

DEBRECENI EGYETEM
BÖLCSESZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA INTÉZET

*Az anya pszichológiai jellemzőinek kapcsolata óvodáskorú
gyermekük testi adottságaival és társas fejlődésével*

Témavezető:
Dr. Almássy Zsuzsanna
főiskolai docens

Szilágyi Dorottya Ágnes
Z5BONX
Pszichológia BA
Nappali

Debrecen
2025. 01. 02.

Tartalomjegyzék

Absztrakt	4
Bevezetés és témafelvetés	5
Szakirodalmi áttekintés	6
<i>Szubjektív jóllét, mentális egészség Magyarországon</i>	6
<i>Anyai depresszió</i>	6
<i>Az anyai depresszió hatása a gyermek fejlődésére</i>	8
<i>A kisgyermekek érzelmi és viselkedési fejlődésének az áttekintése</i>	10
<i>Gyermekkori elhízás kóros hatásai</i>	11
Vizsgálat	12
<i>A vizsgálat célja</i>	12
<i>Hipotézisek</i>	13
<i>Minta</i>	14
<i>Demográfiai adatok</i>	15
<i>A vizsgálat mente</i>	15
<i>Mérőeszközök bemutatása</i>	16
Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ).	16
Beck Depresszió Kérdőív (BDI).	17
Gyermek Önszabályozás és Viselkedés Kérdőív (cSBQ).	18
Anamnézis kérdések.	19
Eredmények	20
<i>Adatok elemzése</i>	20
<i>Mérőeszközök megbízhatósága</i>	20
<i>Leíró statisztika</i>	20
<i>A gyermek BMI értéke és az anya depressziós jellegű tüneteinek kapcsolata</i>	22
<i>Az anyai depressziós jellegű tünetek és a gyermek szociális viselkedésének kapcsolata</i>	23
<i>A családszerkezet és az anyai depressziós jellegű tünetek hatása a gyermekre</i>	26
Következtetések	28
<i>Diskusszió</i>	28

<i>Limitációk</i>	31
<i>Jövőre vonatkozó megállapítások</i>	31
<i>Összefoglalás</i>	32
Irodalomjegyzék	33

Absztrakt

Az elmúlt 30 év során a gyermekkori túlsúlyosság és elhízottság az Egyesült Államokban 6 százalékról 35 százalékra növekedett (Pineros-Leano, 2020). Így napjainkban egyre több hazai és nemzetközi kutatás fókuszába kerül az emberi test és az ehhez kapcsolódó tünetegyüttesek vizsgálata (Perczel-Forintos, 2017; Berkessel és mtsai., 2024). Nem csak biológiai és testi egészséget érintő szempontból, hanem pszichológiai oldalról is jelentős, vizsgálandó kérdés, különösen a hangulatváltozások, azon belül az anyai depresszió tükrében. A dolgozat célkitűzése annak kiderítése, hogy az anya mentális egészsége hogyan hat és miképpen befolyásolja a gyermek testi és szociális állapotát, jóllétét. Azt feltételezzük, hogy gyermekek ugyanolyan erőteljesen élik meg az anyai mentális állapot változását, mint az adott anyák. A vizsgált tünetek közül kiemelten kezeltük a testsúlyra gyakorolt hatást, amelyet számos kutatási eredmény is alátámaszt, azaz, hogy már óvodás korú gyermekeknél is kimutatható a testsúly hatása a társas kapcsolatok és a szubjektív jóllét megélésére (Gross és mtsai., 2013). Vizsgálatunk során irányított, elérhetőségi mintavétel történt, melynek során óvodapedagógusok, illetve anyák töltötték ki gyermekekre vonatkozó kérdéseket. Az anyák esetében a mentális állapotukat is vizsgáltuk. A két kérdőívesomag eredményét pedig a gyermekek nevéhez generált kódokkal tudtuk összekapcsolni. Kutatásunk kiemelt eredményei közé tartozik az anyai depressziós jellegű tünetek és a gyermek szociális, illetve viselkedései problémái közötti összefüggés feltárása. Ehhez kapcsolódik, hogy több területen is mediáló tényezőként hatott a gyermek BMI értéke. Ezen felül igazoltuk az anya depressziós jellegű tüneteinek a kapcsolatát a gyermek társas kapcsolataival a családszerkezet tükrében. Kutatásunk eredményei azért különösen figyelemreméltóak, mert a mi esetünkben nem kizárólag klinikailag igazolt depressziós anyákat vizsgáltunk, hanem a populációból véletlenszerűen kiválasztott mintával dolgoztunk. Azonban az anya mentális jólétének hatása már ebben az esetben is megjelent, és szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek fejlődésével. Abban az esetben, ha az anyánál diagnosztizált a depresszió, akkor az eredményeink alapján arra tudunk következtetni, hogy még erősebb kapcsolat állhat fent az anya mentális állapota és a gyermek fejlődése között, a kutatásunk eredményével pedig szeretnénk tudományos és gyakorlati figyelmet irányítani ezen terület kiemelt fontosságára.

Bevezetés és témafelvetés

Ha az elmúlt tíz évre visszatekintünk, akkor láthatjuk, hogy a depresszióban szenvedő személyek száma drasztikusan növekedett. Alapul véve Goodwin (2022) kutatási eredményeit, 2015-ben az Amerikai Egyesült Államokban a 12 évnél idősebb lakosság körében a depresszióban szenvedők száma meghaladta a 7,3 százalékot. 2020-ban a COVID19 járvány kezdetét követően már 9,2 százalékot mértek. Emellett megjelent az elhízás problémája is, ami egy globális jelenséggé nőtte ki magát. Az elmúlt 30 év során a gyermekkori túlsúlyosság és elhízottság az Egyesült Államokban 6 százalékról 35 százalékra növekedett (Pineros-Leano, 2020).

A magasabb BMI a 4-5 éves korú gyermekeknél összefüggésben áll a gyengébb szociális kapcsolatokkal, illetve a gyakoribb érzelmi problémákkal (Sawyer és mtsai., 2011). Így nyomós okunk van feltételezni, hogy a testsúly jelentősen befolyásolja a gyermek közösségi életének alakulását. A túlsúlyos gyermekek gyakran tapasztalnak negatív megítélést, társas izolációt, ami így megnehezíti az egészséges szociális kapcsolatok kialakulását (Puhl és Latner, 2007). Vajon lehet a kettő között összefüggés? Lehet-e hatással a családban megélt depresszió a gyermek túlsúlyára és így a szociális életére? Kutatásunk fókuszába ezt a vizsgálandó kérdéskört szeretnénk helyezni. Hasznos lehet-e egy olyan kutatás, amely mélyebb összefüggéseket keres az óvodás korú gyermek testsúlya és szociális kapcsolatai között az anyai depresszió tükrében?

Izgalmas kérdés lehet az, hogy az anya mentális állapota, hogyan befolyásolja a gyermek mindennapi szokásait és így a fizikumát. Ennek a felvetésnek jár utána Gross (2013) kutatásában, amelyet alacsony jövedelemmel rendelkező családoknál vizsgált. Azoknál az édesanyáknál, akiknél súlyos depressziós tüneteket állapítottak meg gyakrabban volt megfigyelhető, hogy kevésbé korlátozták a gyermekeiket, illetve az ételt, mint jutalmat használták. Azoknál az édesanyáknál, akiknél közepesen súlyos depressziós tüneteket állapítottak meg, megfigyelhető volt, hogy több édességet adtak a gyermeküknek, gyakrabban jártak étterembe és gyakrabban hagyták el a reggeli étkezést. Összességben elmondható volt, hogy a depressziós szülők gyermekei kevesebbet alszanak és kevesebbet játszanak kint. Ezen kívül pedig fontos megemlíteni, hogy a reggeli étkezés elhagyása gyakrabban eredményezett magasabb BMI-t (Deshmukh-Taskar és mtsai., 2010).

Ezen kutatási eredmények indokoltá teszik azt a feltételezést, hogy az anyai depresszió hatással van a gyermek testsúlyára, és így a társas kapcsolataira, illetve szubjektív jóllétének megélésére.

Jelen dolgozat középpontjában az anyai depressziós jellegű tüneteket tervezzük vizsgálni, majd ezeknek az eredményeknek a tükrében az adott gondviselő gyermekének a BMI mutatója, szociális kapcsolata, érzelemszabályozási problémái és az elsődlegesen vizsgált anyai depressziós jellegű tünetek közötti lehetséges összefüggéseket szeretnénk feltárni. Vizsgálatunk során az óvodapedagógusok két kérdőívet töltenének ki, kiegészítve anamnézis kérdésekkel, amelyeknek az eredményeit összefüggésbe tervezzük hozni az anya mentális állapotával, amelyet egy általa kitöltött mentális állapotot vizsgáló kérdőív segítségével tennénk, kiegészítve a gyermekre vonatkozó anamnézis kérdésekkel. Ezt követően pedig a fő vizsgálatban azt tervezzük, hogy megfigyeljük a gyermekek BMI értékének a hatását a közösségben betöltött szerepükre.

Az adatok elemzése után elkezdjük feltárni a lehetséges összefüggéseket, kapcsolatokat és ezeknek az okait.

Szakirodalmi áttekintés

Jelen szakirodalmi áttekintés célja, hogy bemutassuk az anyai depressziót, mint jelenséget, ennek lehetséges összefüggését a gyermek fejlődésével, és az esetleges hosszú távú hatásait a fejlődő szervezetre. Ezen túl fókuszba helyezzük a kisgyermekkorai normál fejlődési területeket, amik alapul szolgálnak a mérési eredményeink valid értékeléséhez.

Szubjektív jóllét, mentális egészség Magyarországon

A KSH 2019-es eredményei tükrében (KSH, 2019), azt láthatjuk, hogy enyhe depressziós tünetekről a magyarok egyötöde számolt be, mérsékelt/súlyos tünetekkel pedig 1,5 százalékuk szenvedett. Az alacsony szintű pozitív érzelmi állapot különösen jellemző bizonyos társadalmi csoportokra, például az egyedül élő özvegyekre, az Észak-Magyarországon élőkre, az alapfokú végzettségűekre, és a legalacsonyabb jövedelmi ötödbe tartozók körére. További fontos adat, hogy a nőknél (25 százalék) magasabb a depresszióval küzdők aránya, mint a férfiaknál (17 százalék).

Anyai depresszió

Karen A. Ertel (2011) kutatásában rámutatott arra, hogy vizsgálata alapján az anyák tíz százaléka tapasztalt meg depressziót 2010-ben az Amerikai Egyesült Államokban, így kiemelten kezelendő egészségügyi problémává nőtte ki magát. Egy 1999-es kanadai kutatás

világított rá arra a tényre, hogy kétszer annyi nő szenved depresszióban, mint férfi (Stephens és mtsai., 1999). Az előbb említett kutatás során a depresszióban szenvedők számát a kanadai populációban 6%-ra mérték, azonban a szülést követő depresszió sokkal jelentősebb mértéket ölt (13%) (Bland, 1997; Bernard-Bonnin, 2004). Mindezek mellett a Mayo Clinic (2019) tanulmánya is ráerősített arra a tényre, hogy a nők kétszer akkora valószínűséggel tapasztalhatnak meg depressziót az életük során, mint a férfiak.

A depressziós állapot az életünk bármely szakaszában megjelenhet. Ennek a jelenségnek több meghatározó oka és befolyásoló faktora is létezik. Többek között a hormonális változások és az általános nehézségek a pubertás kor alatt, predominális problémák, a terhesség időszaka, a szülés utáni időszak, a menopauza és nem mellesleg az életkörülmények és a kultúra is megnövelheti a depresszió kialakulásának a kockázatát (Mengelkoch és Slavich, 2024).

Rohanachandra (2021) rámutatott arra, hogy a depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai zavar a terhesség és a szülés utáni időszak alatt. A nők közel 12%-át érinti a terhesség alatt, és 15-20%-át a szülés utáni első évben.

Az anyai depresszió általános jellemzői közé tartozik a tartós szomorúság, konstans fáradtság, ingerlékenység, alvászavar, büntudat és az érdektelenség. Ezek a tünetek jelentősen rontják az anya fizikai és érzelmi állapotát (Beck, 2001).

