

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar
Pszichológia MA, 2. évfolyam

**Szülésélmény vizsgálata –
módosult tudatállapot a szülés közben**

Birth experience through the altered state of consciousness

Név: Eőry Fanni

Témavezető neve: Balázs Ákos

Külsős témavezető neve: dr. Varga Katalin

Tartalom

Bevezetés.....	1
1. Elméleti áttekintés.....	2
1.1. A szülés társadalmi-kulturális és tudománytörténeti kontextusban.....	2
1.2. Szülésmodellek és szüléskultúrák.....	3
1.3. A szülés biológiája.....	7
1.4. A szülés szubjektív élménye a módosult-tudatállapot felől vizsgálva.....	10
2. A kutatás célkitűzései.....	14
3. Módszer.....	14
3.1. Minta – esetkiválasztás és toborzás	14
3.2. Etikai megfontolások.....	14
3.3. Mérőeszközök.....	15
4. Eredmények	16
4.1. Leíró statisztikák.....	16
4.2. A hipotézisek tesztelése	23
5. Összefoglalás és következtetések.....	29
5.1. Az eredmények értékelése	29
5.2. Limitációk és továbbfejlesztési lehetőségek.....	30
Irodalomjegyzék.....	32
Mellékletek.....	37
1. Szülés körülményeire vonatkozó kérdőív	37
2. A Tudat Fenomenológiája Kérdőív – (PCI) (Szabó, 1989).....	40

Táblajegyzék

1. táblázat: Szülésmodellek és szüléskultúrák (saját szerk.)	4
2. táblázat: A módosult tudatállapot jellemzői (<i>Forrás: Varga & Héjja-Nagy, 2017</i>)	11
3. táblázat: PCI kérdőív által mért jelenségek (saját szerk.)	16
4. táblázat: A szülés módjai (saját szerk.).....	17
5. táblázat: A szülés helyszíne (saját szerk.).....	18
6. táblázat: Beavatkozás jellege a szülés során (saját szerk.).....	20
7. táblázat: Kitolási pozíció (saját szerk.).....	21
8. táblázat: PCI adatok átlagos megoszlása a mintán (saját szerk.)	21
9. táblázat: Beavatkozások hatása a tudatállapot-módosulásra (saját szerk.).....	23
10. táblázat: Szülésmegindítás (saját szerk.)	25
11. táblázat: Szülésgyorsítás (saját szerk.)	25
12. táblázat: Gátmetszés (saját szerk.).....	26
13. táblázat: MTÁ a szülés helyszínétől függően (saját szerk.)	27
14. táblázat: Előzetes hozzáállás és az MTÁ pozitív érzelmi dimenziói (saját szerk.).....	27
15. táblázat: Előzetes hozzáállás és az MTÁ negatív érzelmi dimenziói (saját szerk.)	28
16. táblázat: Császármetszés vajúdással és vajúdás nélkül (saját szerk.).....	28

Ábrajegyzék

1. ábra: Az édesanyák életkorának megoszlása (saját szerk.)	17
2. ábra: A szülés módjának megoszlása (saját szerk.)	17
3. ábra: A szülés helyszíne* (saját szerk.)	18
4. ábra: A szülés menete (saját szerk.).....	19
5. ábra: Segítők a szülés során (saját szerk.)	19
6. ábra: A beavatkozások jellege a szülés során (saját szerk.)	20
7. ábra: Kitolási pozíció és annak megválasztási lehetősége (saját szerk.).....	21

Bevezetés

A szülés-születés témaköre rendkívül összetett, tudományos eszközökkel nehezen vizsgálható jelenség. Ennek hátterében az élmény szubjektivitása áll, ugyanis az egyetemes fiziológia ellenére a szülés élménye rendkívül bonyolult pszichés és neurohormonális interakciók mentén zajlik, mely minden esetben egyedi élménymintázatot eredményez (Olza és mtsai, 2020). Nehezíti továbbá a vizsgálódást a szülés ösztönös, preverbális jellege (a hipofrontalitás és a limbikus rendszer előtérbe kerülése miatt) (Varga & Bálint, 2022), mely által a szülés során tapasztalt én-érzetek, én-állapotok nehezen válnak verbalizálhatóvá (Cyna és mtsai, 2004; Molnár és Frigyes, 2012), így a szülés során a szülésélmény utólagos hozzáférhetősége limitált. A preverbális jelleget fokozza a szülés közben zajló tudatállapot-módosulás is, mely szintén egy egyedi, nehezen elbeszélhető fenomenológiát társít a szülésélményhez (Olza és mtsai, 2018).

Az egyéni megélést a szülést övező társadalmi és kulturális elvárások, hiedelmek, szokásrendszerek árnyalják, melyek folyamatosan formálják és közvetítik a „jó szülés” kritériumait (Kisdi, 2011; Kisdi, 2013). A szülés-születés kulturális értelmezései közvetlen formában tetten érhetők a szülészeti ellátás szokásaiban és gyakorlataiban, a szülésről szóló diskurzusokban, ezáltal pedig közvetett módon a szubjektív szülésélményt is nagymértékben befolyásolják. A szülés, mint társadalmi-kulturális konstrukció ugyanakkor nemcsak a szülés eseményéről alkot meghatározást, hanem magában foglalja a testről, a betegségekről, a nemi szerepekről alkotott narratívákat is (Székely, 2018), melyek szintén fontos formáló elemei a szülésélmény egyéni interpretációjának.

A szülés-születés rendkívül összetett jelenség mind biológiai, mind kulturális értelemben. Olyan életesemény, amely szubjektív módon megélt és értelmezett biológiai és pszichológiai folyamatokat foglal magában, melyet különböző társadalmi, kulturális és politikai körülmények is befolyásolnak (Jankó-Badó, 2022) és mint ilyen, számtalan egyedi narratívája lehet. Ahhoz, hogy ezeket az egyéni megéléseket vizsgálni tudjuk, a fenomenológia módszerével érdemes megközelíteni, ugyanis a szubjektív élmény az itt-és-most tapasztalás interpretálatlan feltérképezésével érthető meg leginkább (Székely, 2018). Mindemelllett a szülésélmény – összetett jellegéből fakadóan – nem vizsgálható önmagában, hanem tágabban kell értelmezni – abban a kulturális és társadalmi kontextusban, amelyben konstruálódik és folytonosan formálódik.

A dolgozat először bio-pszicho-szociális megközelítéssel értelmezi a szülést, mint kulturális konstrukciót, így vizsgálva a környezetet, amelyben a szülés körülményei létrejönnek. Mindezt

a davis-floydi szülésmodellek (Davis-Floyd, 1992) és a szüléskultúra-elmélet (Kisdi, 2012) mentén teszi, melyek a különböző szülészeti gyakorlatok szemléletmódjait tudománytörténeti kontextusban elemzik. A szülést alakító külső tényezők feltérképezése után a dolgozat az egyéni szintre tér át, melyet a szülés biológiájának leírásával kezd, nevezetesen a fiziológiai és neurohormonális folyamatok ismertetésével. Ezt követően a szülés pszichológiai aspektusát, azaz a szubjektív élményt a módosult tudatállapot (MTÁ) jegyei mentén tekinti át.

A dolgozat a szubjektív szülésélményt tehát specifikusan a tudatállapot-módosulás felől vizsgálja. Ennek oka, hogy (1) a módosult tudatállapot a pozitív szülésélmény egy fontos összetevője, bizonyos értelemben előfeltétele lehet, (2) egy olyan jelenségről van szó, amelyet bár sok szakirodalom már szinte evidenciaként kezel, mégis keveset kutatott téma, (3) a tudatállapot-módosulás jelenségének figyelembevétele és tudatos alkalmazása a szülésben jól rezonál a holisztikus szüléskultúra szemléletével, amely egyre népszerűbb a hazai szülést övező diskurzusokban.

A szülés közbeni tudatállapot-módosulás és az ezzel járó szubjektív élmény vizsgálata tehát gyakorlati hozzáadott értékkel rendelkezik, és olyan aktuális kutatási téma, amely tudományos szempontokat adhat a jelenlegi „szülésreformáló” folyamatoknak is.

1. Elméleti áttekintés

1.1. A szülés társadalmi-kulturális és tudománytörténeti kontextusban

A szülésről-születésről alkotott tudományos és hétköznapi diskurzust jelenleg a természetes, háborítatlan szülés és a medikalizált, orvosilag felügyelt szülés közötti polarizált vita uralja. Az egységes álláspont hiánya a szakmában és a közgondolkodásban is erősen dichotomikus gondolkodást eredményez a „jó szülés” kritériumairól. Ennek hátterében a szülés-születés komplexitása áll, ugyanis az emberi reprodukció nem csupán biológiai törvényszerűségeken alapszik, hanem jelentősen befolyásolt a környezet által is (Kisdi, 2013; Székely, 2018). A környezetből érkező információk a szocializációs folyamat révén erősen formálják a szülés-születésről való gondolkodásunkat, melyek ugyanakkor sokszor ellentétes értékeket, szemléletmódokat közvetítenek. Amíg a hagyományos társadalmakban rendszerint egy egységes normarendszer vonatkozott a szülés-születés kérdéseire, addig a mai modern társadalmakban a szülésről és magáról a reprodukcióról való gondolkodás sokkal differenciáltabb, ugyanis számtalan tudományos ismeret, különböző szemlélet és ezekből alakult mozgalom formálja, saját képére formálja egyedi értékrendje mentén (Kisdi, 2012). Ahhoz, hogy megértsük a mai, szülés-születésről alkotott különböző vélekedések szemléletét,

érdeemes a szülést tudománytörténeti kontextusban vizsgálni, melyhez az úgynevezett szülésmodellek (Davis-Floyd, 1992) és szüléskultúra-elméletek (Kisdi, 2012) adnak értelmezési keretet.

1.2. Szülésmodellek és szüléskultúrák

1.2.1. Szülésmodellek

A szülésmodell-elméletet Robbie Davis-Floyd antropológus alkotta meg a szülészeti ellátás formáinak rendszerszintű elemzéséhez (1992). Az elméletben David-Floyd eredetileg két szülésmodellt különböztetett meg: a technokrata és a holisztikus modellt, melyet később kiegészített egy harmadik, humanista szülésmodellel is (Davis-Floyd, 2001).

A technokrata szülésmodell a szülés-születés medikális szemléletben való elgondolását tükrözi, amely a szülészeti ellátásban a kórházi környezetben történő, orvosi felügyelet alatt zajló szülési gyakorlatban valósul meg. Ennél a modellnél gyakori a beavatkozások rendszeres, szinte rutinszerű használata (Davis-Floyd, 1992; Kisdi, 2012; Kisdi, 2013). Ezt a jelenséget nevezi Davis-Floyd „technokrata kényszernek”, mely szerint, *„ha segítségül hívható valamiben a technika, akkor segítségül is kell hívni”* (Kisdi, 2011, 38. oldal).

Ezzel szemben a holisztikus szülésmodell lényege a háborítatlanság, tehát a szülés maga tempójában való kísérése. A holisztikus szemlélet alapelve, hogy a nő képes saját ritmusában, saját erejével, saját ösztöneit követve szülni, melyhez nem szükséges külső, mesterség beavatkozás (Davis-Floyd, 1992).

A humanista szülésmodell a két szélsőséges szemléletmód között helyezkedik el, ezáltal a holisztikus és a technokrata szemléletmód egyfajta szintézisének feleltethető meg (Davis-Floyd, 2001; Kisdi, 2012; Kisdi, 2013).

1.2.2. Szüléskultúrák

A davis-floydi modellt tudománytörténeti kontextusba helyezve Kisdi Barbara megalkotta a szüléskultúra-elméletet (2012), mely premodern, modern és posztmodern szüléskultúrát azonosít. A premodern szüléskultúra a davis-floydi elgondolásban a holisztikus szülésmodellnek felel meg, a modern szüléskultúra a technokrata szülésmodell szemléletét tükrözi, a posztmodern szüléskultúra pedig a holisztikus és a humanista szülésmodell jegyeinek ötvözetét foglalja magában *(lásd bővebben: 1. táblázat)*. A szüléskultúrák – csakúgy, mint a szülésmodellek – a szülés-születésről vallott elvi és gyakorlati háttér mentén kerülnek definiálásra (Kisdi 2012). Ugyanakkor a szüléskultúrák egyfajta időbeliség mentén is

szétválaszthatóak, mivel az elmélet magában foglalja és reflektál azokra a társadalmi, kulturális és tudományos folyamatokra is, melyek mentén az egyes szemléletmódok kibontakoztak.

1. táblázat: Szülésmodellek és szüléskultúrák (saját szerk.)

Davis-Floyd szülésmodell-elmélete	Kisdi Barbara szüléskultúra-elmélete	Alapelvek
Holisztikus szülésmodell	Premodern szüléskultúra	Természetes szülés
Technokrata szülésmodell	Modern szüléskultúra	Medikalizált szülés
Holisztikus szülésmodell Humanista szülésmodell	Posztmodern szüléskultúra	Természetes szülés, amely megvalósulhat medikalizált környezetben is

Az alábbi fejezet ezen szüléskultúrák szemléletmódját és az őket alakító társadalmi, kulturális és tudományos folyamatokat mutatja be.

1.2.2.1. Premodern szüléskultúra

A premodern szüléskultúra főként a davis-floydi modell holisztikusnak nevezett jegyeit hordozza magában. Egyrészt, a perinatális időszak történéseire egy egészséges folyamatként tekint, nem szétválasztva egymástól a várandósság, a szülés és a gyermekágy időszakát. Másrészt a premodern szemlélet a szülés-születésben megjelenő dualizmusokat is szétválaszthatatlan egységként kezeli, (pl. test és a lélek, anya-anyaméh, anya-magzat, anya-újszülött). A premodern szüléskultúra fontos alapvetése továbbá, hogy a szülésre közösségi jelentőségű eseményként tekint, ily módon a szülés társadalmi ellenőrzése is a közösségen belül, informális módon zajlik. Jelentős szerepe van a szülés körülményeinek alakításában a közösségi, családi hagyományoknak, ugyanis ezek határozzák meg azt az egységes normarendszert, mely tartalmazza a szülés-születésről alkotott szabályokat (Kisdi, 2012). A szülés a premodern szüléskultúrákban „női ügyként” interpretálódik (Székely, 2018), ezáltal a szülés felügyelete kizárólag nők által történik (bába, női rokonok), akik tapasztalati tudásukkal segítik a folyamatot, egyfajta kollektív női tudással kísérve a szülést (Kisdi, 2012).

