

A várandósság alatt megélt tényezők hatása a szülésélményre

Tartalomjegyzék

1. Témafelvetés	2
1. Szakirodalmi áttekintés	2
1.1. A gyermekáldás körüli időszak	2
1.2. A várandósság.....	3
1.2.1. A várandósság szakaszai és pszichológiája	4
1.2.2. Antenatális pszichikus zavarok.....	6
1.3. Szülésélmény	8
1.3.1. A szülés folyamata	8
1.3.2. A szülés lélektana	10
1.3.3. A szülésélményt befolyásoló tényezők	11
1.3.4. A szüléssel kapcsolatos attitűd.....	13
2.4. A párkapcsolat	14
2.4.1. A párkapcsolati elégedettség	14
2.4.2. A párkapcsolat jelentősége a gyermekáldás körüli időszakban.....	15
2.5. Kontrollhely	17
3. Kérdésfelvetés.....	18
4. A kutatás bemutatása	19
4.1. Vizsgálati személyek	19
4.2. Vizsgálati eszközök	20
5. Eredmények.....	23
5.1. Leíró adatok	23
5.2. A hipotézisek ellenőrzése	25
5.3. Az eredmények értékelése	32
6. Következtetések és javaslatok.....	33
7. Összefoglalás.....	35

Bevezetés

Dolgozatom témája a szülésélmény vizsgálata a várandósság alatt megélt tényezők függvényében. Az anyává válás a nő életének hatalmas transzformáló erővel bíró eseménye. Mivel a szülés bizonyos tényezői (aranyóra megélése/elmaradás, folyamat közben megélt kontroll) és szubjektív megélése hatást gyakorolnak a posztnatális időszakban megjelenő depresszióra (Madarassy, 2020), valamint meghatározzák egy későbbi terhesség lehetőségét (Sallay, Martos & Hegyi, 2015, Dusa, Markos, Engler & Várfalvi, 2019), fontos, hogy empirikus kutatások szülessenek arról, mi befolyásolja magát a szülésélményt. Szakirodalmi adatok szerint az egyik ilyen tényező maga a várandósság lefolyása, megélése (Hajduska, 2008). Arról azonban nem találtam magyar szakirodalmi adatot, hogy pontosan a várandósság mely aspektusai, a várandósság alatt mely megélt tényezők gyakorolnak hatást a szülésélményre.

Az elméleti részben elsősorban áttekintem a vonatkozó szakirodalmat a várandóssággal és a szüléssel kapcsolatban, valamint az ebben az időszakokban megjelenő pszichikus zavarok – szorongás és depresszió – jellemzőit veszem számba. Majd írok a párkapcsolatról és a párkapcsolati elégedettségről, hiszen ennek fontos szerepe van abban, hogyan tudja a változások előidézte krízist a nő kezelni, mennyiben tud minél konstruktívabban új megküzdéseket kialakítani, ezzel visszanyerve egyensúlyi állapotát (Hajduska, 2008; Szemán-Nagy, 2009).

Az elméleti áttekintés után bemutatom a tervezett vizsgálatot, a használt kérdőíveket és ismertetem a szakirodalomra alapozott hipotéziseimet. Ezután bemutatom a statisztikai eljárás útján kapott adatokat, eredményeket.

Longitudinális kutatásom vizsgálati személyeit olyan, 260 édesanya csoportja alkotja, akik egy kérdőívcsomagot kitöltöttek a várandósság harmadik trimeszterében, majd egy újabbat a posztpartum időszak (szülést követő 6 hét) leteltével. Az eredményekből kirajzolódik, hogy több, a várandósság alatt megélt tényező hatást gyakorol a szülés szubjektív megélésére, úgy, mint a pszichés állapot, a szorongás és depresszió, valamint a kontrollhely, mint a személyiség egy szűkebb tartományának dimenziója. Ezzel ellentétben azonban a párkapcsolati elégedettség és a szüléssel kapcsolatos attitűd tekintetében – a várakozással ellentétben – nem sikerült ilyenfajta kapcsolatot feltárni.