A fentebb említett jellemzők hatással lehetnek a családi élet harmóniájára. Egy 2022-es kutatás (Wang, 2022) rámutatott arra, hogy a terhesség alatti depresszió és a családi kapcsolatok szoros összefüggésben állnak. A depresszió kialakulása különösen kritikus a terhesség idején, és negatívan hat a nő mentális egészségére, valamint a családi életre is. A nők a terhesség időszakában vannak a legnagyobb veszélynek kitéve, sokuk tapasztal társadalmi morbiditást és depressziós tüneteket. Ezeket gyakran nem ismerik fel és így nem kapják meg a megfelelő kezelést. Azok, akiknél magasabb a depresszióra való hajlam rizikója, azok különösen törékenyek a szülést követő hónapokban (Bernard-Bonnin, 2004). Nagyon fontos a depresszió tüneteit időben felismerni annak érdekében, hogy a család dinamikája megmaradjon.

A családon belüli depresszió negatív hatásainak különösen a gyermekek vannak kitéve. Többek között a szülői depresszió hozzájárulhat az ADHD kialakulásához, szorongáshoz, viselkedési problémákhoz, a stresszre való érzékenységhez, valamint a gyengébb iskolai teljesítményhez. Ezen kívül pedig hosszú távon befolyásolhatja a gyermek érzelmi és társadalmi fejlődését (Burton, 2024; Essex és mtsai., 2002; Grace és mtsai., 2003).

Weissman és munkatársainak (1987) az egyik fő megállapítása az volt, hogy súlyos depresszió gyakrabban fordul elő a depressziós szülők gyermekeinél, mint a nem depressziós

szülők gyermekeinél. Hajnal, Susánszky, Szántó és Csoboth (2004) kutatásukban rámutatnak arra, hogy a lányok különösen szenzitív módon reagálnak az anya hangulati állapotára.

Az anyai depresszió hatása a gyermek fejlődésére

Goodman (2007) felhívja a figyelmet arra, hogy akár biológiai, akár pszichológiai, akár pszichoszociális oldalról vizsgáljuk a kérdést, az anyák depressziója aggodalomra adhat okot a gyermekek pszichopatológiájának kialakulásával kapcsolatban.

Weissman és munkatársai (1987) pedig kimutatták, hogy a súlyos depresszió előfordulási aránya magasabb volt a depressziós szülők gyermekeinél, mint a nem depressziós szülők gyermekeinél.

A fenti kutatást megerősítve Margitics és Pauwlik (2007) tanulmányukban bemutatták, hogy a depressziós édesanyák gyerekei nagyobb kockázatnak vannak kitéve a depresszív veszélyeztetettségét illetően. Az anyai depressziót egy rizikófaktorának tekintik a gyermek szocio-emocionális és kognitív fejlődése szempontjából (Bernard-Bonnin, 2004). Az anyai depresszió a gyermek fejlődését számos területen érinti, többek között a gyermek kognitív és viselkedéses fejlődését, és a gyermek fizikumának a változását is.

Először a kognitív fejlődés kerül fókuszba. Sohr-Preston és munkatársai (2006) tanulmányukban felhívták a figyelmet arra, hogy a krónikus depresszióban szenvedő anyák gyermekeinek kognitív és nyelvi fejlődése problémásabb lehet. Feltételezésük szerint azért, mert a depresszió interferál az anyák érzékeny és következetes reagálási képességeivel és ez áttevéődhet a gyermekre is.

A szülést követő depresszió esetében gyakran megjelenik az anyai érzéketlenség a gyermekkel való interakciója során, amely prediktora lehet a gyengébb kognitív működésnek (Murray és mtsai., 1996). Fontos megemlíteni ebben az esetben a nemi különbséget. A fiúkra az anya mentális állapota sokkal intenzívebben hat. Akár ennek a következménye is lehet, hogy alacsonyabb pontszámot érnek el az intellektuális teszt eredményükben és a „rajzolj egy gyermeket” feladatban (Sharp és mtsai., 1995).

Cohn és munkatársai (1990) a depresszió hatását vizsgálták az anya-csecsemő interakciókra a szülést követő két hónapban. Kutatásaik megerősítik, hogy a depresszió negatívan befolyásolja az anya-csecsemő viselkedést, ugyanakkor felhívják a figyelmet arra, hogy ezt a hatást számos dolog modifikálhatja, többek között a gyermek fejlődése, a krónikusság, továbbá egyéb kockázati tényezők.

Teti és munkatársai (1995) is az anyai depresszió és a kötődési kapcsolat közötti lehetséges összefüggéseket igyekeztek feltárni. 50 csecsemő-anya és 54 óvodáskorú gyermek-

anya közötti kötődési kapcsolatot vizsgáltak. Az eredményeik felhívják a figyelmet arra a tényre, hogy a kötődés bizonytalansága szignifikánsan összefügg az anyai depresszióval.

Ezen kívül megfigyelhető volt, hogy azok a gyermekek, akiknek az édesanyja depressziós tüneteket mutatott, ott problémát találtak a gyermek kognitív-nyelvi működésében. Továbbá meg kell említenünk, hogy jelen esetekben deficitet mutatnak a perceptuális és teljesítmény skálákon is (NICHD, 1999).

A szakirodalmi áttekintés következő szakaszában a gyermek viselkedésének a fejlődésére fogunk fókuszálni. Az anya depressziója hatással van a gyermek viselkedésének a fejlődésére. Az anyai depresszió növelheti a gyermek szorongásra való hajlamát, ami negatívan befolyásolhatja a szociális fejlődését. Ennek eredményeként pedig a gyermekek nehezen alakítanak ki és tartanak fenn barátságokat, mivel az anya pszichológiai állapota megzavarhatja az érzelmi kötődés fejlődését és az érzelmi biztonságot. A szociális kapcsolatok kialakulásában játszott nehézségek hosszú távon is fennmaradhatnak, különösen a gyermek serdülő és felnőttkorában (Martins és Gaffan, 2000). Ezenél az anyáknál gyakrabban megfigyelhető, hogy kevésbé figyelmesek és ritkábban reagálnak a gyermekük igényeire. Ezen kívül pedig gyenge modellt nyújtanak a negatív hangulat regulációjára és a hatékony problémamegoldásra (Bernard-Bonnin, 2004).

A depresszióban szenvedő anyák vizsgálatánál fény derült arra is, hogy kevésbé korlátozzák a gyermekeiket, és ha korlátozzák is, kevésbé tudják végig vinni (Kochanska és mtsai., 1987). Fontos továbbá említést tenni arról a tényről, hogy a depressziós anyák gyermekeinél gyakran megfigyelhető, hogy passzívak, kevésbé együttműködőek és a korukhoz képest kevésbé érett a megszólalásuk (Kuczynski és Kochanska, 1990). A depressziós tüneteket produkáló anyák gyakran olyan módon értékelik a gyermekeiket, amely sokkal érzékenyebbé teszi őket. Akár ennek a következménye is lehet, hogy gyakrabban megfigyelhető, hogy ezek a gyermekek a problémájukat internalizálják (Lang és mtsai., 1996). Ezenél a gyermekeknél szót kell ejtenünk arról, hogy az anya mentális állapota hogyan befolyásolja a gyermek baráti körét. A kutatók azt tapasztalták, hogy az említett gyermekek gyakrabban reagálnak negatívan a társaik baráti közeledésére, kevésbé vesznek részt fizikai mozgást igénylő játékokban és nem mellelleg ritkán ássák bele magukat az egyéni kreatív játékokba (Murray és mtsai., 1999). Marco és munkatársai (2020) arra a következtetésre jutottak, hogy az anyai depresszió és szorongásos tüneteinek megjelenése és a gyermekkori elhízás között pozitív reláció áll fenn.

A harmadik aspektus, amely megmutathatja nekünk, hogy milyen mélyen érinti a gyermeket az anya mentális állapota a gyermek fizikumához köthető. Egy 2023-as kutatás rámutatott arra, hogy a depresszióval küzdő nők gyermekei nagyobb eséllyel tapasztalnak

túlsúlyt vagy elhízást, mivel a depressziós szülők kevésbé képesek következetesen biztosítani az egészséges táplálkozást és testmozgást. Ezen felül a stresszes családi háttér nagyban hozzájárulhat a gyermek stresszevésének és a fizikai aktivitás csökkentésének a kialakulásához (Diamond, 2023).

Ehhez köthetően egy fontos részletre kell elsődlegesen hangsúlyt fektetnünk. Ez pedig, hogy differenciáljuk, hogy az adott esetben epizodikus vagy krónikus depressziós állapotról beszélünk. Az alábbi kutatásban pont erre világítottak rá, amelynek eredményeképpen elmondható, hogy abban az esetben, ha az anya epizodikus depresszióban szenved, az eredmények a gyermek testsúlyát érintve vegyesek, ugyanakkor krónikus depresszió esetén kapcsolatot találtak a gyermek magas testsúlya és az anya állapota között (Lampard és mtsai., 2014). Gibson-Smith és munkatársai (2020) pedig tanulmányukban kimutatták, hogy a krónikus depresszió igen, de az epizodikus depresszió nem járt feltétlenül együtt a gyermekek elhízásának erőteljesebb kockázatával.

Ami még ebben az esetben elgondolkodtató, hogy az anya nevelési stílusát miképpen befolyásolja az általa megélt depresszió és ez később hogyan nyilvánul meg a gyermek testsúlyában. Ebben az adott kutatásban arra az eredményre jutottak, hogy a kevésbé odafigyelő nevelési stílus alacsonyabb aktivitási szinttel, a gyermek mozgásszegényebb viselkedésével és a gyermek magasabb BMI értékével áll összefüggésben (McConley és mtsai., 2011).

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy az anya depressziós tünetei erőteljesen hatással vannak a gyermek testi, lelki és kognitív fejlődésére.

A kisgyermekek érzelmi és viselkedési fejlődésének az áttekintése

Ahhoz, hogy megértsük, hogy mikor van szó abnormális viselkedésről egy 4-7 éves gyermek esetében, fel kell vázolnunk, hogy mik azok az alapvető jellemzők, amik megegyeznek ebben a korosztályban, így adott esetben a nem adekvát viselkedést könnyen kiszűrhatjuk.

Az érzelemszabályozás magában foglalja az érzelmek irányítását és kontroll alatt tartását, annak érdekében, hogy a személy képes legyen adaptív módon alkalmazkodni a társas helyzetekhez. Eisenberg, Spinrad és Eggum (2010) tanulmánya mellett, Thompson (1994) cikke is rávilágít az adekvát érzelemszabályozás és a sikeres társas helyzetek közötti összefüggésre, illetve, hogy a helyes érzelemszabályozás pozitív hatással van a proszociális viselkedésre. A fentebb említettek mellett fontos néhány szót ejteni a proszociális viselkedésről a 4-7 éves gyermekeknél. Ekkor már egyre inkább képesek megjeleníteni az empátia és az együttérzés jeleit mások iránt. A proszociális viselkedés, mint a megosztás és a segítség,

fokozatosan alakul ki, és a szülők példamutatása is nagyban hozzájárul. Szeretnék egy gondolat erejéig részletesebben rátérni az érzelmi tünetekre. A 4-7 éves gyermekek gyakran mutatnak átmeneti szorongást, félelmet vagy szomorúságot, de ezek érzelmek általában rövid ideig tartanak és a gyermekek könnyen megnyugszanak. Az érzelemszabályozás fejlesztése ebben az időszakban kulcsfontosságú.

A következő terület a viselkedési problémák témaköre. Ebben a korban a gyermekek hajlamosak a dühkitörésre, lázadásra, de a szülők és a pedagógusok hatására általában képesek megfelelően kontrollálni a helyzetet. A viselkedésbeli problémák előfordulása normális, amennyiben azokat a fejlődés szempontjából megfelelő keretek között kezelik (Egger és Angold, 2006).