1.2.2.2. Modern szüléskultúra

A modern szüléskultúra a premodern, holisztikus szemlélettől több pontban is eltér, így a davis-floydi holisztikus-technokrata ellentétpár a premodern és modern szüléskultúra által képviselt szellemiségben is fellelhető. A két szüléskultúra közti átmenet a medikalizáció folyamata révén érthető meg leginkább. A medikalizáció alatt azt a folyamatot értjük, amelyben az orvostudomány kiterjesztette hatáskörét azokra a területekre is, melyeket korábban nem az egészségügy alá tartoztak (Székely, 2018). A medikalizáció az emberi reprodukció eseményeit is érintette, ezáltal a szülés eseménye bekerült az orvosi intézményrendszer ellenőrzése alá. Az

eddig szociális eseményként értelmezett szülés tehát a modern társadalmakban az informális, közösségi ellenőrzés alól kikerült, és ezentúl orvosi eseményként interpretálódott, és mint ilyen, formális, intézményes ellenőrzés alatt folytatódott tovább (Kisdi, 2012).

A szülés-születés orvosi eseményként való értelmezése alapján véve rendezte át a szülésről való eddigi gondolkodást, valamint a szülésnél jelenlévők szerepét és viszonyrendszerét. A szülés, mint orvosi esemény azt sugallja, hogy a szülő nő, mint beteg van jelen, akit ezáltal megfoszt kompetencia- és kontrollérzésétől és ez a passzív betegszerep egy alárendelt pozíciót ír elő számára (Kisdi, 2012; Székely, 2018). A kontroll az orvos kezében összpontosul, aki vezeti a szülést – ily módon a technokrata szülés esetében a siker az orvos szaktudásának tudható be. Ez a hierarchikus viszonyrendszer a szülési testhelyzetben is megjelenik: a horizontális („kőmetsző”, tehát hanyatt fekvő, lábakat kengyelben rögzítő) elhelyezkedés a férfi és nő, az orvos és a páciens hierarchiáját fejezi ki (Bourdieu 2000; Hadas 2010; Kitzinger 2008; Kisdi 2012; Varró 2015; idézi: Székely, 2018).

A szülés-születés orvosi ügyként való számontartása a 20. század óta meghatározó a modern társadalmakban, a jelenség ugyanakkor nem csak a medikalizáció jelenségével magyarázható. A szemléletmód fenntartásában jelentős szerepe van a kartéziánus emberkép és a dualista testfelfogásnak is. Ez a szemlélet egy olyan materialista világképet közvetít, amely szétválasztja a testet és az elmét, és a lélekkel szemben az anyagot tekinti elsődlegesnek (Kisdi, 2012). A testi működéseket mechanikusnak, kontrollálhatónak, sőt kontrollálni valónak tartja (Davis-Floyd 1992; Kitzinger 2008; Kisdi 2012, 2013a; idézi: Székely, 2018), melynek az alapvető eszközei a szülés során alkalmazott mesterséges beavatkozások. Ezek a beavatkozások olyannyira a technokrata szülésmodell részei, hogy sok esetben rutinszerűen alkalmazzák őket, szinte preventív jelleggel (további oka a korábban említett „technokrata kényszer”).

A technokrata szemléletet erősítik a bioetika tradicionális alapelvei is, nevezetesen az orvos ártalomcsökkentő szerepe. Eszerint *„az orvosnak végső soron mindig is az a feladata, hogy beavatkozzon, ha baj van. A nem-beavatkozás (a vajúdas esetében pl. türelmes várakozás) orvosi szempontból nagyobb hibának számít, mint egy elsietett vagy biztonsági célokat szolgáló beavatkozás”* (Pikó 2005; Kitzinger 2008, idézi: Székely, 2018, 12. oldal). A technokrata modell a fájdalom kérdését is így kezeli: amíg a holisztikus szülésmodell a fájdalmat a szülés folyamatában adaptívnek tartja, a technokrata modell célja a fájdalom mérséklése, sok esetben teljes megszüntetése (Kisdi, 2012).

A test-elme szétválasztásán túl a modern szüléskultúra az anya-magzat szükségleteit külön kezeli, és a magzati egészséget tartja elsődlegesnek, sokszor akár az anya pszichés

szükségeinek háttérbe szorítása révén. Ezen felül a perinatális időszak eseményeit is szétválasztja, melyekhez rendszerint külön szakemberek felügyeletét rendeli, ellentétben a holisztikus “végigkísérő” felfogással.

A technokrata, modern szüléskultúrát a kórházi protokoll szabályszerű követése jellemzi, amely nemcsak a szülés alatti rutinszerű beavatkozásokban, hanem az erősen ritualizált, preventív eljárásokban is megmutatkozik. Míg a szülést megelőző rítusok a holisztikus modellben főként pszichés jellegűek, és a szülő nőt és családját készítik fel a szülésre, a modern szüléskultúrában a preventív eljárások célja ismét a testi folyamatok feletti kontroll gyakorlásában mutatkoznak meg. Ilyen preventív eljárás például a beöntés, a borotválás, a méhszájtágítás vagy a gátmetszés (Kisdi, 2012). A kórházi protokollra jellemző továbbá a teljesítményorientáció: a technokrata modell időkeretek közé vonja a szülést (pl. szülés gyorsítással), valamint standardizált mércéket állít a szülő nő elé (ennyi idő alatt *kell* tágulni, stb.), mely szintén a kontroll érzetét kívánja biztosítani az orvos részére. Ugyanakkor egy ilyen egységesített, teljesítményorientált kórházi protokoll mellett nincs helye az egyéni bánásmódnak és a szubjektív igényeknek. A személytelen ellátás következtében rendszerint megjelenik a szülő nők élményében a magára hagyatottság érzése (Hall és mtsai, 2018; Székely, 2018).

A technokrata modell elidegenítő bánásmódja eredményezte ezen szülésmodell kritikáinak fellángolását, és indította el a demedikalizáló törekvéseket a szülészeti ellátás rehumanizációja érdekében. Ennek eredményeképp jelent meg a posztmodern szüléskultúra (Kisdi, 2012).

1.2.2.3. Posztmodern szüléskultúra

A posztmodern szüléskultúra valamelyest visszatér a holisztikus megközelítéshez, ugyanis a nők szubjektív élményét helyezi a középpontba. A szülő nő szempontjait egészen szemből, ezáltal szakít a dualista test-elme felfogással, és egyenlő hangsúllyal kezdi kezelni a szülés-születés biológiai és pszichés aspektusait is (Kisdi, 2012). A posztmodern szüléskultúra az úgynevezett embodiment paradigmára épít, mely szerint *„a test párhuzamosan van jelen a maga tárgyi valójában környezetében, tart kapcsolatot a körülötte lévő világgal, észleli és értelmezi azt egyfajta dinamikus kölcsönhatásban”* (Szél, 2021, 106. oldal). Az embodiment tehát egy olyan holisztikus elemzési keretet kínál a szülés-születés jelenségeinek megértéséhez, melyben a biológiai, a pszichés és a szociális aspektusok kölcsönhatásai egyszerre értelmezhetők. Ezek a kölcsönhatások a szülő nő szubjektív élményében összpontosulnak és alkotnak egy egyedi narratívát.

A posztmodern szüléskultúra sok elemében követi a premodern szüléskultúra szemléletmódját: (1) szétválaszthatatlannak tartja a perinatális időszak történéseit és a szülés-születés elemeit

(Kisdi, 2012); (2) szintén a „természetes szülés hipotézisére” (Bálint, 1991) épít, miszerint minden nő tudat alatt rendelkezik a természetes szülés kódjával; (3) valamint szintén a beavatkozásmentes, természetes szülést támogatja. Ugyanakkor számos dologban meg is haladja a premodern felfogást, hiszen például egy sokkal aktívabb szereppel ruházza fel a szülő nőt: amíg a premodern szüléskultúra szerint a „beavatott nők” kollektív tudásában rejlik a szülés sikerének kulcsa, a posztmodern szüléskultúra a szülő nőt tartja saját születe „mindentudójának”. Nagy hangsúlyt helyez ezáltal a nők tudatos felkészülésére, amely szemlélete szerint megerősíti és aktiválja az ösztönös női tudást. A szülő nő tudatossága mellett az individuális döntési képességet is igen fontosnak tartja, mely megjelenik például a cselekvési és mozgási szabadság biztosításában (pl. vajúrási és kitolási póz megválasztása). A támogatók szerepére is másként tekint: amíg a premodern és modern szüléskultúrák a segítők szerepét a szülés *irányításában és vezetésében* látták, a posztmodern szüléskultúra a segítők szerepét a szülés *kísérésében*, és a szülő nő pszichés *támogatásában* látja elsősorban (Kisdi, 2012; Székely, 2018).

A posztmodern szüléskultúra elvei alapján a szülés-születés folyamatába azért nem javasolt beavatkozni, mert így tudnak megvalósulni azok a testi és lelki folyamatok, melyek segítik a szülés optimális lefolyását. A nem-beavatkozás lehetővé teszi a szülő nő befelé figyelését és saját testi-lelki állapotaira való összpontosítását, mely által képes hozzáférni és mobilizálni a szüléssel kapcsolatos ösztönös tudását. Mindemellett ebben a zavartalan állapotban tudnak létrejönni azok a szülés-születést támogató testi-lelki változások is, melyek természetes segítői a szülés eseményének: ezek a neurohormonális változások és az ezek következtében végbemenő tudatállapot-módosulás (Varga & Héjja-Nagy, 2017). A következő fejezetben ezen folyamatokat vizsgálja a dolgozat, kezdve a szülés biológiájával, hormonális változásaival, majd folytatva a tudatállapot-módosulással.

1.3. A szülés biológiája

1.3.1. A szülés fiziológiája

A szülés biológiai szempontból önkéntelen, genetikai programmal szabályozott folyamat, mely neuroendokrin, vagyis biokémiai szabályozás alatt áll. A szülés megindulásáért az oxitocin hormon felel (az oxitocin hatását későbbiekben tárgyalja a dolgozat). A szülés fiziológiája alapján szakaszokra bontható. A tárgulási szakasz a látens szakasszal kezdődik (ez a méhszáj 3 cm-es tárgulásáig tart), mely alatt rendszertelenül jelentkeznek a kontrakciók. Ezt követi az egyre erősebb és sűrűbb intenzitású méhösszehúzódnásokkal járó aktív szakasz. Az aktív szakasz végére a méhszáj teljesen eltűnik (10-11 cm-re nyílik), spontán módon legtöbb esetben ekkor

reped meg a magzatburok is. A kontrakciók hatására a magzat eközben előrehalad az anyaméhből a medencébe. A kitolási szakaszban az erőteljes kontrakciók és a reflexes, valamint akaratlagos hasprés hatására a magzat a méhből elindul a medence üregén át, majd a szülőcsatornán áthaladva megszületik (Kovács, 2022).

1.3.2. A szülés hormonális változásai

A szülés élettani folyamataiban a hormonális változásoknak van a legnagyobb szerepe, ezen belül négy fő hormonális rendszer szerepét emelhetjük ki, jelen fejezet ezeknek a működését tárgyalja.

Az oxitocin-rendszer

Az oxitocinnak, vagy más néven szeretethormonnak (Odent, 2003) jelentős szerepe van a reprodukció számos folyamatában: oxitocin termelődik például szex közben és orgazmus alatt, az anyai gondoskodó tevékenységek során, mint például a szoptatás alatt, mindemellett a kötődés kialakulásában is hatással van (Buckley, 2010, idézi: Varga & Héjja-Nagy, 2017). A szülés-születés folyamatában is kitüntetett szerepe van: az oxitocin felelős például a szülés beindulásáért. A hypothalamusban pulzálva termelődik, majd az agyalapi mirigy hátsó lebenyéből a véráramba jutva megindítja a méhösszehúzódásokat (Leng és mtsai, 2015; idézi: Varga & Bálint, 2022).

Az oxitocin termelődés centrálisan és perifériásan is történik: az oxitocin centrális működésében neurotranszmitterként, neuromodulátorként működik, tehát az agyon belül fejt ki hatását, a pulzatilis termelődés hatására pedig eljut a perifériás keringésbe, ahol a reprodukcióval kapcsolatos simaizom-aktivitás szabályozását végzi, azaz a méhizomzat összehúzódásáért felel (Varga, 2011). A méhösszehúzódások okozta fájdalmat és fizikai megterhelést a pulzatilis (tehát nem folyamatos) termelés „szünetekkel tarkítja”, mely a testi kifáradás enyhítésének kedvez, hiszen két kontrakció között a test valamennyire megpihenhet (Varga, 2011; Varga & Héjja-Nagy, 2017; Varga & Bálint, 2022). Míg tehát a perifériás oxitocin jelenlétének mintázata ritmikusan változik a szülés során, a centrális oxitocin hatása ezzel ellentétben akár fél óra is lehet, így biztosítva egyfajta folytonos, stabil pszicho-emotív háttérrel a szülés alatt (Varga, 2009). Az oxitocin biztosította pszicho-emotív hatás például a stressz- és szorongáscsökkentés, a fájdalomcsillapítás, a sebgyógyító hatás, valamint a társas folyamatok szabályozása (pl. társas bizalom növelése, anya-újszülött kötődésének kialakulása). Megemlítendő emellett az oxitocin amnesztikus hatása, mely eksztatikus állapotot előidézve egyfajta felejtést eredményez a szülési fájdalmakat illetően (Varga, 2009). Az amnesztikus

hatást a megszületés pillanatában lévő nagymértékű oxitocin-felszabadulás okozza. Éppen ezért, ha a centrális oxitocin alacsony a születés pillanatában, akkor az amnesztikus hatás elmaradhat, a szülési fájdalmak aktív megélésének emléke pedig szülési traumához vezethet (Varga & Bálint, 2022). Alacsony oxitocin-szintet okozhatnak például a mesterséges beavatkozások (pl. epidurális érzéstelenítés vagy a császármetszés) melyek csökkentik, sok esetben gátolják az oxitocin-felszabadulást. A természetes oxitocin-folyamatokba való beavatkozás gyakori formája még a szintetikus oxitocin adagolása, mely a méh oxitocin receptorainak deszenzitizációjához vezet (Varga & Bálint, 2022), valamint mivel csak perifériás hatást vált ki, ennek eredményeképpen nem tudnak kellőképpen érvényesülni a korábban említett centrális, pszichoemotív hatások a szülés támogatásában. (Varga, 2011; Varga & Héjja-Nagy, 2017).