1. Témafelvetés

A szülés jelentős, megterhelő esemény a nő életében, mely fizikai és lelki kihívásokkal jár (Hajduska, 2008). Szubjektív megélése meghatározhatja, hogy a személy érintett lesz a posztnatális depresszióban, vagy sem (Madarassy, 2020). Ez azért fontos, mert egy ilyen negatív mentális állapotban lévő édesanya negatívan befolyásolhatja gyermeke affektív, kognitív és szociális fejlődését. Előfordulhat, hogy a pszichés zavar hatására egyre kevésbé jelent örömet a nő számára a babával való foglalkozás, rendszerint ideges és feszült. Az anyák ebben az állapotban gyakran érzik magukat „rossz” anyának, ami önvádlat alakíthat ki és veszélyeztetheti saját magát, illetve a csecsemőt is. Ez az állapot súlyos lenyomatot képez az anya-gyermek között kialakuló kapcsolatban. A depresszióban szenvedő anyák gyermekeinél a hangulatzavarok kialakulása is valószínűbb akár már gyerekkorban is (Szemán-Nagy, 2009). Levert, feszült, örömtelen és ingerült állapotban az anya nem tudja biztosítani a gyermek számára a biztonságos kötődéshez elengedhetetlen érzelmszabályozást (Fónagy, 2003) és a fejlődéshez szükséges megfelelő válaszkészséget sem tudja produkálni (Szemán-Nagy, 2009).

A traumatikus tapasztalatok akár elkerülő magatartást is kiválthatnak az anyában a csecsemővel szemben, hiszen a csecsemő előhívhatja ezeket a súlyos negatív megéléseket. Ennek táptalaján szintén sérülést szenvedhet az anya-gyermek kötődési kapcsolat (Molnár, 2014).

Ezekből kiindulva fontosnak találom empirikusan azt vizsgálni, hogy magát a szülésélményt mi befolyásolja. A terhesség lefolyása és megélése hatást gyakorol rá (Hajduska, 2008), de mely aspektusai? Kutatásomban arra helyezem a hangsúlyt, hogy a várandósság alatt megtapasztalt pszichés állapot, szüléssel kapcsolatos attitűdök, a párkapcsolat szubjektív értékelése vagy egy személyiség tényező, a külső-belső kontrollós beállítódás melyiben gyakorolhat hatást a szülésélményre.

1. Szakirodalmi áttekintés

1.1. A gyermekáldás körüli időszak

A várandósság és a szülés a női lét biológiai adottságaiból adódó normatív krízis (Hajduska, 2008). De mit is nevezünk krízisnek? „A krízis egy ember, egy család, egy társadalom életében olyan időszakot jelent, amelyben döntést kell hozni az egyéni, a családi élet, illetőleg a társadalom sorsáról. Ez egy olyan döntés, amely új eszközöket és stratégiát

igényel, mert a már meglévő konfliktusmegoldások, utak, addig bevált szabályok nem működőképesek” (Hajduska, 2008, 11-12. o.). Ennek fényében normatív krízisről olyan élethelyzetek kapcsán beszélhetünk, melyek alkalmazkodást kívánó fordulópontként ragadhatók meg.

Az általam kutatott élethelyzet számos olyan tényezőt hordoz magában, melyek az érintetteket kibillenthetik egyensúlyi állapotukból és mivel igen nagy változás következik be életükben az események átélése kapcsán, ez egy kiemelten szenzitív periódus a nő életében (Molnár, 2014). Az anyává válás egy nő életében talán a legnagyobb változás, hatalmas transzformáló erővel bír. A fizikai változások mellett rengeteg lelki kihívással is jár (Hajduska, 2008). Kiemelten fontos a lelki segítségnyújtás, hiszen alapvetően egészséges emberek is érzelmi és viselkedési zavarokat mutathatnak a krízishelyzetben. Ezek pszichopatológiai reakciókban nyilvánulhatnak meg; szorongás, depresszió, álmatlanság, nyugtalanság, gátoltság, érzelmi labilitás, impulzív reakciók, feszültségérzés, agresszivitás, stb. (Hajduska, 2008). Ezek az élethelyzetek nem csak az első gyermekkel kapcsolatban jelentenek krízist, hiszen minden terhesség és minden szülés más, valamint minden gyermek érkezésekor megváltozik a családi dinamika (Molnár, 2014).

Ahogy minden krízis, úgy a posztpartum időszakban fellépő egyensúlyvesztés esetén is két kimenetel lehetséges; kedvező vagy kedvezőtlen (Hajduska, 2008). Az anya vagy ki tud alakítani újfajta megküzdési módokat és tud alkalmazkodni az új élethelyzethez, vagy tartós megrekedés alakul ki és patológiás egyensúlyi állapot áll fenn hosszú időn keresztül (Molnár, 2014).