Ezek után áttérhetünk a hiperaktivitás és inaktivitás jelenségére. A 4-7 éves gyermekek esetében a figyelem könnyű elterelhetősége és a fokozottabb mozgásigény normális, ám a hiperaktivitás szintje változó. A gyermekek általában aktívak, de a figyelem irányítása és a szünetek beiktatása fontos az egészséges fejlődés szempontjából (Barkley, 2015).

A következő fontos mérföldkő a társas kapcsolati problémák. A gyermekek ebben a korban kezdenek barátságokat kötni és felfedezni a társas interakciókat. Normális, hogy időnként nehézségeik adódnak a társas kapcsolatokban, de a szociális készségeik folyamatosan fejlődnek. A társas kapcsolati problémák mellett Ladd, Herald-Brown és Kochel (2009) tanulmányában szociális interakciós készség és a szociális megértés fogalmi is megjelennek úgy, mint Rubin, Bukowski, Parker (2006) kutatásában is. A szerzők egyformán hangsúlyozzák ezen fogalmak fontosságát, és részleteiben tárgyalják azokat. A szociális interakciós készség magába foglalja a társas problémamegoldást és az alkalmazkodást is a különböző társas helyzetekben, a szociális megértés pedig a környezet szándékainak, illetve érzelmeinek felismeréséről és értelmezését takarja. Ezen szociális készségek a 4-7 éves gyermekek körében folyamatos fejlődés alatt állnak, összességében tehát az általunk vizsgált populációban megállapítható, hogy szociális megértésük, illetve az interakciós készségük még éretlen és változó.

Gyermekekori elhízás kóros hatásai

A gyermekekori elhízásnak több hosszútávú, nagyon meghatározó következménye lehet. Ezek olyan kóros hatások, amelyek érinthetik mind a fizikai egészséget, mind a pszichoszociális jólétet.

A fizikai, egészségügyi problémákat illetően érdemes említést tenni a metabolikus zavarokról. A metabolikus zavarok közé tartozik többek között a kettes típusú cukorbetegség, a

diszlipidémia, más szóval zsírsanyagcsere-zavar és a magas vérnyomás, ezek már a hosszútávú következményei lehetnek a gyermekkorban kialakuló elhízásnak (Förster és mtsai., 2023). A legnagyobb probléma a gyermekkori elhízással ebben az esetben, hogy jelenleg nincsen egy konkrét kezelés erre a problémára, és ezekben az esetekben a szakemberek az étkezési tanácsadásokra és a mozgásra hagyatkoznak. A testükhöz köthető pszichoszociális nehézségek a serdülők körében súlyos negatív hatásokat okozhatnak. Egészségtelen étkezési szokások alakulhatnak ki, többek között, Bulimia Nervosa (BN), Binge-Eating Disorder (BED), Night Eating Syndrome (NES), és akár Anorexia Nervosa (AN) (Balázs és Miklósi, 2015), amelyek többek között azért is kialakulhatnak, mert megpróbálják túlszárnyalni az „egészségesség” célját (Kansra és mtsai., 2021).

A pszichológiai és szociális jellemzők összefüggésbe hozhatóak a testsúllyal, az elhízás következménye pedig lehet csökkent iskolai és szociális teljesítmény, rosszabb életminőség, társadalmi kirekesztettség és kortárskapcsolati problémák, alacsonyabb önértékelés, illetve negatív testkép. Míg az elhízott fiatalok önmagukban általában nem mutatnak több, vagy erősebb pszichopatológiai tünetet, mint a normál testsúlyú kortársaik, azonban az egészségügyi ellátásban részesülők között sokkal nagyobb valószínűséggel fordul elő túlsúlyos gyermekeknél depresszió, szorongás, viselkedési problémák, figyelemhiányos, hiperaktivitási és táplálkozási zavarok (Latzer és Stein, 2013).

A gyermekkori elhízásához kapcsolódó tüneteket (például önértékelési problémák, testképzavarok, szorongás vagy társas izoláció) ugyan fontos külön, önálló entitásként is vizsgálni, viszont összefüggéseikben is érdemes megfigyelni őket, hiszen ezek gyakran kölcsönösen hatnak egymásra. Ezt támasztja alá Engel (1977) bio-pszicho-szociális elmélete is, mely szerint az egyéni egészségi állapot mind biológiai, mind pszichológiai, mind szociális tényezők kölcsönhatásainak az eredménye.

Vizsgálat

A vizsgálat célja

Mind a szakirodalom, mind a laikusok egyetértenek abban, hogy az anya mentális állapota a gyermek jóllétét erőteljesen befolyásolja. Jelen kutatásunk fókuszában a gyermek fizikai és szociális jólléte és az anya pszichológiai jellemzői közötti lehetséges összefüggések mélyebb megértése a cél. Elsősorban az anya lehetséges depressziós tüneteinek hatását feltételezzük a gyermek szociális kapcsolataira, és a BMI szélsőségessé válására.

Hipotézisek

Krónikus depresszió esetén kapcsolatot találtak a gyermekek megemelkedett BMI értéke és az anya mentális állapota között (Lampard és mtsai., 2014). A krónikus depresszión kívül, más kutatások a kevésbé odafigyelő nevelői stílust hozták összefüggésbe az alacsonyabb aktivitási szinttel, a gyermek mozgásszegényebb életmódjával és a gyermek megemelkedett BMI mutatójával (McConley és mtsai., 2011).

H1: A depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinek BMI értéke magasabb, mint a depressziós jellegű tüneteket nem mutató anyák gyermekeinek.

H1a: A depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinek BMI értéke a korcsoport átlagához képest magasabb.

A depressziós anyák gyermekeinél megfigyelték, hogy gyakran passzívak és kevésbé együttműködőek (Kuczynski és Kochanska, 1990). Több kutatás is kimutatta, hogy a krónikus vagy epizodikus depresszióval küzdő anyák gyermekei több problémás viselkedést mutatnak, mint azok, akik nem depressziós anyák mellett nőnek fel (Turney, 2012; Goodman és Gotlib, 1999).

H2: A depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinél gyakrabban jelennek meg szociális és viselkedésbeli problémák, mint a depressziós jellegű tüneteket nem, vagy kevésbé mutató anyák gyermekeinél.

A testvérek szerepe az anyai depresszió hatására több szempontból is fontos lehet. Ilyen például, hogy Volling (1998) tanulmánya szerint a testvérek érzelmi támogatása csökkentheti a szülői konfliktusok és pszichológiai nehézségek gyermekekre gyakorolt hatását. Ennek figyelembevételével alkottuk meg az alábbi hipotézisünket.

H3: Az egy gyermeket nevelő anyák negatív pszichés állapota erősebb összefüggésben áll a gyermek társas kapcsolataival, mint a többgyermekes anyák gyermekei esetén.

A családi struktúra fontos tényező lehet, amikor az anyai depressziós jellegű tünetek hatásait vizsgáljuk a gyermek fejlődésére és egészségi állapotára, különösen a testsúly alakulásában. A nem teljes családok gyakran instabilabb környezetet biztosítanak, amely

fokozhatja a depresszió negatív hatásait a gyermekekre (Tyrell és mtsai., 2018). Az alábbi tanulmány arra mutat rá, hogy az egyedülálló anyák gyermekei általában nem mutatnak több pszichológiai vagy viselkedési problémát, mint két szülővel élő társaik. A gyermekek jólétére nagyobb hatást gyakorol az anyai szülői magatartás, mint a családszerkezet (Newman, 2016). Ezzel szemben, a Brookings Institution cikkében (Watson és Kalkat, 2024) azt állítja, hogy az egyedül élő anyák hajlamosabbak depresszióra, illetve ennek nagyobb hatása van az ő gyermekükre, mint a teljes családban élő szülők gyermekei esetén. Mindezek figyelembevételével az alábbi hipotézist állítottuk fel, azzal a céllal, hogy pontosabb képet kapjunk erről a jelenségről.

H4: Az anyák depressziós jellegű tünetei gyengébb összefüggésben állnak gyermekeik testsúlyával, ha a család struktúrája teljes, szemben a nem teljes családban élőkkel, ahol a gyermek testsúlyát erőteljesebben befolyásolhatja az anya mentális állapota.

H4a: Az anyák depressziós jellegű tünetei gyengébb összefüggésben állnak gyermekeik szociális készségeivel, ha a család struktúrája teljes, szemben a nem teljes családban élőkkel, ahol a gyermek szociális készségeit erőteljesebben befolyásolhatja az anya mentális állapota.

Megfigyelték, hogy a magasabb BMI a 4-5 éves korú gyermekeknél összefüggésben áll a gyengébb szociális kapcsolatokkal, illetve a gyakoribb érzelmi problémákkal (Sawyer és mtsai., 2011).

H5: A túlsúlyos, illetve elhízott gyermekek kortárs kapcsolataiban gyakrabban lépnek fel problémák, mint a nem túlsúlyos, illetve nem elhízott gyermekek kortárs kapcsolataiban.

Minta

A kutatásunk alatt a magyar populációból a 4-7 év közötti gyermekeket és anyjukat válogattuk be. A kérdőívek ebben a korcsoportban használhatóak úgy, hogy még nem önkitöltős formátumúak, így az óvodapedagógusok és az édesanyák is egyaránt részt tudnak venni a vizsgálatban. A vizsgálatba való egyik bekerülés feltétele a gyermekek életkora volt. Ezen kívül pedig az anyák egy beleegyező nyilatkozatot kaptak, amelyben az aláírásukkal tanúsították, hogy betöltötték a 18. életévüket. A harmadik meghatározó kizáró ok az, ha nevelőszülő neveli a gyermeket, hiszen a kérdőívcsomagban szerepeltek szüléssel, születéssel, illetve korai

gyermekkorral kapcsolatos kérdések. Abban az esetben, ha ez nem teljesül, akkor kizárás történt. Az adatgyűjtésre pedig a Kutatásetikai bizottság engedélyezése után került sor, elérhetőségi, irányított mintavétel formájában, online tesztkitöltéssel. A tényleges adatgyűjtés folyamata pedig 2024. október 11. és 2024 november 18. között tartott.

Demográfiai adatok

A vizsgálatban egy darab fővárosi intézmény, kilenc darab városi (6000-30.000 fő lakosság) intézmény és egy darab nagyközségben található óvoda vett részt. Az adatgyűjtés lefolyása alatt két különböző helyről érkeztek a kitöltött kérdőívsomagok. Egyfelől az óvodapedagógusoktól, másfelől pedig a vizsgálatban résztvevő gyermekek anyjától.

A vizsgálat mente

Kutatásunk megvalósítását előzetesen engedélyezte a Pszichológiai Intézet Kutatásetikai bizottsága, az etikai engedély száma: UD-IP-2024/25. A vizsgálat online felületen zajlott le, teljesen önkéntes és anonim módon.

A vizsgálat azzal vette kezdetét, hogy az óvodai adminisztrációs rendszer fejlesztőjétől megkaptunk a kutatáshoz csatlakozni kívánó intézményvezetők email-es elérhetőségét, akik a fejlesztőn keresztül már bepillantást nyerhettek a vizsgálat lényegébe. Összesen 14 intézményvezetői elérhetőséget kaptunk meg. Ezt követően a megkapott intézményvezetői email címekre egy rövid tájékoztató üzenetet küldtünk el, amelyben informáltuk őket arról, hogy abban az esetben, ha szeretnének részt venni, akkor válaszoljanak erre a tájékoztatásra azoknak az óvodapedagógusoknak az email címével, akik részt szeretnének venni a kutatásban, természetesen csak az ő előzetes engedélyükkel. 12 intézményvezetőtől összesen 93 óvodapedagógusi email címet kaptunk meg.