Az oxitocin-rendszer természetes működése tehát hatékonyan kíséri a szülés-születés folyamatát, ezek a pszichoeffektív hatások pedig nem helyettesíthetők a perifériás hatású, szintetikus oxitocinnal (Varga, 2011). Érdeemes arra törekedni, hogy a természetes, centrális hatások juthassanak érvényre a szülés folyamatában, melyet leginkább a háborítatlan szüléskísérés tesz lehetővé (Varga, 2009; Varga & Héjja-Nagy, 2017; Varga & Bálint, 2022).

Béta-endorfinok

A béta-endorfinokat a szervezet opiát hormonjainak szokták nevezni, egyrészt fájdalomcsillapító hatásuk miatt, másrészt azért, mert termelődésük euforikus állapotot idéz elő. Csakúgy, mint az oxitocin, a béta-endorfinok is jelentős szerepet töltenek be a reprodukív viselkedésekben: ezek a hormonok is jelen vannak szex közben, várandósság alatt, valamint szülés és szoptatás alatt is – ekkor eksztatikus érzelmeket előidéző hatásuk érvényesül. Fájdalomcsillapító hatásuk révén pedig egyfajta stresszhormonként vannak jelen a szervezetben. A béta-endorfinok mindkét funkciója érvényesül a szülésnél: mind a fájdalomcsillapító, mind az euforikus állapotot előidéző hatása jelentős a szülés optimális lefolyásánál, továbbá fontos előidézői a szülést segítő módosult tudatállapot létrejöttének is (Varga & Héjja-Nagy, 2017).

Katekolaminok (CA): adrenalin és noradrenalin

A katekolaminok (CA) hatásmechanizmusának ismerete fontos információkkal szolgálhat a szülés optimális körülményeinek megteremtéséhez. A katekolaminok ugyanis alapvetően stresszhormonként vannak jelen, és a szimpatikus idegrendszer aktivációjával stresszhelyzet esetén fight-or-flight választ váltanak ki a szervezetben. A CA termelődése a vajúadás során ugyanakkor lassítja is a szülés folyamatát, ezáltal pozitív hatást kifejtve: egyrészt oxitocin-

felszabadulás gátlásával lassítja a méhösszehúzódnásokat, másrészt a szimpatikus idegrendszeri aktivációval csökkenti a véráramlást a paraszimpatikus irányítású méh és a méhlepény felé.

Míg a magas CA szint vajúráskor lassító hatást fejt ki, a kitolási szakaszban aktiválhatja a magzatkivezető reflexet, ezzel gyorsítva a szülést. Az anyák ilyenkor éberségről, „hirtelen energialöketéről”, izgatottságról számolnak be, ugyanakkor megjelenhet a félelem és düh érzése is. A szülés utáni hirtelen CA-csökkenés pedig remegést, hidegrázást okozhat, amely szintén stresszkeltő lehet az anya számára, és ismételt CA termeléssel gátolhatja a kötődés kialakítási képességet (Buckley, 2010; idézi: Varga & Héjja-Nagy, 2017).

A CA tehát alapvetően negatív hatásokat eredményezhet a szülés folyamatában, ugyanakkor hatásmechanizmusainak pontos ismeretében a kedvezőtlen hatások kikerülhetők, és akár a szülés folyamatának támogatására is fordíthatók.

Prolaktin

A prolaktinnak a tejtermelésben és a szoptatásban van meghatározó szerepe, ugyanakkor már a várandósság során elindul a termelődése. A vajúráskor fokozatosan emelkedik a prolaktin-szint, és a szüléskor éri el a csúcspontját (Varga & Héjja-Nagy, 2017). A prolaktin szintén szoros kapcsolatban van az oxitocin-rendszerrel, ugyanis az oxitocin fokozza a prolaktin-termelést (Varga & Bálint, 2022), valamint az emlő simaizmainak összehúzódnását serkentve segíti a szoptatás folyamatát (Devosa és mtsai, 2017).

A szülés alatti hormonális folyamatok nemcsak az anya szervezetére és a szülés biológiai folyamatára gyakorolnak hatást, hanem a szülés szubjektív élményét is befolyásolják pszichoaffektív hatásuk által. Háborítatlan szülés esetén olyan euforikus, eksztatikus érzelmeket váltanak ki, melyek kibillentik a szülő nőt szokásos tudatállapotából és egy egyedi, módosult tudatállapot élményével kísérik végig a szülés-születés útján. Ezek a hormonális változások optimális esetben tehát megteremtik azokat a körülményeket, melyekben érvényre tud jutni a szülés pozitív élményét megalapozó tudatállapot (Varga & Héjja-Nagy, 2017).

1.4. A szülés szubjektív élménye a módosult-tudatállapot felől vizsgálva

Az előző fejezetben ismertetésre került a szülés közben létrejövő módosult tudatállapot (MTÁ) neurohormonális háttere. Ezen hormonváltozások önmagukban elegendők lennének a tudatmódosuláshoz, ehhez azonban hozzáadódnak még a szülés közben tapasztalt intenzív érzelmek is, a hatások ezáltal összeadódva idézik elő az MTÁ-t (Varga, Héjja-Nagy, 2017). Az alábbi fejezet az MTÁ-t először általánosságban mutatja be, majd kitér a szülés alatt létrejövő MTÁ egyedi jellegzetességeire.

1.4.1. A módosult tudatállapot (MTÁ) jellemzői

A módosult tudatállapot egy olyan szubjektív állapotot jelöl, amely alatt az egyén pszichés funkcióiban időleges változás következik be (Farthing, 1992), és amely során az egyén önmaga alapvető állapotához képest kerül jellegzetesen más tudatállapotba (Varga, 2008). A tudatállapot-módosulás élménye szubjektív és rendkívül összetett, ugyanis a változás a normál tudati működés több komponensében is megjelenhet, ezért a tudatállapotok vizsgálatakor mindig élménymintázatról beszélünk (Varga & Héjja-Nagy, 2017). Az élménymintázat megnevezés az MTÁ megélésének sokszínűségét kívánja jelölni, ugyanis az egyéni változatosság megmutatkozhat az élmény intenzitásában, hosszában és érzelmi-hangulati színezettségében is. Az MTÁ jellemző tulajdonságai tehát sokfélék lehetnek, ugyanakkor a legtöbb szerző egyetért abban, hogy a pszichés funkciók változásának van pár jellegzetes eleme, mely rendszerint beazonosítható minden MTÁ-ban.

2. táblázat: A módosult tudatállapot jellemzői (Forrás: Varga & Héjja-Nagy, 2017)

Pszichés funkció	Módosult tudatállapotban való megváltozása
Gondolkodásmód	Az archaikus folyamatok szerepe megnő, a valóságvizsgálat csökken/eltűnik (bármilyen lehetőségnek tűnik).
Figyelem	A figyelem beszűkül és a külvilág helyett a saját belső világ felé irányul.
Észlelés	Megváltozik a külvilág érzékelése, ami leggyakrabban időérzékelésben vagy testérzékelésben jelenik meg (én- és testhatárok felbomlása). Illúziók, hallucinációk, színezési jelenségek fordulhatnak elő.
Érzelmek	Az érzelmek intenzív átélése jellemző, de megjelenhet ennek ellentéte is, a teljes apátia.
Jelentéstartalom	A dolgok más jelentést/értelmet kapnak. A saját szubjektív élmények, gondolatok, percepciók kiemelt jelentőségűvé válnak.
Én-élmény	Megjelenhet deperszonalizáció vagy a személyes identitás változásának érzése.
Szuggesztibilitás	A személy fogékonyabb a külső jelzésekre.
Képzelet	A képzelet és a fantázia szívesebbé, gazdagabbá válik.

A tudatállapot-módosulás több módon is előidézhető. Bekövetkezhet spontán módon, egészen hétköznapi helyzetekben, mint például a meditáció, az alvás, a szex vagy a hipnózis, az olyan tevékenységekben elmélyült állapot során, mint a zenehallgatás, az olvasás vagy a tánc, de ilyen például a pszichoaktív szerek (alkohol, drog) használata közben tapasztalt állapot, vagy a különböző transzcendens élmények átélése is (Farthing, 1992; Nagy, 2004; Varga, 2008; idézi: Varga & Héjja-Nagy, 2017). A tudatállapot-módosulás elérhető különböző indukciós technikákkal, mint például a környezeti ingerlés, a mozgásos aktivitás jelentős növelése vagy csökkentése, az arousal-szint emelése vagy csökkentése, a fiziológiai állapot megváltoztatása,

valamint az agyműködés megváltoztatása a test kémiai és neurofiziológiai folyamataira ható anyagok emelésével/ kritikus hiányával (Ludwig, 1972; Farthing, 1992; idézi: Varga & Héjja-Nagy, 2017). A szülés közbeni MTÁ feltehetőleg az utóbbi mechanizmus révén alakul ki, bár ez még empirikusan nem igazolt (Dahan, 2023).

Az MTÁ többféle funkciót tölthet be. Védheti az egyént a fizikailag és/vagy pszichésen túlságosan megterhelő élményektől, eseményektől. Ezt szolgálja például az MTÁ általi viselkedés-automatizálás, mely felmenti az egyént a kontroll és ezáltal a cselekvése következményei alól. Az egyént védi továbbá a kritikai funkciók háttérbe szorítása is, mely lehetővé teszi az ellentmondások egyidejű, nem interpretált létezését a tudatban. Az MTÁ másik funkciója az „itt és most élmény” fokozása az érzelmek katartikus megélésén és a feszültség levezetésén keresztül, valamint az együttlenség, társas kohézió megélését is fokozhatja (Varga, 2008; Varga & Héjja-Nagy, 2017). Az MTÁ pozitív hatásai a szülés intenzív, fizikailag és pszichésen megterhelő folyamatában is olyan előnyöket biztosítanak, melyek a normál tudatállapotban nem tapasztalhatók, tehát egyfajta védőfaktornak tekinthető, mely tulajdonságaival hozzájárul a szülés pozitív megéléséhez (Dahan, 2023).

1.4.2. Módosult tudatállapot a szülés közben – a szülés fenomenológiája

A legtöbb szakirodalom már szinte evidenciaként kezeli, hogy a szülés módosult tudatállapotban zajlik (Dahan, 2020; Dahan, 2023; Aune és mtsai, 2015; Whitburn és mtsai, 2019). A szülést kísérők beszámolóiban is gyakran találkozhatunk az MTÁ manifest viselkedéses jegyeivel (Lundgren & Dahlberg, 2002; Székely, 2018), melyek nagyrészt a szülő nő figyelmének beszűkülésével, valamint a verbális kommunikációs képesség csökkenésével érhetők tetten.

A szülés szubjektív élményét vizsgáló kutatások is MTÁ-ra jellemző állapotokat írnak le: ezekben a szülő nők rendszerint arról számolnak be, hogy figyelmük befelé összpontosul és mélyebb kapcsolatba kerülnek önmagukkal (Lowe, 2002; Dixon és mtsai, 2014). Tudatukat, realitás- és időérzékelésüket a szokásostól eltérőnek érzékelik (Olza és mtsai, 2018, Dixon és mtsai, 2014), valamint a szülési fájdalmak növekvő intenzitása ellenére egyre nyugodtabbnak érzik magukat (Lowe, 2002; Dixon és mtsai, 2014).

Számos tanulmány foglalkozik kiemelten a szülési fájdalom percepciójával, illetve a mentális állapot szülési fájdalomra gyakorolt hatásával (Aune és mtsai, 2015; Crowther és mtsai, 2014; Stenglin & Foureur, 2013; Whitburn és mtsai, 2019). Ezen vizsgálatok alapján azon nők esetén, akik kisebb szülési fájdalomról számolnak be, beszűkült figyelmi állapot és „saját belső világukba való visszavonulás” volt jellemző. A szülés közbeni állapotukra a nők gyakran

utalnak továbbá olyan jelzőkkel, mint „transzcendens élmény” (Kurz, Davis & Browne, 2019), vagy a „testen kívüliség érzése” (Olza és mtsai, 2018). Szintén gyakoriak az élménybeszámolókból az intenzív, akár ellentmondásos érzelmek egyidejű megjelenése (Dixon és mtsai., 2013; Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996; idézi: Héjja-Nagy, 2014). Hall és mtsai (2018) természetes szülést vizsgáló kutatásukban a nők egyszerre éltek át félelem, szorongás, nyugodtság, kimerültség és boldogság érzést, melyek a szülés során vagy fluktuálva, vagy akár egyidejűleg jelentek meg.

A szubjektív szülésélményt vizsgáló kutatások másik fontos aspektusa annak feltérképezése, hogy milyen körülmények között tudnak létrejönni ezek az állapotváltozások. A legtöbb kutatás azt találta, hogy az MTÁ létrejöttét a beavatkozásmentes, háborítatlan szüléskísérés támogatja leginkább (Lowe, 2002; Buckley & Dip, 2003; Héjja-Nagy, 2014) ugyanis ekkor tudnak érvényre jutni az MTÁ-t támogató agyi működések és neurohormonális változások; nevezetesen a prefrontális cortex alulműködése (hipofrontalitás) és a limbikus rendszer előtérbe kerülése (Dahan, 2021; Dahan, 2023), valamint a centrális oxitocin megfelelő mértékű termelődése (Varga, 2011). Ezen folyamatok olyan körülmények között tudnak megvalósulni, amikor nem zavarja semmilyen külső tényező az egyént (Dahan, 2021; Varga & Bálint, 2022). Tehát minden olyan helyzetben, amikor a szülő nő figyelme nem tud befelé irányulni, hanem azt a környezet monitorozására kell fordítania, a prefrontális kéreg működése fog előtérbe kerülni, mely gátló hatást vált ki az MTÁ kialakulására (Varga & Bálint, 2022). A MTÁ kapcsán tehát kulcsfontosságú a háborítatlanság megteremtése, mely ugyanakkor nemcsak a mesterséges, orvosi beavatkozások mellőzésére vonatkozik, hanem kiterjed például a szülést segítők attitűdjére és kommunikációjára is (Lowe, 2002; Buckley, 2003).

