmányok egyik legfontosabb előnye az, hogy általa megismerhetővé válik egy jelenség, amely egy speciális kontextushoz és populációhoz tartozik. Ennek elérése érdekében a kvalitatív kutatásokban részletes beszámolók olvashatók a személyekről és a környezetről (settingről), hogy az olvasó a megfelelő helyre tudja helyezni a vizsgálati eredményeket. Ugyanennyire fontos a vizsgálati, elemzési és interpretációs folyamat részletes ismertetése. Lényeges, hogy a vizsgálat vezetője megfelelően reflektív legyen a saját prekoncepcióit és élményeit illetően, amelyeken „átszűri” az értelmezéseket.

A vizsgálat során – a reflexivitásnak megfelelően – többször szükséges volt módosítani a vizsgálati terven. A mintáról kiderült, hogy a vártnál sokkal kevésbé homogén: a női szerhasználói minta heterogén a szerhasználat minősége és mennyisége, a szenvedélybetegség és felépülés közötti skálán való elhelyezkedés, a kulturális háttér, a gyermekekhez való viszony, és a verbális kifejezőkészség szempontjából (l. Kaló & Rác, 2010; Kaló és mtsai, 2011). Ezek a faktorok befolyásolták a várandóssághoz és az anyasághoz való viszonyt és azt arról való nyilatkozás képességeit, és nem utolsósorban a saját interpretálási lehetőségeimet. A különböző adatok és a minta heterogenitása szükségessé tette egy olyan módszer alkalmazását, amelyben az interpretáció lehetővé teszi a jelenség mezo- és makroelemzését, valamint az önreflexiót. Érdeemes volna folytatni a vizsgálat utánkövetéses jellegét: az anyák saját otthonukban való meglátogatása a gyermek születése után, és az anya-gyermek interakció közvetlen megfigyelése. Ugyanakkor a

vizsgálati eredmények szempontjából mérlegelendő egy ennyire intim (akár intruzívnek is értékelhető) adatgyűjtési módszer. A jelenlegi eredmények tükrében hasznos lenne az anyaotthont nem igénybevevő szerhasználó anyák élményének megismerése és interpretációja is.

Irodalom

- Baldacchino, A., Arbuckle, K., Petrie, D.J., & McCowan, C. (2015). Neurobehavioral consequences of chronic intrauterine opioid exposure in infants and preschool children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15. Doi:10.1186/s12888-015-0438-5
- Banwell, C., & Bammer, G. (2006). Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use. *International Journal of Drug Policy*, 17, 504–513.
- Bonati, M., Bortolus, R., Marchetti, F., Romero, M., & Tognoni, G. (1990). Drug use in pregnancy: an overview of epidemiological (drug utilization) studies. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 38, 325–328.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bromley, D.B. (1986). *The case study method in psychology and related disciplines*. Chichester: John Wiley
- Broom, D. & Stevens, A. (1991). Doubly deviant: Women using alcohol and other drugs. *International Journal of Drug Policy*, 2(4), 25–27.
- Brownstein-Evans, C. (2001). Negotiating the meaning of motherhood women in addiction and recovery. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 3(1), 161–171.
- Chavkin, W. (1990). Drug addiction and pregnancy: policy crossroads. *American Journal of Public Health*, 80(4), 483–487.
- Coles, C.D. (1993). Saying „goodbye” to the „crack baby.” *Neurotoxicology and Teratology*, 15, 5, 290–292.
- Crome, I. (2010). Substance Problems: Bridging the Gap between Infant and Adult. In Tyano, S., Keren, M., Herrman, H., Cox, J. & Crome, I. (Eds), *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (251–266). New Jersey: World Psychiatric Association. Wiley-Blackwell
- Csorba, J., Pataki, Z., & Péterfi, A. (2010). Terhesség és droghasználat – budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata. (Előadás) Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása konferencia. Budapest, 2010. március 26.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000). *Problems facing women drug users and their children*. Lisbon: EMCDDA. Letöltve: 2018. 10. 18-án: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/105/sel00_3en_69434.pdf
- Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: Gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15, 327–335.
- Fassinger, R.E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 156–166.
- Gillespie, R. (2000). The post-modernisation of motherhood. In Sherr, L. & St Lawrence, J.S. (Eds.), *Women, health and the mind* (213–228). Chichester: John Wiley and Sons.
- Gyarmathy, V.A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., & Wiessing, L. (2009). Drug use and pregnancy – challenges for public health. *Eurosurveillance*, 14(9), 1–4.

- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press
- Hjerkin, B., Lindbæk, M., & Rosvold, E.O. (2007). Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health*, 7, 322. Doi: 10.1186/1471-2458-7-322
- Holstein, J. A. & Gurbrium, J. F. (2012). Az aktív interjúkészítés. In P. Bodor (Szerk.), *Szavak, képek, jelentés. Kvalitatív kutatási olvasókönyv* (117–139). Budapest: L'Harmattan
- Kaló, Zs., Mándi, B., Sógorka, I., & Rácz, J. (2011). Budapesti droghasználó várandós nők ellátásának kvalitatív vizsgálata 2009-ben. In Kaló, Zs. & Oberth, J. (Szerk.), *Gyermekvállalás és droghasználat* (53–74). Budapest: MEJOK Alapítvány, Józan Babák Klub
- Kaló, Zs. & Rácz, J. (2010). *Budapesti droghasználó várandós nők kvalitatív vizsgálata*. Kutatási beszámoló. KAB-KT-M-08-001. Kézirat.
- Kitzinger, C. (2004). Feminist approaches. In C. Seale, G. Gobo, F.J. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative Research Practice* (125–141). London: SAGE
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2011). *Gyermekvállalás és gyermeknevelés*. Letöltve: 2011. 08. 15-én: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemekvallalasneveles.pdf>
- Lupton, D. (2000). 'A love/hate relationship': The ideals and experiences of first-time mothers. *Journal of Sociology*, 36(1), 50–63.
- Malloch, M. (1999). Drug use, prison and the social construction of femininity. *Women's Studies International Forum*, 22, 349–358.
- Márványkövi, F., Melles, K., Légmán, A., & Rácz, J. (2008). A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten. *Addiktológia*, 7(3–4), 205–233.
- Messinger, D.S., Bauer, C.R., Das, A., Seifer, R., Lester, B.M., Lagasse, et al. (2004). The Maternal Lifestyle Study: Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics*, 113(6) 1677–1685.
- Moore, D., & Frazer, S. (2006). Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science and Medicine*, 62, 3035–3047.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2011). 2010-es éves jelentés az EMCDDA számára. Magyarország: Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Budapest: Reitox. Letöltve: 2011. 03. 12-én: http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nr_10_hu.pdf
- Open Society Foundations (2018). *Expecting better. Improving health and Rights for pregnant women who use drugs*. New York: Open Society Foundations. Letöltve: 2018. 10. 18-án: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/expecting-better-improving-health-and-rights-for-pregnant-women-who-use-drugs-20181016.pdf>
- Paksi, B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Ponterotto, J.G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126–136.
- Rácz, J. (2006). *Kvalitatív drogtudatások*. Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Rigó, J. (2009). A drogfogyasztó várandós nők terhesgondozása. In: J. Rigó, J. Oberth, & Sógorka, I. (Szerk.), *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása* (9–20). Budapest: MEJOK
- Schuler, M.E., Black, M.M. Starr, R.H. (1995). Determinants of mother–infant interaction: Effects of prenatal drug exposure, social support, and infant temperament. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(4), 397–405.

- Sheard, L., & Tompkins, C. (2008). Contradictions and misperceptions: An exploration of injecting practice, cleanliness, risk, and partnership in the lives of women drug users. *Qualitative Health Research, 18*(11), 1536–1547.
- Terplan, M., Ramanadhan, S., Locke, A., Longinaker, N., & Lui, S. (2015). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *The Cochrane database of systematic reviews, 4*, CD006037. Doi:10.1002/14651858.CD006037.pub3
- World Health Organization (WHO) (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva: WHO Press
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. London: Open University Press
- Young, I.M. (1984). Pregnant embodiment. *Journal of Medicine and Philosophy, 9*(1), 45–62.

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm a résztvevők bizalmát és a kollégáknak az adatgyűjtésben nyújtott segítséget. A 2009-es adatgyűjtést és -elemzést a Szociális és Munkaügyi Minisztérium KAB-KT-M-08-001 pályázata támogatta. A 2010-es adatgyűjtés és -elemzést a MEJOK Alapítvány támogatta. 2010. decemberig a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézet tudományos segédmunkatársaként végeztem a vizsgálatot.

Nyilatkozat érdekütközésről

A szerző ezúton kijelenti, hogy esetében nem áll fenn érdekütközés.

Meaning of motherhood for pregnant women and young mothers who are using drugs

KALÓ, ZSUZSA

Background: The topic of pregnant women and young mothers who are using drugs is overly stigmatized in the public and professional discourse. The topic is rarely researched, however the studies about the possible solutions, protocols are agreeing that for understanding this topic a complex and biopsychosocial approach is needed. It is also a consensus that in modern societies some kind of substance use during pregnancy is foreseen. *Aim:* The aim of this qualitative case study is to explore the meanings of motherhood for pregnant women and young mothers who are using drugs in Hungary. *Methodology:* This idiographic case study is designed in a feminist-phenomenological paradigm, the focus is on the respondents' meanings and experiences as women. The respondents were clients of a harm reduction service for pregnant women who are using drugs. The respondents ($n = 34$, mean age: 29 years, range: 18–43 years) were using drugs or were being in opioid substitution therapy. The study was conducted between 2009 and

2014 using different qualitative methods (triangulation): 1) participatory observations at the harm reduction service and at rehabilitation homes for mothers who use drugs, 2) semi-structured interview with pregnant women who are using drugs, 3) deep, longitudinal interviews with 2 mothers at rehabilitation homes for mothers who use drugs. The data analysis was based on thematic analysis (TA). *Results:* The main themes found: the relationship with the foetus/baby, financial insecurity, the changes of the identity, relationship with the services; in the motherhood: role models, patterns, the motherhood as turning point. *Conclusions:* The motherhood for women who are using drugs was a turning point to change and to become autonomous. The child becomes the most important issue in their life and in the new autonomy of motherhood a new dependency is developing. This dependence is the child for whom the mother is thankful and willing to change and recover and to spend all their time with. Ambivalence and dependence is expressed in the meaning of motherhood for pregnant women and young mothers who are using drugs.

Keywords: pregnancy, substance abuse, women, qualitative research, thematic analysis (TA)