A következő lépés az volt, hogy a megkapott óvodapedagógusi email-es elérhetőségekre egy további tájékoztató üzenetet küldtünk el, amelyben arra kértük őket, hogy abban az esetben, ha a szeretnének bekapcsolódni a vizsgálatba, akkor küldjék el a csoportjukba járó gyermekek névsorát, erre az email címre válaszul. Ezen kívül pedig ennek az emailnek fontos tartalma még a két kérdőívsomag linkje. Egy az óvodapedagógusoké a másik pedig az anyáké, akik majd a kérdőívsomag linkjét az óvodapedagógusoktól kapták meg. Összesen 46 óvodapedagógus válaszolt és 579 gyermek nevét kaptuk meg. Ezt követően, amint megkaptuk a gyermekek névsorát, minden egyes gyermek nevéhez egy egyéni kódot generáltunk az anonimitás megőrzése érdekében. Mivel kiskorú gyermekekről van szó, ezért a vizsgálat előtt egy

beleegyező nyilatkozatot is kaptak az anyák, amit a generált kódokkal és egy válaszkész borítékkal együtt postai úton juttatunk el az intézményekbe. A beleegyező nyilatkozatban a hozzájárulásukat kértük a kutatáshoz, amennyiben betöltötték a 18. életévüket és megfelelő felvilágosítást kaptak. Az intézményvezetőkön és óvodapedagógusokon kívül az anyák is kaptak egy részletes tájékoztató üzenetet, amely a kérdőív elején volt megtalálható. Összesen 250 anya vett részt a kutatásban.

A kitöltés során először el kellett olvasniuk a kutatással kapcsolatos rövid tájékoztató szöveget, majd egy eldöntendő kérdés formájában („Igen”, „Nem”) nyilatkoztak arról, hogy elolvasták-e a fenti tájékoztatót, beleegyeznek-e a vizsgálatban való részvételbe, illetve, hogy a vizsgálatvezető a kutatásában felhasználhatja-e a válaszaikat. Ez a tendencia, mind az óvodapedagógusi, mind az anyai kérdőívben megegyezett. Az óvodapedagógusok által kitöltött kérdőív a 2. mellékletben található meg, a szülők által kitöltött pedig az 1. mellékletben.

Az óvodapedagógusok elsőnek a Képességek és Nehézségek Kérdőívet töltötték ki (SDQ) (3. melléklet), amelyet a Gyermekek Önszabályozás és Viselkedés Kérdőív (CSBQ) (4. melléklet) követett. A számukra készített kérdéssort pedig négy olyan jellegű anamnézis kérdés követte, amely kifejezetten a gyermekek mindennapos játéktevékenységére fókuszált. A kérdőívek kérdéseinek kitöltése után, még az elküldést megelőzően egy köszönetnyilvánítás és az esetlegesen felmerülő kérdések esetére, a kutatásvezető email-es elérhetőségét is feltüntettük.

Az anyák számára készült kérdőívcsomagban elsőnek a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) töltötték ki. Ezt követően pedig 16 anamnézis kérdés következett, amelyek a gyermekek demográfiai adataira kérdeztek rá, illetve a gyermekek kórtörténetéhez, fejlettségi szintjéhez kapcsolódtak. Amennyiben a vizsgálati személy a kérdések kitöltését befejezte, akkor a kérdőívcsomag legvégén, még a küldés előtt egy köszönetnyilvánítás, esetlegesen felmerülő kérdés esetén a kutatásvezető email címe és a Lelki Elsősegély Szolgálat telefonos elérhetősége volt megtalálható.

Mérőeszközök bemutatása

Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ). Az SDQ (Strenghts and Difficulites Questionnaire) magyarul pedig Képességek és Nehézségek Kérdőív tesztet Robert Goodman angol gyermekpszichiáter ki a fejlesztette ki 1997-ben a Rutter-féle (Elander és Rutter, 1996) szülői kérdőívet alapul véve. A célja egy hatékonyan és könnyen használható kérdőív létrehozása volt, amely képes felmérni a gyermekek érzelmi és viselkedéses problémáit, valamint azok erősségeit (Goodman R. , 1997; Rózsa és mtsai., 2020)

Maga a kérdőív 25 tételből áll, ami öt alskálára osztható: érzelmi tünetek, viselkedési problémák, hiperaktivitás, kortárs kapcsolati problémák és a proszociális jellemzők. A kérdőíveknek három változata van, amelyek segítenek szülői vagy gondozói/tanári jellemzések segítségével 2-4 és 4-17 éves gyermekek problémáinak feltérképezésére, valamint 11-17 éves korúak körében a mérőeszköz önjellemző változata is alkalmazható (Rózsa és mtsai., 2020). A teszt értékelése azon alapszik, hogy minden válaszhoz („Nem igaz”, „Valamennyire igaz”, „Határozottan igaz”) tartozik egy előre megadott pontszám, amely 0, 1 vagy 2 lehet. Ezen pontszámokat összeadva az eredmények alskálák szerint „Normális”, „Határeset” és „Rendellenes” kategóriákba sorolhatóak.

2005 óta a mérőeszköz magyar nyelvű változata is elérhető. Az alkalmazhatóságát több hazai kutatás is alátámasztotta (Birkás és mtsai., 2008; Turi és mtsai., 2013; Kasik és Gál, 2014). Az általunk alkalmazott kérdőív megtalálható a 3. mellékletben.

Beck Depresszió Kérdőív (BDI). Aaron T. Beck pszichiáter, pszichoterapeuta 1961-ben készült tanulmányában (Beck, 1961) ismertette először az eredeti Beck Depresszió Kérdőívet (BDI). Ennek a kérdőívnek a kifejlesztési háttérében az áll, hogy Beck mélyen érdeklődött a depresszió kognitív aspektusai iránt. Munkatársaival abból indultak ki, hogy a depresszió nem csupán egy érzelmi alapú probléma, hanem szorosan összefügg a kognitív működés torzulásával is.

Maga a kérdőív 21 tételből áll, amelyek az alábbiak: szomorúság, pesszimizmus, kudarcok, értéktelenség, önbüntetés, önutálat, önhibáztatás, öngyilkosság, sírás, testkép, elégedetlenség, ingerlékenység, visszahúzódás, döntésképtelenség, munkaképtelenség, fáradtság, hipochondria, álmatlanság, étvágytalanság, súlycsökkenés. Ezen 21 item 3 faktorba rendezhető, amelyek: negatív attitűdök, teljesítmény zavar és szomatikus tünetek. Az itemeket úgy alakították ki, hogy lefedjék az érzelmi, kognitív és fizikai tüneteket (Beck, 1961).

A kérdőívben az értékelés során összesen 63 pont adható. A négy opció közül, amiből választhatnak annak megfelelően, hogy melyik írja le a legjobban a jelenlegi állapotukat, az egyes opció minden esetben nulla pontot ér, a kettes opció egy pontot, a hármas opció kettőt, a negyedik válaszlehetőség, pedig három pontot ér. Az adható pontok mennyisége fontos hiszen ennek a segítségével tudjuk értelmezni a lehetséges depressziós tünetek súlyosságát. A BDI II esetében a 0-13 pont minimális depressziót jelent, 14-19 pont enyhe depressziót, 20-28 pont mérsékelt depressziót, 29-63 pont pedig súlyos depressziót jelez (Gonda és Rózsa, 2015). Fontos részét képezi a kognitív triád jelensége, amelyre Beck, mint a depresszió egyik fontos okára tekintett. Elmélete szerint a depresszió alapja a negatív gondolkodás, amely a negatív önkép, a világ és a jövő észlelésében nyilvánul meg (Beck, 1961; Beck és Rush, 1979).

Beck 1966-ban kiadott egy kézikönyvet, a BDI második verzióját (BDI II), amelyben a használatát részletezi. Az eredeti kérdőívet frissítették, hogy jobban tükrözze a depresszió tüneteinek újabb megértését. A BDI II megőrizte a 21 tételét, de néhány itemet módosítottak, hogy pontosabban mérje a depresszió érzelmi, motivációs és kognitív aspektusait (Beck és mtsai., 1996). Kopp Mária (2007) kutatásában magyar mintán megállapította, hogy a teszt hazánkban is nagyon jó reliabilitással, illetve validitással rendelkezik.

Összeségében elmondható, hogy ez a kérdőív célzottan méri a depresszióban megjelenő gondolkodásbeli, érzelmi és fizikai tüneteket. Kvantitatív alapjának köszönhetően a Beck féle depressziós kérdőív egy könnyen használható klinikai eszközzé vált.

Gyermek Önszabályozás és Viselkedés Kérdőív (cSBQ). A Children's Social Behavior Questionnaire-t (cSBQ) holland kutatók, Luteijn E. F. és Luteijn A. W. fejlesztették ki az 1990-es évek végen, azonban a legelső jelentős publikáció 2000-ben jelent meg, amikor Luteijn és kollégái bemutatták az eszközt, amit a társas viselkedési problémák mérésére enyhébb, pervazív fejlődési zavarokkal (PDD) küzdő gyermekek esetében, például az autizmus spektrumzavarok szociális és viselkedési tüneteinek mérésére tervezték. A tanulmány alapján elmondható, hogy a cSBQ egyaránt alkalmas a társas interakció, a kommunikáció és az érdeklődési területek abnormalitásainak vizsgálatára (Luteijn és mtsai., 2000).

Maga a kérdőív több dimenzióból áll. Hét fő skála köré épül, amelyek a szociális viselkedés különböző aspektusait tárják fel. Ezek a szociabilitás, a kognitív önszabályozás, az emocionális szabályozás, a viselkedésszabályozás, a proszociális viselkedés, az externalizáló viselkedés, és az internalizáló viselkedés. A kérdőív összesen 33 állítást tartalmaz, amelyeket a szülők, vagy gondozók töltenek ki, akik napi kapcsolatban állnak a gyermekkel, úgy, hogy értékelik, hogy az egyes jelenségek, mennyire jellemzőek a gyermekre. Minden egyes kijelentésnél öt különböző opció közül lehet választani. Az opciók közül egy az „egyáltalán nem jellemző”, a kettő a „kevésbé jellemző”, a három az „igaz is nem is, részben jellemző”, a negyedik „meglehetősen jellemző”, az ötödik pedig „teljesen jellemző”. A legtöbb esetben egytől ötig történik a pontozás, amelyben az egyes válasz egyet, és felfelé növekedve az opció száma megegyezik a pont értékével. Azonban vannak olyan fordított tételek, amelynél az ellenkező elv érvényesül. Ebben az esetben az egyes válasz értéke öt, a kettes válasz értéke négy, a hármas válasz értéke három, a négyes válasz értéke kettő, és az ötös válasz értéke egy. A cSBQ kérdőív már 4 éves kortól használható. Ennek az az oka, hogy a kérdőív a szociális és kommunikációs készségek olyan aspektusait méri, amelyek ebben a korban már kezdenek stabilizálódni (Luteijn és mtsai., 2000).

A magyar nyelvű adaptációt a Pécsi Tudományegyetem, a Washingtoni Egyetem, illetve a Károli Gáspár Református Egyetem pszichológia intézeteinek munkatársai közös munkával készítették el 2021-ben, melynek során validálták magyar mintán. (Nagy-Tószegi és mtsai., 2023).

A klinikusok körében nagy kedveltségnek örvend a cSBQ kérdőív, hiszen megbízható és átfogó eszköz az autizmus spektrum zavarok, valamint más szociális és kommunikációs problémák felmérésére. Ezen kívül pedig a kérdőív számos szociális és viselkedési problémát képes azonosítani, amelyek kevésbé súlyos, de mégis figyelmet igénylő problémákat fednek le. Az előnyei közé sorolható az, hogy átfogó, széles körben alkalmazható és könnyen értékelhető (Luteijn és mtsai., 2000). Az általunk használt kérdőív megtalálható a 4. mellékletben.

Anamnézis kérdések. Ezen kérdőívek mellett az szülők által kitöltött kérdéssorban szerepelnek anamnézis kérdések is, az alábbi témakörökben:

- Demográfiai jellegű kérdések, mint például súly, magasság, életkor. Ezek az adatok fontosak számunkra a BMI meghatározásához, illetve a percentilis görbén történő elhelyezkedés megállapításához.
- Családszerkezetre vonatkozó kérdések
- Szüléssel, illetve a szülést követő időszakban történő eseményekkel kapcsolatos kérdések
- A gyermek fejlődését esetlegesen befolyásoló tényezőkre, eseményekre (mint például nagyobb baleset, műtét, allergia) vonatkozó kérdések
- Étkezéssel kapcsolatos kérdések
- Gyermek játéktevékenységével kapcsolatos kérdések

Az óvodapedagógusok a fentebb részletezett standard kérdőívek mellett néhány, a gyermekek óvodai játék tevékenységére vonatkozó kérdést is kaptak. Ezen kérdésekből esetlegesen fény derülhet a gyermekek társas kapcsolatainak olyan specifikusabb részleteire, melyeket a tesztek nem biztosan fednek le.