A szülés körülményei nemcsak az MTÁ létrejöttére és annak *mértékére* képesek hatni, hanem annak érzelmi-hangulati színezettségét is nagymértékben befolyásolják, mely fontos *minőségi* jelzője az élménynek. A tudatállapot-módosulás során egyaránt dominálhatnak a negatív, illetve a pozitív érzelmek is, ezzel előidézve egyfajta „pozitív vagy negatív transzt”, mely élménymintázatok között rendkívül nagy különbség van. A pozitív transz egy szülést támogató, pozitív élmény, míg a negatív transz egy érzelmileg megterhelő, erős negatív érzelmekkel járó állapot. A negatív transz előidézésében nagy szerepe lehet például a szülés indítását/gyorsítását célzó szintetikus anyagoknak, ugyanis ezek olyan erőteljes testi változásokat indítanak el, amelyek nincsenek összhangban a szülés természetes ritmusával, és az azt kísérő érzelmi-motivációs változásokkal (Varga, 2009).

Mindezt figyelembe véve a dolgozat az MTÁ *minőségi és mennyiségi* vizsgálatára is törekszik, tehát az tudatállapot-módosulás mértékét és élménymintázatának jellegét egyaránt vizsgálja a szülés körülményeinek tükrében.

2. A kutatás célkitűzései

A dolgozat a szülés körülményeinek hatását vizsgálja az MTÁ kialakulása tekintetében. Célja feltárni, hogy mely tényezők hatnak pozitívan az MTÁ létrejöttére, és mely tényezők gátolják azt. Az előzetes szakirodalmi eredményekre alapozva a dolgozat hipotézisei a következők:

1. A szülés során alkalmazott beavatkozások negatívan hatnak a tudatállapot-módosulás mértékére és negatív élménymintázatot eredményeznek.
2. A beleegyezés nélküli beavatkozások alkalmazása negatívabban hat az MTÁ létrejöttére és élménymintázatára, mint azok a beavatkozások, melyeknél kikérték a szülő nők előzetes beleegyezését.
3. Szignifikáns a különbség az MTÁ mértékében és élménymintázatában az állami kórházban és az egyéb helyszínen (magánkórház, szülésotthon, saját otthon) szülők csoportja között.
4. Minél nyugodtabb a szüléshez való előzetes hozzáállás, annál erőteljesebb és pozitívabb élménymintázatú MTÁ alakul ki.
5. A császármetszések esetében erőteljesebb az MTÁ azok körében, akik szülését vajúdnak előzte meg, mint akik nem vajúdnak.

3. Módszer

3.1. Minta – esetkiválasztás és toborzás

A vizsgálatban olyan 18 év feletti édesanyák vettek részt, akik maximum 9 hónappal ezelőtt szültek. Ezen kritérium oka a szülésélmény idővel megváltozott megítéléséből fakadó torzítás kiküszöbölése. A vizsgálati személyek toborzása online platformokon történt. A legtöbb résztvevőt a közösségi oldalakon, szülés-születés témájú zárt csoportokban értem el, hólabda módszerrel.

3.2. Etikai megfontolások

A vizsgálat megkezdése előtt írásbeli tájékoztatást adtam arra vonatkozóan, hogy a vizsgálatban való részvétel teljesen önkéntes és anonim, a kitöltés bármikor megszakítható. Az írásbeli

tájékoztatás része egy beleegyező nyilatkozat is, amely kitöltése nélkül a vizsgálat nem folytatható. A részvételtől, valamint a vizsgálat céljáról pontos tájékoztatást adtam, megtevesztés nem történt. A Tudat Fenomenológiája Kérdőív (Szabó, 1989) használatát a ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága elfogadta, 2015/318 kódú etikai engedéllyel.

3.3. Mérőeszközök

3.3.1. A Tudat Fenomenológiája Kérdőív (Szabó, 1989)¹

A dolgozatban a tudatállapot-módosulás fenomenológiájának vizsgálatához a PCI magyar adaptációját használtam, melyet Szabó Csaba fordított (1989), valamint később Józsa Emese és munkatársai végezték el pszichometriai tesztelését (Józsa és mtsai, 2018). Az eredeti kérdőívet Pekala alkotta meg (1982) a (módosult) tudatállapotok szubjektív élményoldalának jellemzésére. A kérdőív 53 tételből áll, melyek mindegyikénél 7-fokú Likert-skálán ellentétes mondatpárok közül kell kiválasztania a vizsgálati személynek, hogy a megélt állapotra milyen élmény, állapot volt jellemző. A kérdőív több dimenzió mentén méri a tudatállapot-változást, melyek kvantitatív összesítése után képet kaphatunk a tudatállapot fenomenológiájáról.

A kérdőív előnye, hogy lehetővé teszi a tudatállapotok kvantitatív elemzését, így egy bizonyos mértékig standardizáltan összevethetők a szülés alatti szubjektív élmények, valamint a megbízhatósági skála a lehetséges torzításokat is limitálja. További előnye, hogy a kérdőív bármilyen helyzetben alkalmazható, így összevethetők akár különböző tevékenységek közben létrejövő tudatállapotok élménymintázatai. Az utóbbi előnyből ugyanakkor származik annak a hátránya is, hogy néhány kérdés irrevelánsnak tűnhet a szülésélmény vizsgálata közben. A kérdőív 12 dimenzióban mér (néhány dimenzió tartalmaz alszálakat is), ezeket a 3. táblázat mutatja be.

A mérőeszköz szülésélmény vizsgálatában való alkalmazhatóságát korábban Héjja-Nagy Katalin (2014) igazolta, ezáltal saját kutatásomban evidenciaként tekintettem arra, hogy a PCI által mérhető a szülés alatti MTÁ.

¹ Az eredeti kérdőív: Phenomenology of Consciousness Inventory – PCI (Pekala, 1982)

3. táblázat: PCI kérdőív által mért jelenségek (saját szerk.)

Dimenzió	Mért jelenségek	Alskálák
1. Megváltozott élmények	Szokásostól eltérő élmények megjelenése.	Testhatárok megváltozása, időészlelés módosulása, valóság-észlelés megváltozása, dolgok jelentésének megváltozása.
2. Pozitív érzelmek	Pozitív érzelmek megjelenése.	Öröm, szexuális érzések, szeretet érzése.
3. Negatív érzelmek	Negatív érzelmek megjelenése.	Düh, szomorúság, félelem.
4. Figyelem	Az egyén figyelmének jellemzői.	Figyelem iránya, koncentráltsága.
5. Képzelet	Képzeleti folyamatok mennyisége és élénksége.	
6. Éntudat	Az éntudat szubjektíven észlelt megtartása.	
7. Megváltozott tudatállapot	Szokásostól eltérő tudatállapot megjelenése.	
8. Arousal	Éberségi szint mértéke.	
9. Racionalitás	Az élmények racionalitásának megítélése.	
10. Akarati kontroll	A történések kontrolljának, befolyásolhatóságának érzése.	
11. Emlékezet	Emlékezeti képesség.	
12. Belső beszéd	Belső hangok, monológok megjelenése.	

3.3.2. Kérdőív a szülés körülményeiről

Ez a kérdőív saját összeállítású, célja a szülés körülményeinek feltérképezése. A kérdőív kitér a szülés tervezett és megvalósult helyszínére és módjára, a segítő személyek jelenlétére, a vajúdas és kitolási szakasz jellemzőire. Vizsgálja ezentúl a szülő nő autonómiájának tiszteletben tartását, többek között a beavatkozásokkal kapcsolatos előzetes tájékoztatás és beleegyezés meglétével, valamint a vajúdas- és kitolási pozíció megválasztásán keresztül. A kérdőívet a melléklet tartalmazza.

4. Eredmények

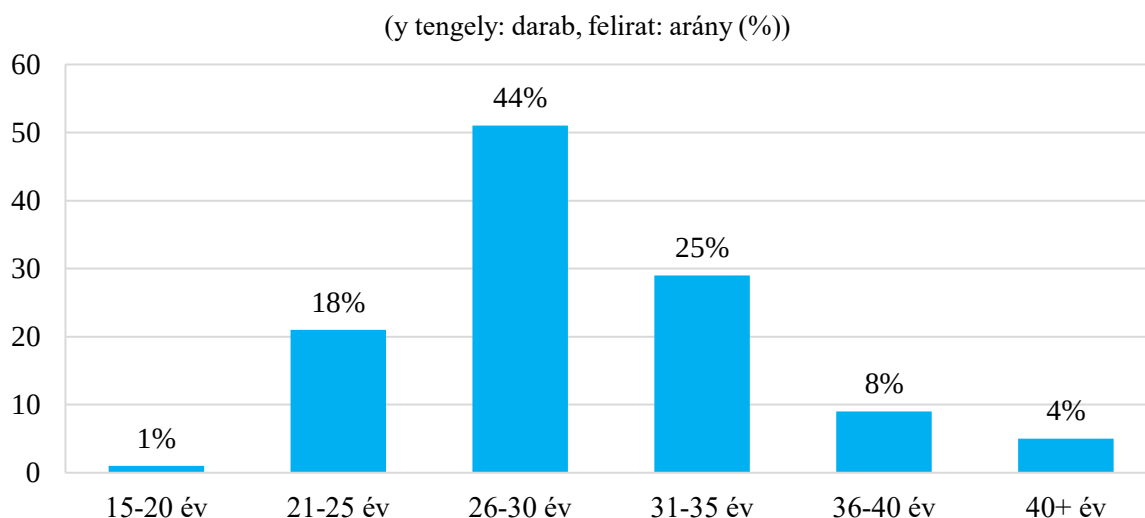
4.1. Leíró statisztikák

4.1.1. Vizsgált személyek jellemzői

A kérdőívet 134 személy töltötte ki. A mintából kizárásra kerültek azok a nők, akik több, mint 9 hónappal ezelőtt szültek ($N=18$), így a végleges minta 116 személyt tartalmaz. A minta életkori megoszlását az 1. ábra ismerteti. Egyéb demográfiai adat bekérésére nem került sor, a

további kérdések a szülés körülményeire vonatkoztak. Az elemzéseket IBM SPSS 28-as (IBM, 2021) verziójával végeztem.

1. ábra: Az édesanyák életkorának megoszlása (saját szerk.)



4.1.2. Szülés körülményei

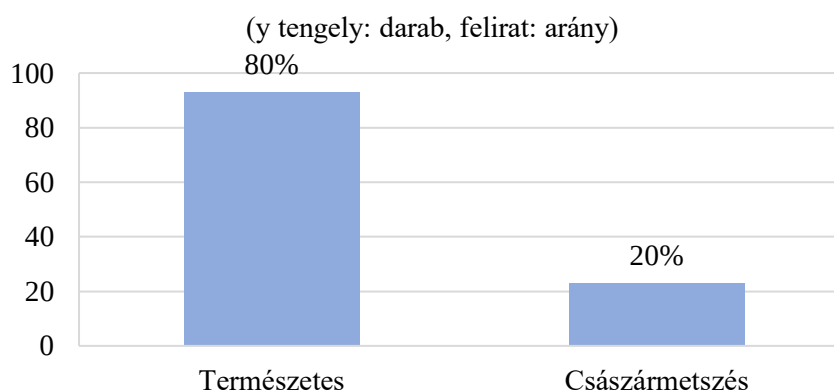
Szülés módja

A szülés módját illetően a kitöltők túlnyomórészt természetes módon szültek. 116 kitöltőből 93 személy szült természetes úton, 4 személy programozott császármetszéssel, 1 személy saját kérésű császármetszéssel, és 18 személy pedig sürgősségi császármetszéssel.

4. táblázat: A szülés módjai (saját szerk.)

Szülés módja	Elemzés (db)	Arány a mintában (%)
Természetes (hüvelyi) szülés	93	80%
Programozott császármetszés	4	3%
Tervezett császármetszés saját kérésre	1	1%
Sürgősségi császármetszés	18	16%
Összesen	116	100%

2. ábra: A szülés módjának megoszlása (saját szerk.)



Szülés helyszíne

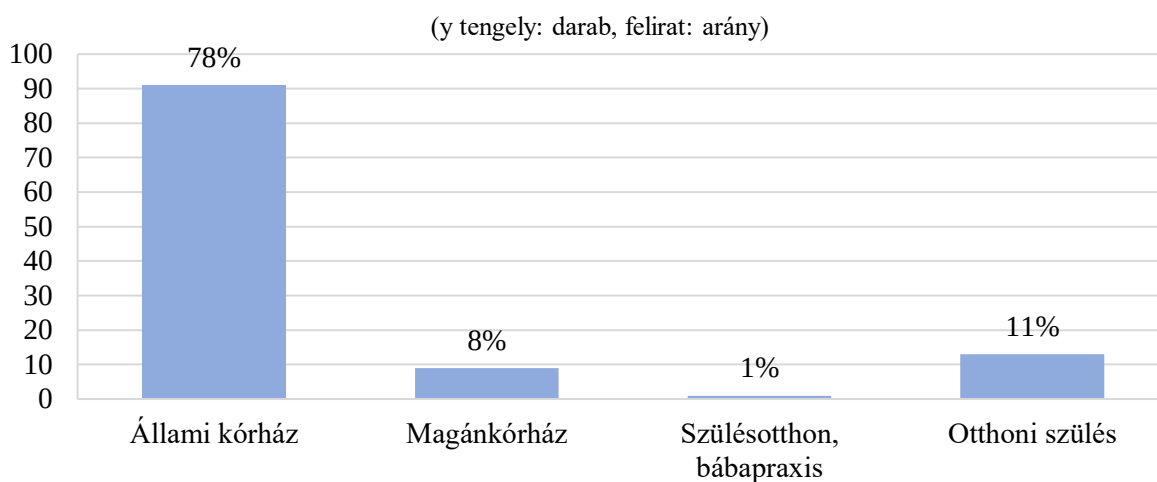
A szülés helyszíne a kitöltők körében nagyrészt állami kórház volt (N=91), majd ezt követte az otthoni szülés (N=13), magánkórházban 9 személy szült, szülésotthonban pedig 1 személy. 2 személy nem adott választ.

5. táblázat: A szülés helyszíne (saját szerk.)

Szülés helyszíne*	Elemszám (db)	Arány a mintában (%)
Állami kórház	91	78%
Magánkórház	9	8%
Szülésotthon, bábapraxis	1	1%
Otthoni szülés	13	11%
Összesen	114	98%

*A mintában 2 kitöltő nem adott meg helyszínt.

3. ábra: A szülés helyszíne* (saját szerk.)



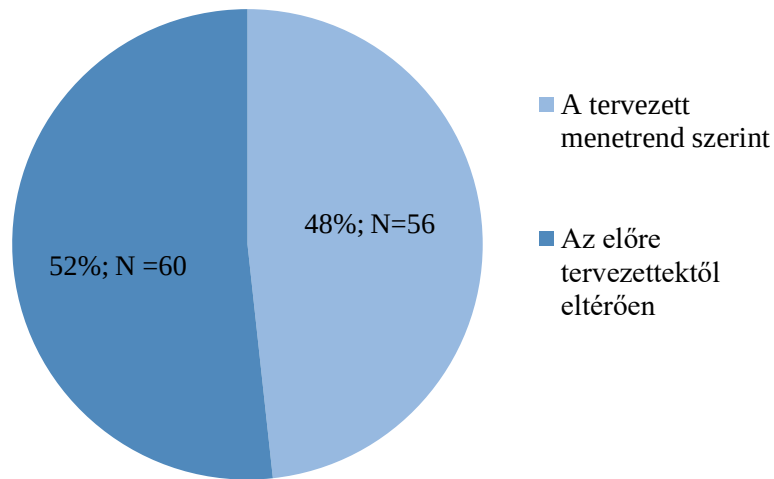
*A mintában 2 kitöltő nem adott meg helyszínt.

Szülés menete

A kérdőívben megkérdeztem, hogy a szülés a tervezettekhez képest hogyan zajlott. Majdnem fele-fele arányban fordult elő a tervezetteknek megfelelő (N=56), illetve a tervezettektől eltérő (N=60) szülés. A „Miben tért el?” kérdésre a legtöbb válasz a sürgősségi beavatkozásokat érintette, valamint a nemvárt komplikációkat.

4. ábra: A szülés menete (saját szerk.)

(felirat: arány, db)

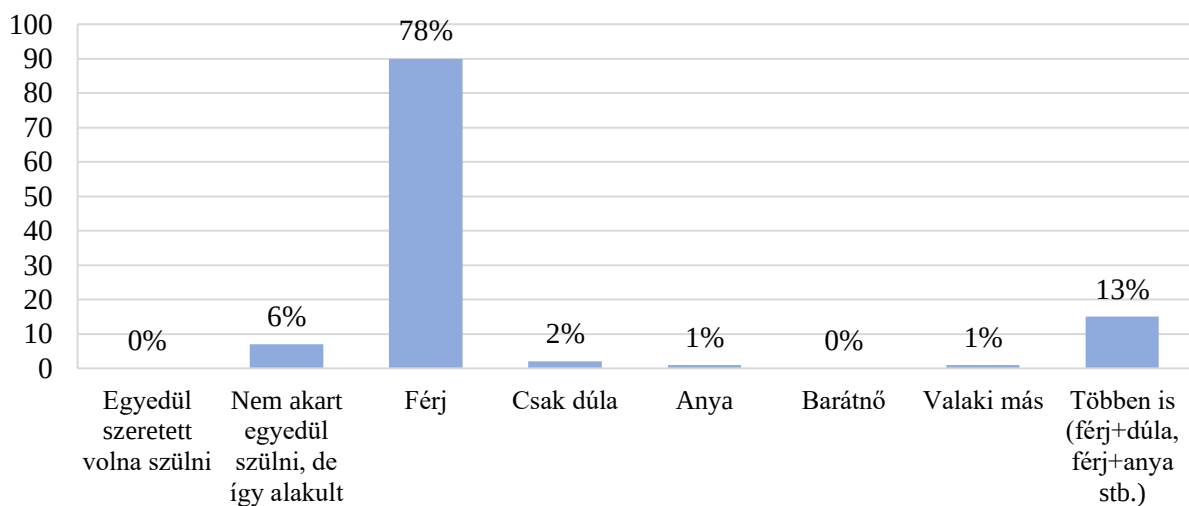


Segítők a szülés során

A legtöbb szülésnél a férj volt jelen (N=90), ezt követte a „több személy is: pl. férj + dúla” (N=15). A többi esetben dúla (N=2), anya (N=1), vagy valaki más kísért a szülést (N=1), illetve 7 személy egyedül szült.

5. ábra: Segítők a szülés során (saját szerk.)

(y tengely: darab, felirat: arány)



Beavatkozások

Rendkívül nagy arányban fordultak elő beavatkozások (N=72), a legtöbb esetben a szülés gyorsítására (N=59) és burokrepesztésre (N=50) került sor. A beavatkozásoknál jellemzően nem kérték a nők beleegyezését, illetve nem adtak megfelelő tájékoztatást sem.

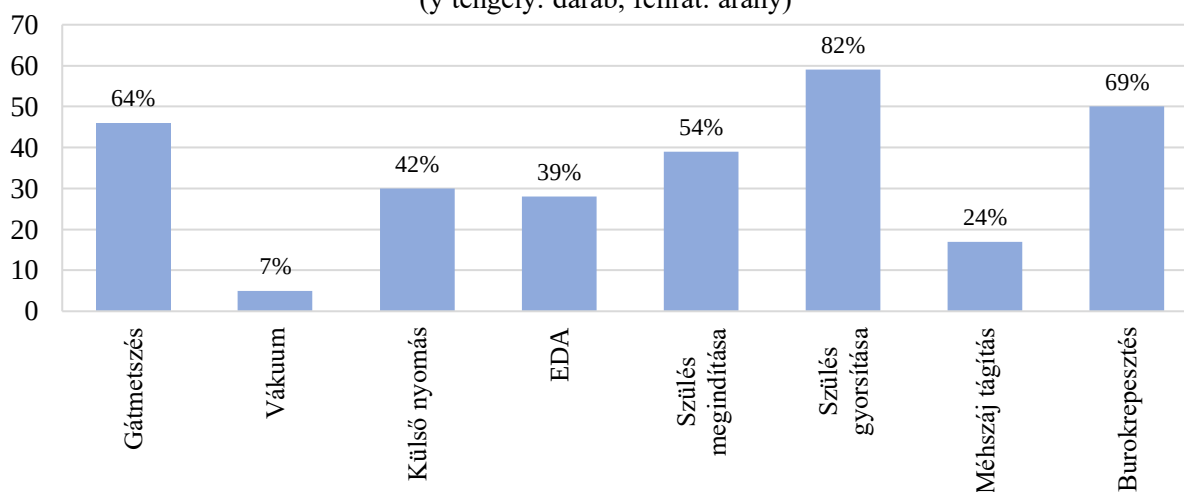
6. táblázat: Beavatkozás jellege a szülés során (saját szerk.)

Beavatkozás jellege a szülés során	Elemszám* (db)	Arány a mintában (%)	Kérték a beleegyezését		Megfelelő tájékoztatást kapott	
			Igen	Nem	Igen	Nem
Gátmetszés	46	64%	9	37	11	35
Vákuum	5	7%	5	0	2	3
Külső nyomás	30	42%	21	7	4	26
EDA	28	39%	22	5	19	9
Szülés megindítása	39	54%	14	25	14	25
Szülés gyorsítása	59	82%	36	23	29	30
Méhszáj tágítás	17	24%	5	12	2	15
Burokrepesztés	50	69%	20	30	21	29
Összesen	72					

*Egy személy esetében több beavatkozás is előfordulhatott.

6. ábra: A beavatkozások jellege a szülés során (saját szerk.)

(y tengely: darab, felirat: arány)



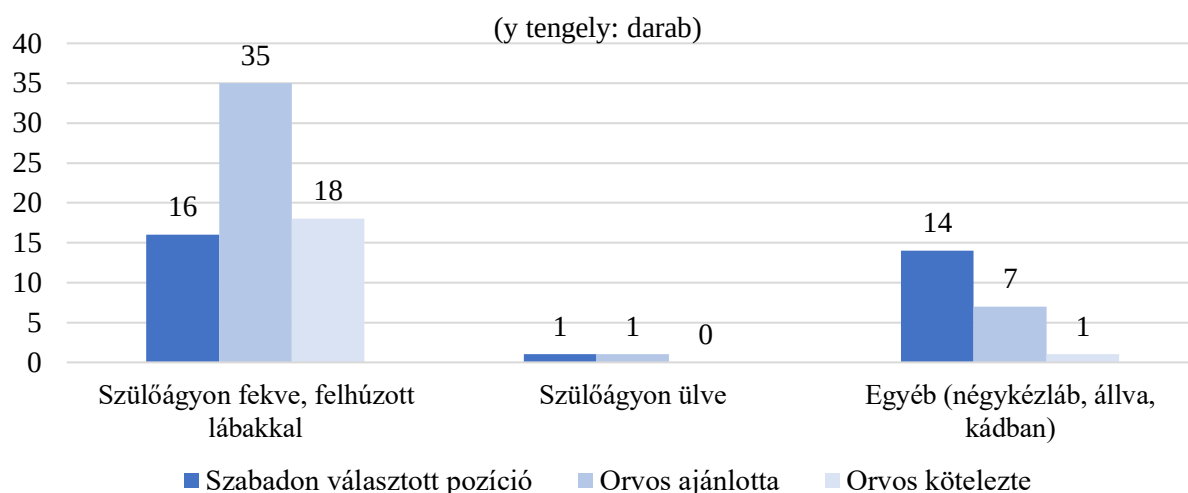
Kitolási pozíció és annak megválasztási lehetősége

A legtöbb nő a medikális szemléletnek megfelelő, vertikális pozícióban szült (N=31), illetve 2 személy, egyéb pozícióban pedig 22 személy. A kérdőív a kitolási pozíció megválasztásának szabadságára is rákérdezett, a legtöbb szülési pozíció az orvos ajánlata alapján volt (N=43), ezt követte a szabadon választott (N=31), valamint 19 személy számolt be arról, hogy nem volt döntési szabadsága a szülési pozíciót illetően.

7. táblázat: Kitolási pozíció (saját szerk.)

Kitolási pozíció	Szabadon választhatta a pozíciót?			Elemszám (db)
	Igen, saját döntésre	Orvos ajánlotta	Orvos kötelezte	
Szülőágyon fekvve, felhúzott lábakkal	16	35	18	69
Szülőágyon ülve	1	1	0	2
Egyéb (négykézláb, állva, kádban)	14	7	1	22
Összesen	31	43	19	93

7. ábra: Kitolási pozíció és annak megválasztási lehetősége (saját szerk.)



4.1.3. A PCI adatok megoszlása a mintán

Az alábbi táblázat szemlélteti a PCI adatok jellemzőit a mintán (N=116). A táblázat a 12 dimenzió és ezek aldimenziói mentén szemlélteti a pontszámok átlagát, minimum és maximum értékét, valamint az értékek közötti szórást. A kérdőív megbízhatósága közepes erősségűnek bizonyult a mintán (Cronbach's Alpha = 0,733).

8. táblázat: PCI adatok átlagos megoszlása a mintán (saját szerk.)

PCI dimenziók	Átlag	Minimum	Maximum	Szórás
Módosult élmény	2,58	0,21	6	1,08
Testkép	2,29	0	6	1,49
Időérzékelés	4,13	0	6	1,65
Percepció	1,74	0	6	1,74
Szokatlan jelentés	2,18	0	5,73	1,47
Pozitív érzelmek	2,57	0	5,17	1,16
Élvezet	3,19	0	6	1,90
Szexuális izgalom	0,30	0	4	0,87
Szeretet	4,22	0	6	1,79
Negatív érzelmek	2,03	0,83	5	1,14

Harag	1,10	0	6	1,61
Szomorúság	3,22	0,50	4,5	0,61
Félelem	1,77	0	6	1,90
Figyelem	4,09	0	6	1,30
Figyelem iránya	4,04	0	6	1,45
Figyelem koncentrálttsága	4,15	0	6	1,54
Vizuális képzelet	2,36	0	6	1,35
Vizuális képzelet mennyisége	2,06	0	6	1,58
Vizuális képzelet élénksége	2,67	0	6	1,55
Öntudat	4,31	0	6	1,48
Tudat módosultsága	2,90	0	6	1,94
Arousal	2,84	0	6	1,81
Racionalitás	4,33	0	6	1,38
Akarati kontroll	3,30	0	6	1,50
Emlékezet	4,73	1,33	6	1,16
Belső beszéd	2,82	0	6	2,16

A legmagasabb átlagpontoszámok az Emlékezet (4,73) a Racionalitás (4,33) és az Öntudat (4,31) alsókálakon születtek, melyek azt vizsgálják, hogy a személy mennyire érzékeli emlékezetét és gondolkodását tisztának, mennyire erős öntudatának megtartottsága. A magas pontszám a tiszta emlékezetet, az emlékek könnyű felidézését, a racionális, logikus gondolkodást és az éber állapothoz hasonló öntudatot tükrözi, melyek pont ellentétesek az MTÁ-ra jellemző jegyekkel. Az MTÁ alatt ugyanis a kognitív- és memóriafunkciók rendszerint háttérbe kerülnek, és az archaikus folyamatoknak van nagyobb szerepe. A valóságészlelés és az öntudat megtartottságát jelző magas pontszám is az MTÁ alapdefiníciójának mond ellent, miszerint az MTÁ „az éber, szokásos tudatállapottól *jellegzetesen eltérő* állapot”.

Szintén 4 feletti átlaggal rendelkeznek a Figyelem aldimenziói, melyek alapján a vizsgált személyek nagy része a külvilág helyett a saját belső világára koncentrált, amely viszont az MTÁ meglétét támasztja alá. A PCI további dimenzióinak legtöbb átlagértéke 2-3 alatti, amely alacsony mértékű MTÁ-ra utal. Mindez alapján a minta egészét tekintve azt mondhatjuk el, hogy a dimenziók többségében kevésbé tudott létrejönni az állapotváltozás, az MTÁ jegyeiből azonban a beszűkült, befelé fordított figyelem kiemelten jelen volt a vizsgált személyek születélményében. Az MTÁ érzelmi-hangulati színezettség is vegyes képet mutat, a pozitív érzelmek pontszámai ugyan magasabbak, kiemelten a szeretet érzése (4,22), de a szomorúság is magas átlagpontoszámúnak bizonyul (3,22).