Mindezek fontosak lehetnek számunkra összefüggéseket találni az általunk vizsgált témakörök és az anamnézis kérdésekben megfogalmazott témák között.

Eredmények

Adatok elemzése

Miután használható formájúvá tettük az adatokat, elkezdjük a generált kódok alapján összeilleszteni az óvodapedagógusok és az anyukák által kitöltött kérdőíveket. Ezen felül pedig, a WHO által megadott értékek segítségével kiszámítottuk a gyermekek BMI értékét és percentilis görbe alapján kategorizáltuk őket 'normál', 'túlsúlyos' és 'elhízott' kategóriákba (WHO, 2007). Ezt követően az adatok előkészítése után elkezdődhetett az adatok elemzése.

Az adatok vizsgálatára a dolgozat megírásának idején legfrissebb stabil (2.3.28) Jamovi statisztikai elemzőszoftvert használtuk.

Mérőeszközök megbízhatósága

A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök jó belső konzisztenciával rendelkeznek, megfelelő a Cronbach-alfa mutatójuk, ezáltal mérőeszközeink alkalmasnak bizonyultak az elemzés lefolytatására. Az általunk mért megbízhatósági mutatók megtalálhatóak a mellékelt 1. táblázatban.

Leíró statisztika

A vizsgálatban összesen 93 óvodapedagógus részére juttattuk el a vizsgálat leírásáról szóló tájékoztató emailt. Ebből összesen 46 óvodapedagógus jelzett arról, hogy részt szeretne venni a vizsgálatban. Összesen 350 kitöltés érkezett vissza az óvodapedagógusoktól. Összesen 579 anya lett bevonva a kutatásba, ebből 250 anya töltötte ki a számukra készített kérdőívet.

Az adatok elemzése során kizárásra kerültek azon anyák, illetve óvodapedagógusok, ahol egy gyermekre vonatkoztatva nem történt két kitöltés (mind óvodapedagógus, mind anya által), rosszul lett megadva az azonosító kód, fiatalabb volt a gyermek, mint 4 év, vagy idősebb volt, mint 7 év. Azokban az esetekben került még sor kizárásra, ahol a gyermeket nevelőszülők nevelték.

Összesen 140 óvodapedagógus által kitöltött kérdőívet, illetve 40 anya által kitöltött kérdőívet nem tudtunk felhasználni, nagyrészt azért, mert vagy az óvodapedagógus, vagy az anya nem töltötte ki a gyermekre vonatkozó kérdőívet, így nem tudtuk egymáshoz rendelni a kettőt. Összesen 420 darab kitöltött kérdőívcsomag került felhasználásra, 210 anyai, illetve 210 óvodapedagógus által kitöltött.

A mintánkban lévő gyermekek nemeinek eloszlása 52 százalék (109) fiú, 48 százalék (101) lány. A gyermekek átlagos életkora 5,17 év volt, súlyuk átlagosan 19,70 kg, magasságuk

átlag pedig 112,48 cm. Az ezen adatokból számolt BMI 9,83 és 30,86 között helyezkedett el (átlag=15,52). A WHO életkorra lebontott normál BMI tartományok alapján az általunk vizsgált gyermekek 60 százaléka (126) normál tartományba esik, míg 39 százalék (82) elhízott, illetve 1 százalék (2) túlsúlyos kategóriába tartozik. Az anyák által kitöltött Beck depresszió kérdőív átlag pontszáma 5,97. A Beck Depresszió Kérdőív hivatalos kiértékelése szerint négy csoportot különít el. Az első csoport a minimális depresszió, amelybe az anyák 87 százaléka (183) tartozott. A második csoport enyhe depresszió, amelybe az anyák 11 százaléka (24) került. A harmadik csoport a mérsékelt depresszió, amelybe az anyák 1 százaléka (3) tartozott. A negyedik csoport a súlyos depresszió, ahova a mi mintánk alapján senki sem került.

Az óvodapedagógusok által kitöltött, gyermekekre vonatkozó SDQ átlagpontszáma 9,33, az egyes alsókálák eredményei megtalálhatóak a mellékelt 2. táblázatban.

A cSBQ átlagpontszáma 122,12, az egyes alsókálák eredményei megtalálhatóak a mellékelt 2. táblázatban.

A gyermekek 38 százaléka (80) inkább mozgásos játékokat játszik, míg 45 százalék (95) inkább ülő játékformát preferál. Az óvodapedagógusok véleménye alapján a gyermekek 10 százaléka (21) nem képes önállóan lekötteni magát, azonban 90 százalékuk (189) képes lekötteni önállóan magát.

A társakkal való játékban három különböző csoport igazolódott. 7 százalékuk (15) felnőttekkel szeret játszani, 18 százalékuk (38) jobban szeret egyedül játszani, 74 százalékuk (155) jobban szeret társakkal játszani. A gyermekek jellemző viselkedése játék közben, kezdeményező 61 százalék (129), 5 százalékuk (10) passzív, szemlélődő 34 százalék (71).

Az általunk vizsgált gyermekek 91 százaléka (192) teljes családban él, míg 9 százaléka (18) nem teljes családban él. A gyermekek 78 százalékának (164) legalább egy testvére van, 22 százalékának (46) pedig nincsen testvére.

A gyermekek 47,5 százaléka (101) első gyermekként született a családban, 35 százaléka (74) második, 10 százaléka (20) harmadikként, 5 százaléka (10) negyedikként, 0,5 százaléka (1) ötödikként, 2 százalék (4) hatodikként született a családban.

Annak függvényében, hogy a szülés időben indult-e el, négy különböző csoport alakult. 49,5 százalékuknál (104) időben indult a szülés, 0,5 százalékuknál (1) előírtnál jóval korábban indult a szülés, 32 százalékuknál (68) előírtnál korábban indult a szülés, 18 százalékuknál (37) előírtnál később indult a szülés. Mindezek mellett a mintánk 1 százalékában (2) születés után fejlődési rendellenesség igazolódott.

Az általunk vizsgált gyermekek 44 százaléka (92) kizárólag anyatejes táplálásban részesült, 8 százalékuk (16) kizárólag tápszeres táplálásban részesült, 15 százalékuk (31)

nagyobb részt anyatejes táplálást kapott, 34 százalékuk (71) nagyobb részt tápszeres táplálásban részesült.

Krónikus betegség 8 százalékban (16), műtét vagy baleset 10 százalékban (22) fordult elő. A gyermekek 10 százaléka (20) allergiás valamire. A vizsgálatban résztvevő anyák beszámoltak a gyermekük krónikus betegségeiről, amennyiben volt. Mintánkban előfordult krónikus betegségek közé tartozik az 1-es típusú cukorbetegség (1), asztma (7), nem meghatározott pervazív fejlődési zavar (2), illetve protein s deficiencia miatti vérzékenység (1).

A gyermek BMI értéke és az anya depressziós jellegű tüneteinek kapcsolata

Az elemzés első lépése a Beck Depresszió Kérdőív eredményeinek klaszteranalízise volt, hogy a depressziós jellegű tünetek súlyosságától és mértékétől függően tudjuk csoportokba rendezni az anyákat. A kétlépéses klaszteranalízis során két csoportot különítettünk el, 'Alacsonyabb' depressziós jellegű tüneteket mutató, illetve 'Magasabb' depressziós jellegű tüneteket mutató anyákat. Az első csoportba 155 vizsgálati személy került (73,8 százalék), a második csoportba pedig 55 (26,2 százalék). Mindezek figyelembevételével a besorolás alapját képező vágóérték 8,585 pont lett. Jelenleg rendelkezésünkre áll a Beck Depresszió Kérdőív Magyarországon is akkreditált változatának a kiértékelése (Perczel és mtsai., 2007), azonban a mi kutatásunk nem kizárólag depresszióban szenvedő egyéneket célozott meg, így számunkra a négy csoport helyett az egyének két csoportba való elhelyezése sokkal célravezetőbb volt.

Az első hipotézisünkben (H1) azt feltételeztük, hogy azoknak az anyáknak a gyermekei, akik depressziós jellegű tüneteket mutatnak, magasabb a BMI értéke a mintában, mint azoknak a gyermekeknek, akiknek az anyja nem mutat ilyen jellegű tüneteket. Mivel jelen esetben nem felnőtteket vizsgálunk, a gyermekek normál BMI értéke pedig növekedésükkel együtt folyamatosan változik, ezért a WHO (2007) korcsoportokra és nemekre bontott részletes normál BMI mutatóit vettük alapul. Létrehoztunk egy adatsort, amelyben a gyermek tényleges BMI-je és a korcsoportjához és neméhez tartozó átlag BMI érték közötti különbséget tüntettük fel. Mivel a mintánk nem mutatott normál eloszlást (Shapiro-Wilk $p < ,001$), ezért Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk, amely nem mutatott szignifikáns eltérést a két csoport között ($p = 0,220$).

Az első hipotézisünk alhipotézisében (H1a) azt feltételeztük, hogy azoknak az anyáknak a gyermekei, akik depressziós jellegű tüneteket mutatnak, magasabb a BMI értéke, mint a korcsoportjukhoz tartozó átlagos BMI érték. A gyermekeket három korcsoportra bontottuk (4-5; 5-6; 6-7). Mivel a gyermekek BMI értéke nem mutatott normál eloszlást (Shapiro-Wilk p

<,001), ezért három darab Wilcoxon-féle előjeles rangpróbát alkalmaztunk melyek eredménye a mellékelt 3. táblázatban látható. Külön kiemelném a 6-7 évesek kategóriáját, ahol a vizsgálatunk azt mutatta, hogy szignifikáns különbség van a depressziós tüneteket mutató anyák gyermekei és a korcsoportos átlag BMI között, azonban ezen gyermekek BMI értéke az átlaghoz képest alacsonyabbnak bizonyult (Hatásfok= -1,00; $p=0,001$).

Mindezek mellett megvizsgáltuk, hogy mi lehet összefüggésben az anyai depressziós tünetek alakulásával. Azt találtuk, hogy a krónikus betegséggel rendelkező gyermekek esetén szignifikánsan magasabb volt az anyai Beck Depresszió Kérdőív összpontszáma ($p<0,001$; $U=752,50$; Hatásfok=0,52).

Az anyai depressziós jellegű tünetek és a gyermek szociális viselkedésének kapcsolata

A második hipotézisünk (H2) vizsgálta során azt feltételeztük, hogy azoknál a gyermekeknél, akiknek az anyja depressziós jellegű tüneteket produkál, szociális és viselkedési problémák gyakoribbak, mint azoknál a gyerekeknél, akiknek az anyja nem, vagy kevésbé mutat ilyen jellegű tüneteket. Vizsgálatunk során a már korábban megállapított két csoportra bontottuk a gyermekeket (anyai BDI < 8,585: depressziós jellegű tüneteket kevésbé mutató; anyai BDI > 8,585: depressziós jellegű tüneteket inkább mutató), majd ennek függvényében vizsgáltuk az SDQ-re adott válaszok összpontszámát, cSBQ-re adott válaszok összpontszámát, illetve ezen kérdőívek alszkáláit külön. Vizsgálataink részletes eredményei a 4. táblázatban találhatóak.

Az SDQ esetében az összpontszám minél magasabb, annál inkább vannak jelen a gyermek viselkedésbeli és érzelmi problémái. A cSBQ esetén ezzel ellentézetleg, minél alacsonyabb a kérdőívben elért összpontszám, annál inkább jellemzőek a gyermekre a társas interakció, a kommunikáció és az érdeklődési területek abnormalitásai. Az SDQ összeredmény, illetve az alszkálák önállóan nem mutattak normalitást, így Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk. A depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekei az SDQ összpontszám esetén, illetve a Viselkedési problémák ($p=0,037$; Hatásfok= 0,15; $U=3614$) és a Hiperaktivitás alszkálákban ($p<,001$; Hatásfok= 0,28) mutattak szignifikáns eltérést a depressziós jellegű tüneteket nem mutató anyák gyermekeihez képest.