A PCI átlagértékeinek elemzésével a minta egészére jellemző MTÁ-ról kaptunk információkat. Ahhoz azonban, hogy az ambivalens eredményeket és egyes dimenziók átlagpontoszámainak

hátterét jobban megértsük, a dolgozat a továbbiakban vizsgált személyeket csoportokra bontva, a szülés körülményeinek mentén elemzi.

4.2. A hipotézisek tesztelése

(1) A szülés során alkalmazott beavatkozások negatívan hatnak a tudatállapot-módosulás mértékére és negatív élménymintázatot eredményeznek.

A beavatkozások alatt minden olyan körülményt értek, amely a szülés természetes lefolyásába beavatkozik és/vagy módosítja azt, ezáltal a mesterséges beavatkozásokon túl ide sorolom a császármetszést is. Ezáltal három csoportot alkottam: (1) természetes úton, beavatkozások nélkül szülők (N=20), (2) császármetszéssel szülők (N=23), (3) természetes úton, beavatkozásokkal szülők (N=72), majd e három csoport MTÁ élménymintázatát vettem össze. A tesztelés során nem teljesültek az előfeltételek (normalitás és szóráshomogenitás is sérült) ezért a hipotézis teszteléséhez nemparametrikus eljárást alkalmaztam, nevezetesen a Kruskal-Wallis tesztet.

9. táblázat: Beavatkozások hatása a tudatállapot-módosulásra (saját szerk.)

PCI dimenziók	Mterm		Mcsászár		Mbeav		Kruskal- Wallis H	df	p*
	Átlag	Rangsor átlag	Átlag	Rangsor átlag	Átlag	Rangsor átlag			
Módosult élmény	3,03	73,13	2,63	56,00	2,40	54,44	5,021	2	0,081
Testkép	2,70	67,95	2,22	56,59	2,14	55,69	2,187	2	0,335
Időérzékelés	4,03	56,18	4,42	64,59	4,03	56,40	1,134	2	0,567
Percepció	2,00	64,18	1,78	57,11	1,61	56,57	0,844	2	0,656
Szokatlan jelentés	3,39	83,98	2,10	56,72	1,83	51,19	15,27	2	0,001
Pozitív érzelmek	3,26	76,65	2,28	47,83	2,47	56,07	8,664	2	0,013
Élvezet	4,15	75,53	2,43	44,33	3,15	57,50	9,478	2	0,009
Szeretet	5,10	74,55	4,26	56,70	3,97	53,82	6,295	2	0,043
Negatív érzelmek	1,37	36,60	2,46	71,59	2,08	59,60	12,660	2	0,002
Félelem	0,55	36,98	2,74	74,33	1,83	58,63	14,22	2	0,001

Mterm: N = 20

Mterm = Természetes úton, beavatkozás nélkül

Mcsászár: N = 23

Mcsászár = Császármetszés

Mbeav: N = 72

Mbeav = Természetes úton, beavatkozásokkal

* A p érték oszlopában a vastaggal szedett értékek szignifikánsak, az egyes dimenzióknál pedig a legmagasabb értékek vannak kiemelve.

A teszt eredménye alapján a *Módosult élmény* dimenzióban összességében nem találunk szignifikáns különbséget a csoportok között, kivéve a *Szokatlan jelentés* aldimenzióban, amely a beavatkozások nélkül szülők csoportjában a legmagasabb ($M_{term}=3,39$, rangátlag = 83,98). A hipotézis azon része tehát, hogy a beavatkozások gátolják az MTÁ létrejöttét, a közvetlenül módosult élményt mérő értékek eredményei alapján nem igazolódott be, valamint a többi dimenzió esetében sem hozott a teszt szignifikáns eredményt. Az MTÁ érzelmi-hangulati színezettségében való eltérés azonban nagyon szépen megmutatkozik az eredményeken: a pozitív érzelmek (élvezet, szeretet) a háborítatlanul szülő nők esetében voltak a legmagasabbak (Élvezet = 3,26, rangátlag = 76,65; Szeretet = 5,10, rangátlag = 74,55), a negatív érzelmek pedig a császármetszéssel szülők esetében (Negatív érzelmek = 2,46, rangátlag = 71,59; Félelem = 2,74, rangátlag = 74,33), majd a beavatkozással szülők esetében (Negatív érzelmek = 2,08, rangátlag = 59,60; Félelem = 1,83, rangátlag = 58,63).

(2) A beleegyezés nélküli beavatkozások alkalmazása negatívabban hat az MTÁ létrejöttére és élménymintázatra, mint azok a beavatkozások, melyeknél kikérték a szülő nők előzetes beleegyezését.

A szülészeti beavatkozások túlzott, rutinszerű használata mellett a medikális szülészeti ellátás másik kritikája, hogy a szülő nőt rendszerint kihagyják a beavatkozásokról való döntésekből. A szülő nő ekkor frusztrációt, félelmet és kontrollvesztettséget élhet meg, számos egyéb negatív érzelem mellett, melyek mind gátolhatják a MTÁ létrejöttét. Az alábbi hipotézis ezért azt vizsgálja, hogy az egyes beavatkozásoknál van-e különbség az MTÁ mintázatában attól függően, hogy kérték-e előzetesen a nők beleegyezését, vagy sem.

A kérdőívben kért beavatkozások mindegyikére külön statisztikai elemzést futtattam. A hipotézist minden esetben független mintás T-próbával vizsgáltam, melyben az egyik csoportot azok a nők alkották, akiknek kérték a beleegyezését, a másik csoportot pedig azok, akikről nem kérték.

A vajúdas alatti beavatkozásoknál az EDA, a mesterséges méhszájtágítás és a burokrepesztés esetében az MTÁ egyik dimenziója esetén sem találtam szignifikáns különbséget, a többi beavatkozás esetén igen – így ezek kerülnek bemutatásra.

Szülésmegindítás

10. táblázat: Szülésmegindítás (saját szerk.)

	Mnem	Mkérték	df	F	p	Cohen D
Pozitív érzelmek	2,20	2,84	79	0,110	0,004	-0,555
Élvezet	2,55	3,63	101	8,46	0,003	-0,572
Szeretet	3,80	4,51	74	0,564	0,028	-0,404
Negatív érzelmek	2,37	1,82	76	0,325	0,011	0,481
Harag	1,60	0,86	101	7,703	0,013	0,460
Félelem	2,26	1,45	78	0,115	0,018	0,438
Arousal	3,35	2,52	70	3,351	0,014	0,472
Figyelem	3,68	4,48	101	4,216	<0,001	-0,660
Figyelem iránya	3,68	4,38	101	6,154	0,011	-0,514
Figyelem koncentrálttsága	3,67	4,57	67	3,658	0,002	-0,631
Racionalitás	4,02	4,57	66	2,286	0,030	-0,413

Mkérték = 14

Mkérték: akiknek kérték előzetes beleegyezésüket

Mnemkérték = 25

Mnemkérték: akiknek nem kérték előzetes beleegyezésüket

A szülésmegindítás esetében beigazolódott a hipotézis, miszerint azok a nők, akiknek kérték előzetes beleegyezését, pozitívabb színezetű (pozitív érzelmek = 2,84, élvezet = 3,63, szeretet = 4,51) és erőteljesebb tudatállapot-változásról (figyelem = 4,38, figyelem iránya = 4,38, figyelem koncentrálttsága = 4,57, racionalitás = 4,57) számoltak be. Azok a nők viszont, akiknek nem kérték előzetes beleegyezését, szignifikánsabb magasabb negatív érzelmeket éltek át (negatív érzelmek = 2,37, harag = 1,60, félelem = 2,26, arousal = 3,35) és a Figyelem dimenzió is alacsonyabb pontszámokat értek el.

Szülésgyorsítás

11. táblázat: Szülésgyorsítás (saját szerk.)

PCI dimenziók	Mnem	Mkérték	df	F	p	Cohen D
Negatív érzelmek	2,63	2,08	49	0,905	0,040	-0,473
Harag	2,11	1,06	44	0,001	0,010	-0,656
Figyelem	3,38	3,92	46	0,184	0,49	0,454

Mkérték = 36

Mkérték: akiknek kérték előzetes beleegyezésüket

Mnemkérték = 23

Mnemkérték: akiknek nem kérték előzetes beleegyezésüket

A szülésgyorsítás esetén kevesebb dimenzióban lett szignifikáns eltérés a csoportok között, a negatív érzelmek erősebb átélése azonban itt is a beleegyezésüket nem kérő csoportnál volt jellemzőbb (Negatív érzelmek = 2,63; Harag = 2,11).

12. táblázat: Gátmetszés (saját szerk.)

PCI dimenziók	Mnem	Mkérték	df	F	p	Cohen D
Megváltozott tudat	1,92	2,58	14	0,518	0,030	-0,678
Testkép	2,41	1,11	12	0,200	0,010	-0,993
Élvezet	2,28	3,39	16	0,649	0,037	-0,603
Figyelem	2,90	3,96	13	0,383	0,013	-0,860
Figyelem iránya	2,85	4,09	14	1,453	0,009	-0,907
Tudat módosultsága	1,93	3,18	13	0,026	0,050	-0,643
Arousal	3,23	4,39	15	0,675	0,029	0,643

Mkérték: N = 9

Mkérték: akiknek kérték előzetes beleegyezésüket

Mnemkérték: N = 37

Mnemkérték: akiknek nem kérték előzetes beleegyezésüket

A gátmetszés esetében az MTÁ érzelmi színezettségével kapcsolatos hipotézis a mintán nem igazolódott be, ugyanis a teszt nem mutatott szignifikáns eltérést a csoportok között a pozitív és negatív érzelmeknél (kivéve: Élvezet: Mkérték = 3,39). Az MTÁ mértékében való eltérés azonban beigazolódott: azok a dimenziók, melyeknél szignifikáns eltérés mutatkozott a csoportok között, erősebb MTÁ-t igazolnak a beleegyezésüket kérő csoportnál (megváltozott tudat = 2,58, figyelem = 3,96, figyelem iránya = 4,09, tudat módosultsága = 3,18, arousal = 4,39). A vákuum és a külső nyomás esetében (feltehetően a kis elemszám miatt) nem találtam szignifikáns eltérést a csoportok között.

(3) Szignifikáns a különbség az MTÁ mértékében és élménymintázatában az állami kórházban és az egyéb helyszínen (magánkórház, szülésotthon, saját otthon) szülők között.

Az MTÁ és a szülés helyszínének összefüggéseinél hasznosabb lett volna a négy csoportot (állami-, magánkórház, szülésház, otthon) külön vizsgálni, azonban a kis elemszám és a csoportméretek nagy eltérése miatt nem lenne reprezentatív a vizsgálat. Ezért a szüléshelyeket a medikális vs. holisztikus/humanisztikus szemlélet mentén csoportosítottam, így két csoport született: 1) állami kórházban szülők (N=91) és 2) egyéb helyen szülők összesített csoportja (magánkórház, szülésotthon, otthon, N=23). A hipotézist független mintás T-próbával vizsgáltam.

13. táblázat: MTÁ a szülés helyszínétől függően (saját szerk.)

PCI dimenziók	Mállami	Mmindenmás	df	F	p	Cohen D
Arousal	3,14	1,59	43	2,2	<0,001	0,90
Félelem	1,97	0,78	112	10,1	0,006	0,65
Negatív érzelmek	2,16	1,46	112	12,38	0,009	0,62
Figyelem	3,94	4,91	112	4,36	<0,001	-0,80
Figyelem iránya	3,92	4,78	112	40	0,004	-0,63
Figyelem koncentrálttsága	3,96	5,04	112	10,62	<0,001	-0,75
Vizuális képzelet mennyisége	1,89	2,63	32	0,78	0,046	-0,47
Vizuális képzelet élénksége	2,54	3,08	32	0,25	0,041	-0,48
Szokatlan jelentés	2,00	2,97	32	0,43	0,010	-0,68

Mállami: N = 91

Mállami: állami kórházban szülők

Mmindenmás: N = 23

Mmindenmás: magánkórházban, szülésházban és otthon szülők

A teszt eredményei alapján a hipotézis beigazolódt az alábbi dimenziók mentén: az állami kórházban szülők esetében az arousal (3,14), a félelem (1,97) és a negatív érzelmek (2,16) szignifikánsan magasabbak, mint az egyéb helyen szülők esetében, az MTÁ létrejöttét igazoló dimenziók pedig az állami kórházon kívül szülők esetében bizonyultak magasabbnak.

(4) Minél nyugodtabb a szüléshez való előzetes hozzáállás, annál erőteljesebb és pozitívabb élménymintázatú MTÁ alakul ki.

Az alábbi hipotézist Spearman-féle korrelációval vizsgáltam. A teszt nagyon enyhe korrelációt mutat az MTÁ dimenziók és az előzetes pozitív hozzáállás között, a legerősebb (bár szintén enyhe) korreláció a negatív érzéseknél mutatkozott. Az a hipotézis tehát, miszerint a szüléshez való hozzáállás minél nyugodtabb, annál pozitívabb MTÁ alakul ki, nem igazolódott be.

14. táblázat: Előzetes hozzáállás és az MTÁ pozitív érzelmi dimenziói (saját szerk.)

PCI dimenziók	Előzetes pozitív hozzáállás	
	r	p
Módosult élmény	0,198	0,016
Szokatlan jelentés	0,278	0,001
Pozitív érzelmek	0,206	0,013
Élvezet	0,205	0,013
Szeretet	0,244	0,004
Figyelem	0,373	<0,001
Figyelem iránya	0,289	<0,001
Figyelem koncentrálttsága	0,360	<0,001
Tudat módosultsága	0,161	0,042
Akarati kontroll	0,184	0,024

15. táblázat: Előzetes hozzáállás és az MTÁ negatív érzelmi dimenziói (saját szerk.)

PCI dimenziók	Előzetes pozitív hozzáállás	
	r	p
Negatív érzelmek	-0,454	<0,001
Harag	-0,262	0,002
Szomorúság	-0,222	0,008
Arousal	-0,353	<0,001
Belső beszéd	-0,209	0,012

(5) A császármetszések esetében erőteljesebb az MTÁ azok körében, akik szülését vajúdás előzte meg, mint akik nem vajúdtak.