4. táblázat

SDQ, illetve alskáláinak kapcsolata az anyai depressziós jellegű tünetekkel

Mann-Whitney U próba

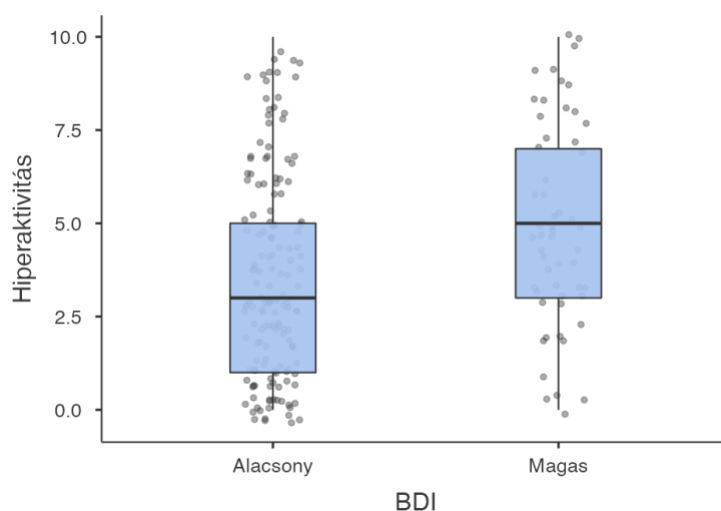
	U	p	Hatásfok
SDQ összpontszám	3565.50	0.036	0.16
Kortárskapcsolati problémák	4122.50	0.644	0.03
Érzelmi tünetek	4256.00	0.507	0.00
Viselkedési problémák	3614.50	0.037	0.15
Hiperaktivitás	3061.00	< .001	0.28

$H_a: \mu_{\text{Alacsony}} < \mu_{\text{Magas}}$

Meinzer és munkatársai (2015) vizsgálatuk során összefüggést találtak a gyermekkori ADHD és a később kialakuló depressziós jellegű tünetek között. Értelmezésük szerint a gyermekkori ADHD prediktora lehet a 18 éves korra kialakuló depressziós jellegű tüneteknek. Ezen kutatás tükrében kiemelten fontosnak tartottuk a gyermekkori hiperaktivitás külön vizsgálatát is. A fentebb említett eredményeink alapján a Hiperaktivitás alskálán szignifikánsan magasabb eredményt kaptunk (1. ábra) a depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekei esetében, így a hipotézisünk igaznak bizonyult.

1. ábra

Az alacsony és magas depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinek pontszáma a Hiperaktivitás alskálán



Az SDQ alskálái közé tartozik még a Proszociális skála is, azonban azt fordított pontozással kell értékelni, így minél magasabb értéket kapunk, annál inkább mutat a gyermek proszociális jellemzőket. A depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinek proszociális skálán elért pontszáma nem mutatott szignifikáns különbséget a depressziós jellegű tüneteket nem mutató anyák gyermekeihez képest ($p=0,535$).

A cSBQ esetében sem mutatott normalitást a mintánk, így ebben az esetben is Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk. A depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekei a cSBQ kérdőív összpontszámában nem mutattak szignifikáns különbséget a depressziós jellegű tüneteket nem mutató anyák gyermekeihez képest ($p=0,188$). Az Externalizáló viselkedés ($p=0,018$; Hatásfok= 0,19; $U= 3473$), illetve az Érzelemszabályozás ($p=0,01$; Hatásfok=0,21; $U=3370$) alskálákon viszont szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekei (5. táblázat).

5. táblázat

cSBQ, illetve alskáláinak kapcsolata az anyai depressziós jellegű tünetekkel

Mann-Whitney U próba	U	p	Hatásfok
cSBQ összpontszám	3920.00	0.188	0.08
Szociabilitás	3601.50	0.957	0.16
Kognitív önszabályozás	4261.00	0.499	0.00
Érzelemszabályozás	3370.00	0.010	0.21
Viselkedésszabályozás	3777.00	0.105	0.11
Proszociális viselkedés	4162.00	0.603	0.02
Externalizáló viselkedés	3473.50	0.018	0.19
Internalizáló viselkedés	4148.50	0.618	0.03

A cSBQ esetén is található Proszociális viselkedés alskála, azonban ez sem bizonyult szignifikánsan eltérőnek a két csoport között ($p=0,603$). Mindezek mellett feltételeztük, hogy nem csupán lineáris kapcsolat állhat az anyai depressziós tünetek és a gyermek szociális viselkedési problémái között, hanem mediáló tényezők is jelen lehetnek. Vizsgálataink alapján mediáló tényezőnek bizonyult a gyermek BMI korcsoportos átlagtól való eltérése az SDQ összpontszám esetén ($p=0,029$; $Z=2,18$; Hatásfok=0,07), a hiperaktivitás alskálán ($p=0,05$; $Z=2,81$; Hatásfok=0,03), az érzelemszabályozás alskálán ($p=0,02$; $Z=-3,03$; Hatásfok=0,05), illetve az externalizáló viselkedés alskálán ($p=0,011$; $Z=-2,53$; Hatásfok=0,05).

A családszerkezet és az anyai depressziós jellegű tünetek hatása a gyermekekre

Harmadik hipotézisünkben (H3) azt vizsgáltuk, hogy az anyai depressziós jellegű tünetek, abban az esetben, ha a gyermek egyike akkor erősebben hatnak-e a gyermek szociális kapcsolataira. Két csoportra osztottuk a gyermekeket, az egyikben a gyermekeknek nincsen testvére, a másik csoportba pedig azokat a gyermekeket osztottuk, akiknek legalább egy testvére van. Lineáris regressziós modellt építettünk, amelyben a függő változó első esetben az SDQ során elért összpontszám volt. A független változó minden esetben az anya által kitöltött Beck Depresszió Kérdőív összpontszáma (BDI) volt. A csoportosító tényező a fentebb ismertetett elv alapján a testvérek száma volt (0;1, ahol az 1 kategóriába a legalább egy testvérrel rendelkező gyermekek kerültek). Mindezek után a lineáris regressziót kicserélt függő változókkal is lefuttattuk. Az általunk használt függő változók az SDQ összpontszám, illetve alskálái, cSBQ összpontszám, illetve alskálái voltak. A lefuttatott lineáris regressziók eredményei a 6. táblázatban vannak feltüntetve.

6.táblázat

A lineáris regresszió elemzés eredményei

Függő változó	B-érték	hatásfok	t	p
SDQ összpontszám	-1,74	0,98	-1,78	0,077
Proszociális	0,4	0,44	0,92	0,358
Kortárskapcsolati problémák	-0,27	0,32	-0,84	0,403
Hiperaktivitás	-0,43	0,46	-0,92	0,358
Viselkedési problémák	-0,08	0,3	-0,27	0,787
Érzelmi tünetek	-0,96	0,38	-2,55	0,011
cSBQ összpontszám	6,95	3,35	2,07	0,04
Szociabilitás	1,75	0,93	1,88	0,062
Érzelemszabályozás	0,95	0,76	1,26	0,21
Kognitív önszabályozás	1,74	0,68	2,56	0,011
Viselkedésszabályozás	1,29	0,93	1,39	0,167
Proszociális viselkedés	0,58	0,69	0,84	0,403
Externalizáló viselkedés	0,37	0,68	0,54	0,589
Internalizáló viselkedés	0,99	0,51	1,95	0,053

Szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között az SDQ Érzelmi tünetek alskálájában (mellékelt 2. ábra), illetve a cSBQ összpontszámában, illetve a Kognitív önszabályozás alskáláján (mellékelt 3. ábra). Mindezek alapján elmondható, hogy értelmezhető különbség volt az egyedül nevelkedő, illetve a legalább egy testvérrel rendelkező gyermekek szociális képességeiben az anyai depressziós jellegű tünetek tükrében.

A negyedik hipotézisünkben (H4) azt feltételeztük, hogy az anyai depressziós jellegű tünetek gyengébb összefüggésben állnak a gyermekük testsúlyával a teljes családban élő gyermekek esetében, mint a nem teljes családban nevelkedő gyermekek esetében. Ebben az esetben szintén lineáris regressziót alkalmaztunk, amely során a függő változó a gyermek BMI korcsoportos átlagtól való eltérése, a független változó az anya által kitöltött Beck Depresszió Kérdőív összpontszáma (BDI) volt.

A BDI pontszám növekedésével láthatóan növekszik a gyermek BMI korcsoport átlagtól való eltérése (pozitív irányba), viszont azt találtuk, hogy a nem teljes családban nevelkedő gyermekeknél alacsonyabbról indul a növekedés, illetve alacsonyabb értékkel is végződik. Mindezek mellett szignifikáns különbséget a két csoport között nem találtunk ($p=0,701$), (mellékelt 4. ábra).

A negyedik hipotézisünk alhipotézisében (H4a), azt feltételeztük, hogy az anyai depressziós jellegű tünetek gyengébb összefüggésben állnak a gyermek szociális készségeivel, amennyiben a család struktúrája teljes, mint a nem teljes családban nevelkedő gyermekek esetében. Szignifikáns különbséget a csoportok tendenciái között egyik alskála esetén sem találtunk. A lineáris regresszió eredményei alskálákra lebontva a mellékelt 7. táblázatban láthatóak.

Az ötödik hipotézisünkben (H5), azt feltételeztük, hogy a túlsúlyos, illetve az elhízott gyermekek kortárs kapcsolataiban gyakrabban lépnek fel problémák, mint a nem túlsúlyos, illetve nem elhízott gyermekek esetében. A gyermekeket 'normál', 'túlsúlyos', illetve 'elhízott' csoportokba osztottuk a WHO által megadott korcsoportos átlag BMI, illetve a szintén WHO által megadott vágóértékek (túlsúlyos: $>+1SD$; elhízott: $>+2SD$) alapján (WHO, 2007). A mintánk és a hipotézisünk alapján a független mintás t-próba lett volna alkalmas a vizsgálatunkhoz, azonban egyik csoportunk sem mutatott normál eloszlást, így Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk. Az SDQ esetében sem az összpontszám ($p=0,444$), sem az alskálák (mellékelt 8. táblázat) nem mutattak szignifikáns különbséget a csoportok között.

A Proszociális alskála a fordított értékelés miatt külön vizsgálandó, de ez sem mutatott szignifikáns különbséget a csoportok között ($p=0,910$).

A cSBQ összpontszámot, illetve alskálákat vizsgálva egy esetben, a Kognitív önszabályozás alskálánál találtunk szignifikáns különbséget a csoportok között, ahol a túlsúlyos és elhízott gyermekek rosszabbul teljesítettek, mint a normál súlyú gyermekek ($p=0,035$; Hatásfok=0,15; $U=4514$). A többi esetben nem találtunk szignifikáns különbséget, ezek eredményei megtalálhatóak az 9. táblázatban.

9. táblázat

A gyermekkori elhízás és a cSBQ kérdőív eredményeinek kapcsolata

Mann-Whitney U próba

	U	p	Hatásfok
cSBQ összpontszám	5250.50	0.462	0.01
Internalizáló viselkedés	4646.50	0.936	0.12
Externalizáló viselkedés	4946.50	0.796	0.07
Szociabilitás	5244.50	0.457	0.01
Proszociális viselkedés	5051.50	0.713	0.05
Viselkedésszabályozás	5193.50	0.410	0.02
Kognitív önszabályozás	4514.00	0.035	0.15
Érzelemszabályozás	4850.00	0.848	0.08

$H_a \mu_{\text{Normál}} > \mu_{\text{Túlsúlyos/Elhízott}}$

Mindezek mellett megvizsgáltuk, hogy lehetnek-e moderáló tényezők, amelyek befolyásolják a gyermek testsúlya és szociális kapcsolatai közötti összefüggéseket. Azt találtuk, hogy az életkor ebben az esetben moderáló tényezőként van jelen, ugyanis az életkor előrehaladtával egyre erősebb összefüggés van a gyermek testsúlya és a gyermek externalizáló viselkedése között ($p=0.032$; $Z=2,14$).