A vajúdás során az ún. Ferguson-reflex a méhszájra és a hüvelyfalra gyakorolt nyomás révén növeli az oxitocin-termelődést (Varga & Bálint, 2022), a magas oxitocinszint pedig a korábban ismertetett hatásmechanizmusok révén növeli az MTÁ létrejöttének valószínűségét. Amennyiben a császármetszés előtt nem került sor vajúdtásra, a Ferguson-reflex jótékony hatása elmaradhat. Az alábbi hipotézis ezáltal azt vizsgálja, hogy azoknál a császármetszéssel szült nőknél, akik vajúdtak erőteljesebb-e az MTÁ intenzitása, mint azoknál, akik nem vajúdtak.

16. táblázat: Császármetszés vajúdtással és vajúdás nélkül (saját szerk.)

PCI dimenziók	Mnem	Mvolt	df	F	p	Cohen D
Módosult tudatállapot	1,90	2,83	14	1,354	0,017	0,810
Időérzékelés	2,87	4,85	15	1,475	0,050	1,379
Percepció	0,47	2,15	15	2,681	0,011	0,993
Vizuális képzelet mennyisége	3,50	2,83	16	3,175	0,033	-0,654
Akaratlagos kontroll	3,27	2,28	13	2,044	0,030	-0,749

Mvolt: N = 18

Mnemvolt: N = 5

Mvolt: A császármetszést vajúdás előzte meg

Mnemvolt: A császármetszés vajúdás nélkül történt

Az MTÁ ugyan kevés dimenziójában lett szignifikáns hatás, de ezek esetében erőteljes különbség jelent meg főként az időérzékelés (Mnem: 2,87 és Mvolt:4,85) és a percepció (Mnem: 0,47 és Mvolt: 2,15) dimenzióiban, valamint az MTÁ-t közvetlenül mérő módosult tudatállapot dimenziójánál is (Mnem: 1.90 és Mvolt: 2,83). A vizuális képzelet mennyisége és az akaratlagos kontroll viszont pont a másik csoportban bizonyult erősebbnek. A hipotézis tehát részben igazolódott be, ugyanis pár dimenzió esetén valóban megjelent a szignifikáns különbség, de a különbség nem mondható el az MTÁ egész élménymintázatáról.

5. Összefoglalás és következtetések

5.1. Az eredmények értékelése

A dolgozat az MTÁ-t a szülés körülményeivel összefüggésben vizsgálta és arra kereste a választ, hogy adott körülmények hogyan befolyásolják annak mértékét, illetve hogyan képesek hatni a tudatállapot érzelmi-hangulati színezettségére. A dolgozat abból az alapfeltevésekből indult ki, miszerint az szülés alatti tudatállapot-módosulás akkor tud leginkább létrejönni, ha a szülés a saját ritmusában és természetességében zajlik, háborítatlanul. Ennek értelmében minden olyan külső tényező, mely ezt a természetességet megzavarja (pl. beavatkozások) vagy olyan légkört teremt, melyben a szülő nő nem képes átadni magát a szülés élményének (pl. személytelen bánásmód) gátolni fogja az MTÁ létrejöttét és a negatív élménymintázatot fog eredményezni.

A szülés módját illetően beigazolódott ez az előzetes elvárás, ugyanis a császármetszéssel és beavatkozásokkal szülő nők esetében volt a legmagasabb pontszám a negatív érzelmet mérő skálán, míg a háborítatlan szülések esetén a pozitív érzelmei voltak szignifikánsabban magasabbak. A szülés helyszíne hasonlóan hatott az MTÁ élménymintázatára: a kórházi protokollok mentén végzett, állami kórházban zajló szülések esetén jelentek meg leginkább a negatív érzések, míg a magánkórházban, szülésotthonban és otthonaszülők esetén szignifikánsabban magasabbak voltak az MTÁ-ra utaló jegyek, mint például a beszűkült, befelé irányuló figyelem vagy a vizuális képzelet gazdagsága.

A szülés módját, helyszínét és a beavatkozások alkalmazását nagymértékben befolyásolják, sok esetben determinálják azok az intézményi körülmények és szabályok, melyekben zajlik. Az állami kórházakban a szigorú protokoll követése, mely tartalmazza a preventív eljárások és beavatkozások rutinszerű használatát, tükröződik az adatokon: a mintában szereplő, kórházban szülő nők kétharmadánál alkalmaztak (legalább egy) beavatkozást, valamint a császármetszések előfordulási aránya is magasabb a mintában a WHO ajánlásaihoz képest. Míg a WHO (2015) ajánlása alapján a császármetszések aránya 10-15% között lenne optimális, a mintában a nők 23%-a szült császármetszéssel, ezen esetekben pedig valóban kevésbé tudott kialakulni a módosult tudatállapot.

A rendkívül nagy számban előforduló beavatkozások MTÁ-ra gyakorolt negatív hatásait fokozza továbbá az a tény, miszerint a beavatkozások több, mint felénél nem kérték a szülő nők előzetes beleegyezését és/vagy nem kaptak megfelelő tájékoztatást és indoklást a beavatkozás szükségességét illetően. A mintán belül a beleegyezés hiánya minden esetben negatívabb

élménymintázatot és csökkent mértékű MTÁ-t eredményezett. A császármetszések kapcsán kíváncsi voltam arra is, hogy a műtetet megelőző vajúdas elő tudta-e idézni kellőképpen a tudatállapot-módosulást. Ez az elemzés sajnos kevés dimenzióban hozott szignifikáns eredményt, azonban részben beigazolódott, hogy az MTÁ egyes állapotjellemzői valóban szignifikánsabban erősebbek voltak azoknál, akiknél sor került vajúdasra.

Összevetve az eredményeket a szüléskultúra-elmélettel azt mondhatjuk el, hogy a tudatállapot-módosulás a posztmodern (holisztikus és humanista) szüléskultúra által képviselt értékek mentén tud leginkább megvalósulni. A szülő nő aktív ágensként való kezelése és a szülés természetes folyamatában való kísérése mind a posztmodern, mind az MTÁ megteremtésének kulcsfontosságú elemei, melyet jelen kutatás is igazol. Mindez ugyanakkor nem azt jelenti, hogy intézményi keretek között ne tudna megvalósulni az MTÁ és a pozitív szülésélmény, ugyanis az MTÁ kialakulásának számos olyan objektív feltétele van, mely bármilyen környezetben megteremthető és formálható. A beavatkozások alkalmazása és a medikalizált környezet tehát nem szükségszerűen gátolja az MTÁ-t. A mesterséges beavatkozások például megvalósíthatók olyan feltételek mellett is, melyek a szülő nő autonómiáját támogatják, például azáltal, hogy bevonják őt a szülést érintő döntésekbe, aminek megtapasztalása pozitívan képes átformálni a szülésélményt. A szülésélményt javító és az MTÁ-t támogató tényezők feltérképezése tehát lehetőséget adhat arra, hogy a szülészeti ellátásban olyan körülményeket teremtsünk, melyek támogatják a nők pozitív szülésélményét.

5.2. Limitációk és továbbfejlesztési lehetőségek

A dolgozat egyik limitációja, hogy a minta eloszlása nem arányos, ezáltal néhány esetben a csoportok összehasonlításában torzítás léphet fel. Ilyen például a szülés helyszíne szerinti megoszlás: 78% az állami kórházban szülők aránya, mely rendkívül magas a többi három csoport arányához képest (11%, 8%, 1%). A minta megoszlási torzítása miatt több kutatási kérdés is kimaradt az elemzésből, melyet érdemes lett volna megvizsgálni: többek között ilyen például a segítők jelenlétének hatása, vagy a császármetszések összehasonlítása az élménymintázat mentén (sürgősségi vs. programozott).

További limitáció, hogy a szülés körülményei az MTÁ bizonyos dimenzióiban nem mutattak szignifikáns eltérést, így nem vonható le teljeskörű következtetés az MTÁ egész élménymintázataira vonatkozóan. Ez azt jelenti, hogy például a beavatkozások hatásánál elmondhatjuk, hogy van különbség a pozitív és negatív érzelmek között, a vizuális képzelet dimenziójáról nem tudjuk biztosan, hogy melyik csoportban hogyan alakul, mert ezen változók esetén nem volt szignifikáns a teszt.

A dolgozatnak számos továbbfejlesztési lehetősége is van. A minta növelésével a szülés körülményeinek hatása részletesebben is vizsgálható lenne, a szülés helyszíne alapján például egyesével vizsgálhatók lennének az állami- és magánkórházakban, szülésházakban és otthonszülők csoportja. Érdekes lenne a kórházi körülmények hatásait is részletesebben vizsgálni, például az orvosokba vetett bizalom vagy az orvosi kommunikáció és szuggesztiók hatását az MTÁ-ra.

A dolgozat keretein túllépve az MTÁ-t egyéb vonatkozásokban is érdemes lenne vizsgálni. Mivel a szülés alatti módosult tudatállapot egy új kutatási témaként van jelen a perinatális kutatásokban, ezért számos olyan feltáratlan jellemzője van, amely különböző módszerekkel vizsgálható. A szubjektív élményösszevetők feltérképezéséhez például kiindulásnak a legalkalmasabb a kvalitatív módszer, mely interpretálatlanul tárja fel az élményt. Emellett izgalmas kutatási téma továbbá a szülés alatti MTÁ agyi háttérmechanizmusának és neurohormonális folyamatainak feltárása is.

Kijelentem, hogy semmilyen MI-technológiával előállított tartalom nem került bemutatásra saját munkaként.

Irodalomjegyzék

Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727.

Bálint, S. (1991). A természetes szülés hipotézise. *Lege Artis Medicinae*, 1(3), 174-179.

Devosa, I., Vanya, M., Szili, K., & Bártfai, G. (2017). Anyatejes táplálás: a szoptatás specifikus aspektusai.

Buckley, S. J., & Dip, O. (2003). Undisturbed birth: Nature's blueprint for ease and ecstasy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 17, 261-288.

Crowther, S., Smythe, L., & Spence, D. (2014). Mood and birth experience. *Women and Birth*, 27(1), 21-25.

Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505-511.

Dahan, O. (2021). Birthing consciousness: A lacuna in evolutionary psychological science. *New Ideas in Psychology*, 60, 100822.

Dahan, O. (2023). The riddle of the extreme ends of the birth experience: Birthing consciousness and its fragility. *Current Psychology*, 42(1), 262-272.

Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Oakland, CA: University of California Press

Davis-Floyd R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75 Suppl 1, S5–S23.

Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2014). The emotional journey of labour—Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*, 30(3), 371-377.

Duff (2005). *A study of labour*. PhD Dissertation: University of Technology, Sydney. <http://epress.lib.uts.edu.au/research/handle/10453/20169>

Hall, P. J., Foster, J. W., Yount, K. M., & Jennings, B. M. (2018). Keeping it together and falling apart: Women's dynamic experience of birth. *Midwifery*, 58, 130-136.

Héjja-Nagy, K. (2014). *A szülésélmény vizsgálata a beavatkozások összefüggésében*. Szakdolgozat. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Perinatális Szaktanácsadó szakirányú továbbképzés. Budapest: ELTE PPK

- Héjja-Nagy, K. & Varga, K. (2017). A SzülésSzületés minősége - a szülés az élmény tükrében, In: Szentiványi-Makó, H. & Veszprémi, B. (szerk.) *A párkapcsolattól a gyermekágyig*, 293-313. OCTOPORT Oktató, Tanácsadó és Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Héjja-Nagy, K. (2019). Anyai élmények, módosult tudatállapotok a várandósság és szülés-születés körül. In Varga, K., Andrek, A. & Molnár, J. (szerk) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. 114-124. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Jankó-Badó, A. (2022). *A szülészeti jogokkal kapcsolatos jogtudat empirikus vizsgálata. Félautonóm társadalmi mezők a szülés körül*. Doktori disszertáció. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar, Doktori Iskola. Budapest: PPKE
- Józsa, E., Költő, A., Bányai, É., & Varga, K. (2019). A tudat fenomenológiája kérdőív magyar változatával szerzett tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(1), 29-45.
- Kisdi, B. (2011). *Háborítatlanul. A modern otthonszülés értelmezése*. Doktori disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pécs: PTE
- Kisdi, B. (2012). A női test dekolonizációja. A szülés posztmodern szemlélete. *Néprajzi Látóhatár* 3, 23-44.
- Kisdi, B. (2013). Az otthonszülés, mint társadalmi kórjelző tünet. *Kapocs* XII(3), 29-43.
- Kisdi, B. (2016). Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz J. T. (2016) (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. Komárno: International Research Institute s. r. o., 321-330.
- Kovács (2002). Élettani vajúdás és szülés. In Papp, Z. (szerk.) *A szüléset-nőgyógyászat tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 368-405.
- Kurz, E., Davis, D., & Browne, J. (2019). 'I felt like I could do anything!' Writing the phenomenon of 'transcendent birth' through autoethnography. *Midwifery*, 68, 23-29.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16-S24.
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18(2), 155-164.
- Molnár J. E. & Frigyes J. (2012). A mesterséges megtermékenyítéstől a szülés utáni depresszióig. A szülészet pszichológiai-pszichiátriai problémái és terápiás eszköztára. Oktatási anyag. Budapest: Vadaskert Alapítvány
- Odent, M. (2003). *A szeretet tudományosítása*. Érd: Napvilág Születésház

- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., ... & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347.
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., ... & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos one*, 15(7), e0230992.
- Pekala, R. J. (1982). The Phenomenology of Consciousness Inventory. Thorndale, Philadelphia, USA: Psychophenomenological Concepts.
- Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29(8), 819-825.
- Szabó Cs. (1989). Szubjektív élmények különböző indukciós technikákkal létrehozott hipnózisokban. Doktori értekezés. Debrecen: Kossuth Lajos Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar. Kézirat
- Székely, Zs. (2018). „Egymás-állapot” szülésznők-bábák-dúlák tapasztalatai a segítő kapcsolatról: interpretatív fenomenológiai analízis. Disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola. Pécs: PTE
- Szél, Zs. (2021). Testet öltött kultúra – orvostudomány és embodiment. *Replika*. 121–122. Letöltve: 2024.03.26. DOI: 10.32564/121-122.9
- Varga K. (2008). Tudatzavarok és megváltozott tudatállapotok. In Kállai, J., Bende, I., Karádi, K., Racsmány, M. (Szerk.), Bevezetés a neuropszichológiába. Budapest: Medicina Kiadó, 419-463.
- Varga, K. (2009). Szexualitás, szülés, kötődés: az oxitocin pszichoemotív hatásai. In Bagdy E., Demetrovics Zs. & Pilling J. (szerk.) *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Budapest: Akadémiai, 447-474.
- Varga, K. (2011). Az oxitocin, mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae* 21(12)
- Varga, K., & Bálint, B. (2022). A természetes és a szintetikus oxitocin szüléskor és szoptatáskor. *Orvosi Hetilap*, 163(41), 1629-1638.
- Varga, K. & Suhai-Hodász, G. (2000). *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Budapest: Pólya

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28-38.