Következtetések

Diszkusszió

Kutatásunk során arra törekedtünk, hogy feltárjuk az anyai mentális egészség, a mi esetünkben a depressziós jellegű tünetek, és az óvodáskorú gyermekek testi, valamint szociális fejlődése közötti összefüggéseket.

Elsőként megvizsgáltuk, hogy a depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinek BMI értéke magasabb-e a mintában szereplő, depressziós jellegű tüneteket nem, vagy kevésbé mutató anyák gyermekeihez képest. Feltételezésünket arra alapoztuk, hogy a kevésbé odafigyelő nevelési stílus, az alacsonyabb aktivitási szinttel, a gyermek mozgásszegényebb viselkedésével és a gyermek magasabb BMI értékével áll összefüggésben (McConley és mtsai., 2011). Azt találtuk, hogy a mintánkban szignifikáns különbség azonban a két csoport értékei között nem mutatkozott. Az első hipotézisünk alhipotézisének vizsgálata során, azt feltételeztük, hogy a mintánkban depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinek a BMI értéke magasabb, mint az adott korosztályhoz tartozó átlag. Ezen feltételezésünk nem bizonyult igaznak, azonban szignifikáns eltérést mutatkozott az átlagtól a 6-7 éves korosztályban, negatív irányba. Ennek okának megállapítása további vizsgálatokat igényel, feltételezésünk szerint ebben a korosztályban a szociális környezet megváltozása (óvoda elhagyása, iskola elkezdése) is hatással lehet a gyermek napi szokására, ezáltal a testsúlyára is.

Az eredményeink és a szakirodalom is egyaránt alátámasztotta, hogy a depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekeinél gyakrabban jelennek meg viselkedésbeli és szociális problémák (van der Waerden és mtsai., 2015). Vizsgálatunk során megállapítottuk, hogy mintánkban szignifikáns összefüggés volt az anyai depressziós jellegű tünetek jelenléte és a gyermek viselkedési problémái, externalizáló viselkedésbeli problémái között. Ezen összefüggések abból a szempontból lehetnek fontosak, hogy ezen jellemzők sajátosságai, hogy adott esetben az óvodapedagógusok számára is feltűnhetnek. Természetesen jelen esetben nem direkt összefüggésről beszélünk, azonban ez a jelenség további vizsgálatokat igényel. Különösen fontos eredményeink közé tartozik, hogy a mintánkban szereplő depressziós jellegű tüneteket mutató anyák gyermekei körében gyakrabban jelentkezett hiperaktivitás, mint azon társaiknál, akiknek az anyja nem tapasztal ilyen jellegű tüneteket. Ez azért nagyon fontos, mert a depressziós jellegű tüneteket tapasztaló anyák gyermekeinél gyakrabban jelenik meg ADHD (Wolford és mtsai., 2017). A 4-6 éves ADHD-s gyermekek körében nagyobb valószínűséggel fordul elő a major depresszió vagy disztímia és öngyilkossági kísérlet 18 éves korig, a többi társukhoz képest (Chronis-Tuscano és mtsai., 2010). Mindezek mellett szignifikáns összefüggést találtunk az anyai depressziós jellegű tünetek és a gyermek érzelmszabályozási abnormalitásai között. Ez figyelmet érdemel, hiszen a gyermekkori érzelmszabályozás problémái a későbbiekben kialakuló pszichopatológiákkal összefüggésben állhatnak (Beauchaine és mtsai., 2017).

Vizsgálatunk során megvizsgáltuk, hogy az anyai depressziós jellegű tünetek és a szociális, érzelmi és viselkedési abnormalitások között lehet-e mediáló tényező. Azt találtuk, hogy a gyermekkori magasabb BMI mediáló tényezőként hatott erre a kapcsolatra az érzelemszabályozás, externalizáló viselkedés, illetve hiperaktivitás területén is. Feltételezzük, hogy ennek az eredménynek a háttérében az állhat, hogy az óvodai a beilleszkedés nehéz lehet a legtöbb gyermek számára, azonban, ha a gyermek a testsúlyával kapcsolatban nehézséget él meg, akkor ez még inkább megnehezítheti a beilleszkedés folyamatát, amely a fentebb említett területek deficitjeként jelenhet meg.

Kutatásunk során összehasonlítottuk azokat az anyákat, akik depressziós jellegű tüneteket tapasztalnak, az alapján, hogy egy, vagy több gyermeket nevelnek, feltételezve azt, hogy az egy gyermekes anyák mentális állapota erősebb kapcsolatban van a gyermek szociális jóllétével, mint a többgyermekes anyák esetén. Jelentős eredményeink közé tartozik, hogy a mintánkban a depressziós jellegű tüneteket mutató anyák egyedül nevelkedő gyermekeinél gyakrabban jelentek meg érzelmi tünetekbeli és kognitív önszabályozásbeli abnormalitások. Feltételezésünk szerint az anyai depressziós tünetek nem csak az anyát, hanem közvetetten a gyermeket is jelentősen befolyásolják. Ugyanakkor, ha az anyának több gyermeke van, előfordulhat, hogy a testvérek egymás számára érzelmi támogatást nyújtanak, vagy a negatív hatások megoszlanak közöttük, ezáltal mérséklődhet az egy gyermekre gyakorolt pszichés teher. Természetesen ez nem egy direkt kapcsolat, hanem a vélt összefüggés mögött más, mélyebb befolyásoló faktorok is lehetnek, ezért ezen terület átfogó vizsgálata a későbbiekben javasolt.

Negyedik hipotézisünk vizsgálata során azt feltételeztük, hogy a családszerkezet is kapcsolatban lehet az anyai depressziós jellegű tünetek és a gyermek testsúlya, illetve szociális kapcsolatai összefüggéseivel. Szignifikáns kapcsolatot ebben az esetben nem találtunk, azonban a szakirodalom is megosztott a családszerkezet hatásainak terén. (Newman, 2016; Watson és Kalkat, 2024).

Kutatásunk egyik alapvető feltevése volt, hogy a magasabb BMI-vel rendelkező gyermekek szociális kapcsolataiban gyakrabban lépnek fel problémák. A mintánk alapján szétválogattuk a gyermekeket 'normál' 'túlsúlyos' és 'elhízott' kategóriákba. Azok a gyermekek, akik a mintánkban az utóbbi kettő kategóriába estek gyakrabban mutatták a társas interakció, a kommunikáció és az érdeklődési területek abnormalitását, ezen felül pedig a kognitív önszabályozás problémája is megfigyelhető volt náluk. Véleményünk szerint ennek háttérében több meghatározó ok is szerepet játszhat, többek között az, hogy azoknál a gyerekeknél, akik a súlyuk miatt gyakrabban tapasztalnak hátrányos megkülönböztetést

(például kirekesztettség, izoláció) (Sawyer és mtsai., 2011), a későbbiek során kognitív önszabályozásbeli problémák léphetnek fel, aminek az oka többek között az is lehet, hogy ebben a korai szenzitív periódusban nagyon sok negatív megítélést kaphatnak (ebben az esetben a súlyuk miatt), a későbbi negatív megítélést, kritikákat pedig sokkal nehezebben élhetik meg.

Mindezek mellett azt találtuk, hogy a gyermekkori magasabb BMI és a viselkedésbeli problémák között moderáló tényezőnek bizonyult a gyermek életkora. Feltételezésünk szerint a gyermek növekedésével egyre inkább előtérbe kerül az önmagáról alkotott testkép fontossága, amely magasabb BMI esetén befolyásolhatja és előidézheti a viselkedésbeli problémákat. Ez a jelenség csupán feltételezés az eredmény tükrében, azonban a témát érintő és alaposan vizsgáló szakirodalmi források összefüggést állapítottak meg a gyermekkori elhízás és a társas agresszió között (Tso és mtsai., 2018).

Az anyai depressziós jellegű tünetek a társas kapcsolati problémák és a viselkedési nehézségek gyakoribb megjelenését eredményezték, amelyet óvodapedagógusi értékeléseink is alátámasztottak. Az eredmények alapján megállapítható, hogy az anyai depressziós jellegű tünetek szignifikáns kapcsolatban vannak mind a gyermek testi állapotával, mind szociális képességeivel. Ezen túlmenően érdemes lenne longitudinális vizsgálatokat lefolytatni, hogy részletesebb képet kapjunk a hosszú távú hatásokról.

Limitációk

A vizsgálat egyik limitációja, hogy nem teljeskörű mintavétellel készült az adatbázis. További korlátozó tényezők közé tartozik, hogy a mintánkban nem szerepel vármegyeszékhelyről származó adat. Jelen dolgozat formai követelményei nem teszik lehetővé, hogy az általunk gyűjtött adatok bizonyos részét felhasználjuk és kiértékeljük, ilyen például az anamnézis kérdések egy része. Ezen adatok további elemzése javasolt, hiszen ezek segítségével mélyebb és szerteágazóbb ismereteket szerezhetünk, illetve jobban megérthetjük az anyai depressziós jellegű tünetek hatását a gyermek fejlődésére.

Jövőre vonatkozó megállapítások

Vizsgálatunk időbeli korlátai miatt kutatásunk keresztmetszeti kutatás, azonban a téma és a felvetett kérdések alaposabb megismeréséhez, illetve hosszútávú következtetések levonásához ajánlott lenne a jövőben egy teljes gyermekkort átfogóan vizsgáló longitudinális kutatás kivitelezése is. Fontos lehet mindezek mellett az apák szerepét is bevonni ezen kutatásokba a jövőben, hiszen egy depressziós tüneteket mutató anya mellett amennyiben van

egy olyan társ (például apa), akivel a gyermek képes kialakítani egy közeli bizalmi kapcsolatot, akkor az nagyban befolyásolhatja a gyermek fejlődését és az anyai depressziós jellegű tünetek hatását ezen fejlődésre (Goodman és Gotlib, 2001).

Összefoglalás

Összefoglalóan elmondható, hogy a dolgozat aktualitását kutatási előzményekkel alátámasztott kérdésünk - hogy hasznos lehet-e egy olyan kutatás, amely mélyebb összefüggéseket keres az óvodás korú gyermek testsúlya és szociális kapcsolatai között az anyai depresszió tükrében - összeségében megerősítést nyert.

Vizsgálatunk során azt találtuk, hogy abban az esetben, ha az anya depressziós jellegű tüneteket mutat, az szoros kapcsolatban áll a gyermek érzelmi és viselkedési problémáival, külön kiemelve a hiperaktivitást. Fontos megemlíteni, hogy a gyermekkori elhízás mediáló tényezőként van jelen az anyai depressziós jellegű tünetek és a gyermek érzelemszabályozása, illetve és szociális kapcsolatai között.

Ezen felül kimutattuk, hogy az egy gyermeket nevelő anyák depressziós jellegű tünetei erősebb kapcsolatban állnak a gyermekük társas interakció, a kommunikáció és az érdeklődési területein jelen lévő abnormalitásaival.

Kiemelt eredményeink közé tartozik még a gyermek testsúlyának összefüggése a társas kapcsolataival, ahol az életkor, mint moderáló tényező szerepet játszik.

A vizsgálat eredményei azért különösen figyelemreméltóak, mert a mi esetünkben nem kizárólag klinikailag igazolt depressziós anyákról beszélünk, hanem a populációból véletlenszerűen kiválasztott mintával dolgoztunk. Azonban az anya mentális jólétének hatása már ebben az esetben is megjelent, és szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek fejlődésével. Abban az esetben, ha az anyánál diagnosztizált a depresszió, akkor az eredményeink alapján arra tudunk következtetni, hogy még erősebb kapcsolat állhat fent az anya mentális állapota és a gyermek fejlődése között.

Kutatásunk gyakorlati hasznát, érvényesülését az óvodapedagógusok szakmai munkájában látjuk, hiszen az óvodában eltöltött időszak a gyermek életkorának az egyik legszenzitívebb periódusa, amikor a szülők mellett az óvodapedagógusok, illetve az otthon mellett az óvoda válik a gyermek fejlődésének színterévé. A kutatásban kimutatott eredmények, bizonyított összefüggések segíthetik az óvodapedagógusok szakmai munkáját, szülőkkel való együttműködésük eredményeként a gyermekek egészséges lelki, testi és szociális jólétét.

A dolgozat megírása során Mesterséges Intelligenciát nem vettem igénybe.

Irodalomjegyzék

- Balázs, J., és Miklósi, M. (szerk.). (2015). *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Semmelweis Kiadó.
- Barkley, R. A. (szerk.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press.
- Beauchaine, T., Zisner, A., és Sauder, C. (2017). Trait impulsivity and the externalizing spectrum. *Annu Rev Clin Psychol.*(8(13)), 343-368.
- Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., és Rush, A. J. (szerk.). (1979). *Cognitive therapy of depression* (13. print. kiad.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., és Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Berkessel, J., Ebert, T., Gebauer, J., és Rentfrow, P. (2024). Unequal burden of obesity: Obesity's adverse consequences are contingent on regional obesity prevalence. *Psychological Science*(35(11)), 1260-1277.
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics ésamp; Child Health*, 9, 575–583. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.575>
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., és Gervai, J. (2008). Screening childhood behavior problems using short questionnaires I.: the Hungarian version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 23(5), 358–365.
- Bland, R. C. (1997). Epidemiology of affective disorders: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 367–377. <https://doi.org/10.1177/070674379704200403>
- Burton, N. (2024). The 7 reasons why depression is dmre common in women. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201205/the-7-reasons-why-depression-is-more-common-in-women>
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., és Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide

- attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1044. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.127>
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., és Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15–23. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.15>
- de la Hunty, A., Gibson, S., és Ashwell, M. (2013). Does regular breakfast cereal consumption help children and adolescents stay slimmer? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*, 6, 70–85. <https://doi.org/10.1159/000348878>
- Deshmukh-Taskar, P. R., Nicklas, T. A., O'Neil, C. E., Keast, D. R., Radcliffe, J. D., és Cho, S. (2010). The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: The national health and nutrition examination survey 1999-2006. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 869–878. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.03.023>
- Diamond, R. (2023). Perinatal mental health: 2023 year in review. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/preparing-for-parenthood/202312/perinatal-mental-health-2023-year-in-review>
- Egger, H. L., és Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., és Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495–525. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Elander, J., és Rutter, M. L. (1996). Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 63-78. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:144541757>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ertel, K. A., Rich-Edwards, J. W., és Koenen, K. C. (2011). Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. *Journal of Women's Health*, 20, 1609–1617. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2657>
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., és Kalin, N. H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52, 776–784. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01553-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01553-6)

- Förster, L.-J., Vogel, M., Stein, R., Hilbert, A., Breinker, J. L., Böttcher, M., Kiess, W., és Poulain, T. (2023). Mental health in children and adolescents with overweight or obesity. *BMC Public Health*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15032-z>
- Gibson-Smith, D., Halldorsson, T. I., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Thorsdottir, I., Birgisdottir, B. E., Gudnason, V., Eiriksdottir, G., Launer, L. J., Harris, T. B., és Gunnarsdottir, I. (2020). Childhood overweight and obesity and the risk of depression across the lifespan. *BMC Pediatrics*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1930-8>
- Gonda, X., és Rózsa, S. (2015). A pszichiátria magyar kézikönyve. In J. Füredi, és A. Németh (szerk.). Budapest: Medicina Kiadó.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107–135. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401>
- Goodman, S. H., és Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458>
- Goodman, S. H., és Gotlib, I. H. (szerk.). (2001). *Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and Implications for Treatment* (1. kötet). American Psychology Association.
- Goodwin, R. D., Dierker, L. C., Wu, M., Galea, S., Hoven, C. W., és Weinberger, A. H. (2022). Trends in U.S. depression prevalence from 2015 to 2020: The widening treatment Gap. *American Journal of Preventive Medicine*, 63, 726–733. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014>
- Grace, S. L., Evindar, A., és Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263–274. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6>
- Gross, R. S., Velazco, N. K., Briggs, R. D., és Racine, A. D. (2013). Maternal depressive symptoms and child obesity in low-income urban families. *Academic Pediatrics*, 13, 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.002>
- Hajnal, Á., Susánszky, É., Szántó, Z., és Csoboth, C. (2004). A szülő depresszív hangulatának és a gyermek magatartás-problémáinak összefüggése. *LEGE ARTIS MEDICINAE*, 14, 878–886.

- Jingjing Wang, Y. P. (2022). The association between family relationships and depressive symptoms among pregnant women: A network analysis. *Front. Psychiatry*.
- Kansra, A. R., Lakkunarajah, S., és Jay, M. S. (2021). Childhood and adolescent obesity: A review. *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.581461>
- Kasik, és Gál, Z. (2014). Óvodások szociálisprobléma-megoldó gondolkodása szülei és pedagógusaik véleménye alapján. *Magyar Pedagógia*, 114, 189-213.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., Radke-Yarrow, M., és Welsh, J. D. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 441-456. <https://doi.org/10.1007/bf00916460>
- KSH. (2019). Szubjektív jóllét, mentális egészség.
- Kuczynski, L., és Kochanska, G. (1990). Development of children's noncompliance strategies from toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology*, 26, 398-408. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.3.398>
- Ladd, G., Herald-Brown, S., és Kochel, K. (2009). Handbook of Motivation at School. In K. R. Wentzel, és A. Wigfield (szerk.). New York: Routledge.
- Lampard, A. M., Franckle, R. L., és Davison, K. K. (2014). Maternal depression and childhood obesity: A systematic review. *Preventive Medicine*, 59, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.020>
- Lang, C., Field, T., Pickens, J., Martinez, A., Bendell, D., Yando, R., és Routh, D. (1996). Preschoolers of dysphoric mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 221-224. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01394.x>
- Latzer, Y., és Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-7>
- Luteijn, E., Luteijn, F., Jackson, S., Volkmar, F., és Minderaa, R. (2000). The Children's Social Behavior Questionnaire for milder variants of PDD problems: Evaluation of the psychometric characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 317-330. <https://doi.org/10.1023/a:1005527300247>
- Marco, P. L., Valério, I. D., Zanatti, C. L., és Gonçalves, H. (2020). Systematic review: Symptoms of parental depression and anxiety and offspring overweight. *Revista de Saúde Pública*, 54, 49. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001731>
- Margitics, F., és Paulik, Z. (2007). *Depresszió és megküzdés serdülőknél*. Nyíregyháza: Krúdy Kiadó.

- Martins, C., és Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 41(6), 737–746.
- MayoClinic. (2019). Depression in women: Understanding the gender gap. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>
- McConley, R. L., Mrug, S., Gilliland, M. J., Lowry, R., Elliott, M. N., Schuster, M. A., Bogart, L. M., Franzini, L., Escobar-Chaves, S. L., és Franklin, F. A. (2011). Mediators of maternal depression and family structure on child BMI: parenting quality and risk factors for child overweight. *Obesity*, 19, 345–352. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.177>
- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., Waxmonsky, J. G., Gnagy, E., Molina, B. S., és Pelham, W. E. (2015). Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predict levels of depressive symptoms during emerging adulthood? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 787–797. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0065-0>
- Mengelkoch, S., és Slavich, G. M. (2024). Sex differences in stress susceptibility as a key mechanism underlying depression risk. *Current Psychiatry Reports*, 26, 157–165. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01490-8>
- Miklósi, M., Martos, T., Kocsis-Bogár, K., és Perczel Forintos, D. (2011). Psychometric properties of the Hungarian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 26(2), 102–111.
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A., és Cooper, P. (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 927–935. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01490.x>
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., és Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40(8), 1259–1271.
- Nagy-Tószegi, C., Rózsa, S., és Lábad, B. (2023). A Gyermek Önszabályozás és Viselkedés Kérdőív (CSBQ) hazai változatának kialakítása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 24, 204–226. <https://doi.org/10.1556/0406.2023.00037>
- Newman, S. (2016). Single mothers: Psychological problems for kids? *Psychology Today*.

- NICHD. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35, 1297–1310. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1297>
- Perczel, D. F., Rózsa, S., és Kopp, M. (2007). An investigation of the short version of the Beck Hopelessness Scale in a national representative survey in Hungary. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 22(5), 375–389.
- Perczel-Forintos, D. (2017). Tudatosság és önreflexió: A mindfulness módszerek szerepe az elhízás kezelésében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 18(2), 125-148.
- Pineros-Leano, M. (2020). Association between early maternal depression and child growth: A group-based trajectory modeling analysis. *Childhood Obesity*, 16, 26–33. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0121>
- Puhl, R. M., és Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 557–580. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>
- Rohanachandra, Y. M. (2021). Depression in mothers and mental health in their children: Impact, risk factors, and interventions. *https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800220009002*, 45–55. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-817933-8.00045-1>
- Rózsa, S., Tárnok, és Nagy, P. (2020). A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák. Budapest: Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., és Parker, J. G. (2006). Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development. In W. D. Eisenberg, és R. M. (szerk.). John Wiley és Sons, Inc.
- Sawyer, M. G., Harchak, T., Wake, M., és Lynch, J. (2011). Four-year prospective study of BMI and mental health problems in young children. *Pediatrics*, 128, 677–684. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3132>
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmücker, G., Allen, H., és Kumar, R. (1995). The Impact of Postnatal Depression on Boys' Intellectual Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1315–1336. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01666.x>
- Sohr-Preston, S. L., és Scaramella, L. V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 65–83. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0004-2>
- Stephens, T., Dulberg, C., és Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. *Chronic diseases in Canada*, 20(3), 118–126.

- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., és Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364–376. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.3.364>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Trussell, T. M., Ward, W. L., és Conners Edge, N. A. (2018). The impact of maternal depression on children: A call for maternal depression screening. *Clinical Pediatrics*, 57, 1137–1147. <https://doi.org/10.1177/0009922818769450>
- Tso, M., Rowland, B., Toumbourou, J., és Guadagno, B. (2018). Overweight or obesity associations with physical aggression in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Behavioral Development*(42(1)), 116-131.
- Turi, E., Gervai, J., Áspán, N., és Halász, J. (2013). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *PSYCHIATRIA HUNGARICA*, 28, 165-179.
- Turney, K. (2012). Pathways of disadvantage: Explaining the relationship between maternal depression and children's problem behaviors. *Social Science Research*, 41, 1546–1564. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.06.003>
- Tyrell, F. A., Yates, T. M., Reynolds, C. A., Fabricius, W. V., és Braver, S. L. (2018). The unique effects of maternal and paternal depressive symptoms on youth's symptomatology: Moderation by family ethnicity, family structure, and child gender. *Development and Psychopathology*, 31, 1213–1226. <https://doi.org/10.1017/s0954579418000846>
- van der Waerden, J., Galéra, C., Larroque, B., Saurel-Cubizolles, M.-J., Sutter-Dallay, A.-L., és Melchior, M. (2015). Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *The Journal of Pediatrics*, 166, 1440–1448.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.03.002>
- Volling, B., és Elins, J. (1998). Family relationships and children's emotional adjustment as correlates of maternal and paternal differential treatment: A replication with toddler and preschool siblings. *Child Development*(69(6)), 1640-1656.
- Wang, J., Pei, Y., Tang, J., Chen, Q., He, C., Zhang, Y., Hou, H., Zhang, X., és Wang, W. (2022). The association between family relationships and depressive symptoms among pregnant women: A network analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.919508>

Watson, T., és Kalkat, S. (2024). Single mothers experience high rates of psychological distress. The safety net can help.

Weissman, M. M. (1987). Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800220009002>

WHO. (2007). BMI for age. <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>

Wolford, E., Lahti, M., Tuovinen, S., Lahti, J., Lipsanen, J., Savolainen, K., Heinonen, K., Hämäläinen, E., Kajantie, E., Pesonen, A.-K., Villa, P. M., Laivuori, H., Reynolds, R. M., és Räikkönen, K. (2017). Maternal depressive symptoms during and after pregnancy are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in their 3- to 6-year-old children. (M. Mazza, Szerk.) *PLOS ONE*, 12, e0190248.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190248>