WHO. (2015). Statement on Caesarean Section Rates.

Mellékletek

1. Szülés körülményeire vonatkozó kérdőív

Általános kérdések

Hány éves Ön?

- 15-20 év
- 21-25 év
- 26-30 év
- 31-35 év
- 36-40 év
- 40 év felett

Hányadik gyermeke születésével kapcsolatban tölti ki a kérdőívet?

- Első
- Második
- Harmadik
- Negyedik vagy annál több

Mikor szült? (év, hónap, nap formátumban megadva)

(pl. 2024.01.01.)

Szülés ideje

- 37-41. hétre született
- 37. hét előtt (koraszülés)
- 41. hét után (túlhordás)

Szülés módja

- természetes (hüvelyi) szülés
- programozott császármetszés
- tervezett császármetszés saját kérésre
- sürgősségi császármetszés

Ha császármetszéssel szült – volt-e vajúdás, és ha igen, mennyi ideig tartott? (órában megadva)

Szülésnél jelen lévő segítők

- Egyedül szeretett volna szülni
- Nem szeretett volna egyedül szülni, de így alakult
- Férj
- Csak dúla
- Anya
- Barátnő
- Valaki más
- Többen is (férj+dúla, férj+anya stb.)

A szülés ... zajlott

- a tervezett menetrend szerint zajlott
- az előre tervezettektől eltérően

A szülés miben tért el a tervezettektől?

- szülés helyszíne (pl. szülőotthon helyett kórház)
- szülés módja (pl. hüvelyi szülés helyett császárral)
- beavatkozások (pl. nem szeretett volna, de mégis volt beavatkozás)
- tervezett kísérők/segítők nem voltak jelen
- egyéb: _____

A gyermekemet a szülést követően azonnal (egy percre sem szétválasztva) mellre/mellkasra/hasra vehettem (bőr-bőr kontaktusban).

- Igaz/ Nem igaz.

Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt, mennyi ideig tartott a bőr-bőr kontaktus?

- kevesebb, mint fél óra
- fél-1 óra
- több, mint 1 óra

Szülés kitolási fázisára vonatkozó kérdések

Szülés helyszíne

- állami kórház
- magánkórház
- szülőotthon
- otthoni szülés

Milyen beavatkozások voltak a szülés során?

- Gátmetszés
- Vákuum- vagy fogóhasználat
- Külső nyomás (pl. könyöklés)
- Egyéb: _____

Az egyes beavatkozásoknál...

- kérték-e a beleegyezését: igen/nem
- kapott-e tájékoztatást/ magyarázatot: igen/nem

Kitolási pozíció

- Szülőágyon hanyatt fekve, felhúzott lábakkal
- Szülőágyon, ülő helyzetben

- Szülőfotelben
- Szülőszéken
- Egyéb helyzetben (pl. négykézláb, állva, kádban)

Szabadon választhatta-e a pozíciót?

- Igen, saját maga által választott pozícióban szült
- Orvos/szülésznő javasolta, de nem is volt egyéb kívánsága
- Orvos/szülésznő ragaszkodott hozzá, pedig szeretne volna másként

Vajúdás körülményei

Vajúdás helyszíne (kérjük, csak akkor jelölje, ha eltért a szülés helyszínétől)

- állami kórház
- magánkórház
- szülésotthon
- saját otthon

Mennyi idő volt a vajúdás?

- kevesebb, mint 1 óra
- 1-4 óra
- 4-8 óra
- 8-24 óra
- több, mint 24 óra

A vajúdás során lehetséges volt:

- szabad mozgás, testhelyzet felvétele
- evés (alacsony rizikójú szülés esetén jelölje)
- ivás (alacsony rizikójú szülés esetén jelölje)

Milyen beavatkozások voltak a vajúdás során?

- Szülészeti fájdalomcsillapítás (EDA, epidurális anesztézia)
- Szülés megindítása (pl. oxitocinnal, burokrepesztéssel vagy egyéb módon)
- Szülés gyorsítása (pl. oxitocinnal, burokrepesztéssel, vagy egyéb módon)
- Mesterséges méhszájtágítás
- Burokrepesztés

Az egyes beavatkozásoknál...

- kérték-e a beleegyezését: igen/nem
- kapott-e tájékoztatást/ magyarázatot: igen/nem

2. A Tudat Fenomenológiája Kérdőív – (PCI) (Szabó, 1989)

Kérjük, hogy minden megállapítást gondosan és figyelmesen olvasson el, és válaszoljon a lehető legpontosabban: a válaszlapon jelölje meg azt a számot, amelyik a legjobban megfelel (a kérdéses idő alatt) szubjektív élményeinek.

1.	Végig nyugtalan, zavart voltam, képtelen voltam bármire is koncentrálni.	0 1 2 3 4 5 6	Jól tudtam koncentrálni, egyáltalán nem voltam nyugtalan (zavart).
2.	A gondolkodásom tiszta és világos volt.	0 1 2 3 4 5 6	A gondolkodásom zavaros, nehezen érthető volt.
3.	A felmerülő gondolatokat és képeket én irányítottam, magam határoztam el, hogy mire fogok gondolni vagy mit fogok elképzelni.	0 1 2 3 4 5 6	A felmerülő gondolatok és képek maguktól jöttek, anélkül, hogy kontrolláltam volna azokat.
4.	Olyan élményem volt, melyet nagyon vallásosnak, lelkinak vagy transzcendensnek nevezhetnék leginkább.	0 1 2 3 4 5 6	Nem volt olyan élményem, melyet vallásosnak, lelkinak vagy transzcendensnek nevezhetnék.
5.	Nagyon erős szexuális érzéseim voltak.	0 1 2 3 4 5 6	Nem voltak szexuális érzéseim.
6.	Közben hangtalanul sokat beszéltem magamban.	0 1 2 3 4 5 6	Közben egyáltalán nem beszéltem magamban, hangtalanul.
7.	Nagyon nagy szomorúságot éreztem.	0 1 2 3 4 5 6	Egyáltalán nem éreztem szomorúságot.
8.	A figyelmem teljesen saját, belső szubjektív élményeimre irányult.	0 1 2 3 4 5 6	A figyelmem teljesen a külvilág felé irányult.
9.	Eksztázist és örömet éreztem.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem eksztázist vagy örömet.
10.	Nem tudok visszaemlékezni arra, hogy milyen élményeim voltak.	0 1 2 3 4 5 6	Pontosan emlékszem minden élményemre.
11.	Testem befejeződött a bőröm és a külvilág találkozásánál.	0 1 2 3 4 5 6	Úgy éreztem, mintha a testem kiterjedt volna, túl a bőröm és a külvilág találkozásán.
12.	Nagyon sok vizuális élményem volt, sok kép jelent meg előttem.	0 1 2 3 4 5 6	Egyáltalán nem voltak vizuális élményeim, nem voltak képek
13.	Egyáltalán nem voltam tudatában annak, hogy tudatában vagyok önmagamnak (a velem törtéteknek). Nem volt én-tudatom.	0 1 2 3 4 5 6	Teljesen tudatában voltam annak, hogy tudatában vagyok önmagamnak. Erős volt az én-tudatom.
14.	Egyáltalán nem éreztem magam dühösnek.	0 1 2 3 4 5 6	Dühösnek éreztem magam.
15.	Teljesen megváltozott az, ahogyan az időt észleltem.	0 1 2 3 4 5 6	Nem vettem észre, hogy másképpen éreztem volna az idő múlását.
16.	Nagyon rémültnek éreztem magam.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem magam rémültnek.
17.	Egészen megváltozott az, ahogyan a világot észleltem.	0 1 2 3 4 5 6	Nem vettem észre, hogy másként észleltem volna a világot.
18.	A vizuális képzeletem egészen élénk és három dimenziós volt, valósnak tűnt.	0 1 2 3 4 5 6	A vizuális képzeletem igen halvány és diffúz volt. Nehéz volt bármit is elképzelni.
19.	Az izmaimat nagyon feszesnek, feszültnek éreztem.	0 1 2 3 4 5 6	Az izmaimat nagyon lazának, ellazultnak éreztem.
20.	Egyáltalán nem éreztem a szeretet érzését.	0 1 2 3 4 5 6	Nagyon erősen éreztem a szeretet érzését.
21.	A tudatom nem tért el a szokásostól, nem volt semmi szokatlan.	0 1 2 3 4 5 6	A szokásostól igen eltérő, szokatlan tudatállapotot éreztem.
22.	Semmit sem tudok felidézni abból, ami történt velem.	0 1 2 3 4 5 6	Mindent fel tudok idézni abból, ami történt velem.
23.	Tiszteletet és megbecsülést éreztem a világ iránt.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem tiszteletet és megbecsülést a világ iránt.
24.	A gondolkodásom tiszta és világos volt.	0 1 2 3 4 5 6	A gondolkodásom zavaros, kusza volt.
25.	Teljesen kontrolláltam azt, hogy mire figyelek.	0 1 2 3 4 5 6	Egyáltalán nem kontrolláltam azt, hogy mire figyelek.

26.	Testi érzéseim mintha kiterjedtek volna a külvilágba.	0 1 2 3 4 5 6	A testi érzéseim a bőrömön belülre korlátozódtak.
27.	Végig teljesen tudatában voltam önmagamnak.	0 1 2 3 4 5 6	Elvesztettem az én-tudatomat.
28.	A figyelmem teljesen a körülöttem levő világra irányult.	0 1 2 3 4 5 6	A figyelmem teljesen befelé, saját belső, szubjektív élményeim felé irányult.
29.	A körülöttem levő világ színe és alakja egészen megváltozott.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem másnak a körülöttem levő világ színét vagy formáját.
30.	Úgy tűnt, hogy az idő nagyon gyorsan vagy lassan telt.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem másnak az idő múlását.
31.	Nem éreztem csüggedtnak vagy boldogtalannak magam.	0 1 2 3 4 5 6	Boldogtalannak, csüggedtnak éreztem magam
32.	Nem éreztem, hogy hirtelen a szokásosnál jobban megérteném a dolgok lényegét.	0 1 2 3 4 5 6	Nagyon határozottan éreztem, hogy bizonyos dolgokat hirtelen világosan értek.
33.	Nagyon mérgesnek, felindultnak éreztem magam.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem mérgesnek, felindultnak magam.
34.	Nem zavart semmi, képes voltam teljesen elmerülni az élményeimben.	0 1 2 3 4 5 6	A külső hatások, események végig zavartak.
35.	Egyáltalán nem éreztem szexuális érzéseket.	0 1 2 3 4 5 6	Nagyon erős szexuális érzéseket éreztem.
36.	A gondolkodásom irracionális volt, nagyon nehéz volt megérteni.	0 1 2 3 4 5 6	A gondolkodásom logikus volt, könnyű volt megérteni.
37.	Nem éreztem merevnek, feszültnek magam.	0 1 2 3 4 5 6	Merevnek, feszültnek éreztem magam.
38.	Emlékeim, melyeket átéltem, nagyon tiszták és élénkek voltak.	0 1 2 3 4 5 6	Az átélt emlékeim nagyon homályosak, ködösek voltak.
39.	Nem éreztem, hogy a körülöttem levő világ mérete, alakja vagy látványa megváltozott volna.	0 1 2 3 4 5 6	A körülöttem levő világ mérete, alakja vagy látványa megváltozott.
40.	A tudatom a szokásostól nagyon eltérő volt.	0 1 2 3 4 5 6	A tudatom nem különbözött a szokásostól.
41.	Feladtam a kontrollt, passzívan befogadtam az élményeim.	0 1 2 3 4 5 6	Akarattal kontrolláltam az élményeim.
42.	Nem éreztem rémületet vagy félelmet.	0 1 2 3 4 5 6	Félelmet és nagy rémületet éreztem.
43.	Nem éreztem az időtlenség érzését, az idő úgy ment, ahogy szokott.	0 1 2 3 4 5 6	Az idő megállt, egyáltalán nem ment.
44.	Egyáltalán nem voltak képi élményeim vagy csak nagyon kevés.	0 1 2 3 4 5 6	Az élményeim majdnem teljesen képekből álltak.
45.	Közben egyáltalán nem beszéltem magamban, csendben.	0 1 2 3 4 5 6	Közben sokat beszéltem magamban, csendben.
46.	Nem éreztem a szokásos érzéseimen túl eksztázist vagy boldogságot.	0 1 2 3 4 5 6	Eksztázist vagy nagy boldogságot éreztem.
47.	Nem éreztem a szokásostól eltérő vallásos (misztikus) érzéseket, vagy a lét mély értelmét.	0 1 2 3 4 5 6	A lét mélyen misztikussá, jelentéstelivé vált.
48.	Az elképzelt dolgok nagyon halványak, homályosak voltak.	0 1 2 3 4 5 6	Az elképzelt dolgok olyan tiszták és élesek voltak, mintha valóban láttam volna azokat.
49.	Erősen éreztem a szeretet érzését.	0 1 2 3 4 5 6	Nem éreztem a szeretet érzését.
50.	Egész idő alatt erősen tartottam az öntudatom.	0 1 2 3 4 5 6	Nem tartottam meg az öntudatom egyáltalán.
51.	Végig nagyon erősen fenntartottam azt az érzést, hogy a környezet és én különállóak vagyunk.	0 1 2 3 4 5 6	Erős egységet éreztem a világgal, köztem és a környezet között eltűntek a határok.
52.	A figyelmem teljesen befelé irányult.	0 1 2 3 4 5 6	A figyelmem teljesen kifelé irányult.
53.	A tudatállapotom nem volt szokatlan, nem tért el attól, amilyen lenni szokott.	0 1 2 3 4 5 6	Különlegesen szokatlan tudatállapotban éreztem magam, eltért attól, amilyen lenni szokott.