A krízis kezelése akkor tekinthető sikeresnek, ha mind az anya, mind a környezet sikeresen kialakít új megküzdési formákat, melyek segítségével adaptálódik az új helyzet létrehozta változásokhoz (Hajduska, 2008), valamint a helyzettel való adaptív megküzdés lehetővé teszi a személyiség fejlődését, az anyaszerep kialakulását és integrálását is (Szemán-Nagy, 2009). Amennyiben ez nem történik meg, az egyébként normálisnak tekinthető pszichopatológiai reakciók elmélyülhetnek, elhúzódhatnak, mint például a szorongás és a depresszió, amik aztán számos káros következménnyel járhatnak (Molnár, 2014). Ezekről bővebben a **2.2.2. Antenatális pszichikus zavarok** című részben írok.

1.2. A várandósság

A várandósság, egészséges körülmények között egy körülbelül 40 hétig tartó folyamat, fejlődés, mely időszakban mind biológiai, mind lélektani, mind szociális változásokon megy keresztül az érintett nő (Hajduska, 2008). Biológiai szempontból a petesejt

megtermékenyülésével, beágyazódásával indul és a magzat méhből való távozásával zárul (Lampé & Papp, 1992), pszichológiailag azonban jóval előbb, már a saját születéssel, hiszen a terhesség és a szülés milyenségét befolyásolja az, hogy saját születésünkről milyen köntösbe csomagolt történeteket hallottunk (Hajduska, 2008).

A várandósság megélése befolyásolja a megszületett gyermek gondozását (Varga, Andrek & Herczog, 2011). Ez a hosszú folyamat lehetőséget ad a gyermek érkezésének felkészülésére testileg, lelkileg és a környezet kialakítására is. Vannak, akik harmonikusan, tele energiával élik meg ezt a körülbelül 9 hónapot, mások folyamatosan testi-lelki problémákkal küzdenek. (Hajduska, 2008).

1.2.1. A várandósság szakaszai és pszichológiája

A várandósság 3 különböző szakaszra bontható. Az első trimeszter a betöltött 12. hétig tart (1-3. hónap), a második a 13. héttől a 24. hétig (4-7. hónap), a harmadik pedig a 25-40. hét között (7-9. hónap) (Meddig tart egy-egy trimeszter? (Lampé & Papp, 1991). Negyedik trimeszterként szokták még emlegetni a szülés utáni 6 hetes, posztpartum időszakot, mely során az anya fizikailag regenerálódik, a hormonok visszarendeződnek és esetleges testi sérülései meggyógyulnak (Molnár, 2014). A várandósság alatt az anya és a magzat között fizikai, biológiai és lélektani kapcsolat is van. Tehát az anya érzéseit a magzat is megéli és ez hormonális szinten is kimutatható (Hidas, Raffai & Vollner, 2002).

A különböző trimeszterekben az anya fizikai és mentális állapotára is más-más a jellemző, illetve a fejlődő magzat is más-más változásokon megy keresztül. Először a magzat fejlődését szeretném bemutatni röviden a különböző trimeszterekben. A 12. hétig alakulnak ki a magzat alapvető élettani funkciói, ezt organogenezisnek nevezzük, tehát ez az embrionális szervfejlődés időszaka. A 24. hétig végbemegy a mozgás- és érzékszervi fejlődés. Végül pedig a születésig a magzat tanul, egyre intenzívebben dolgozza fel az ingereket, valamint testsúlya is gyarapodik, tehát ez az élményfeldolgozás ideje (Andrek, 2019).

Ezután pedig az anya lélektani változásairól is szeretnék néhány szót szólni. A korai időszakban jellemző az érzelmi felbolydulás és fizikai fáradtság (Raphael-Leff, 1993), majd egy lelki ráhangolódásnak kell megtörténni a kismama részéről, melynek folyamán elfogadja születendő gyermekét, illetve azt, hogy ők most testileg és lelkileg egyek, egy egységet alkotnak. Ebből a szempontból az időszak a nőről szól (Bibring 1959, idézi Varga és mtsai, 2011). Testképe, énképe elkezd fokozatosan átalakulni, hiszen legintimebb pillanataiban sincs egyedül, vele van fejlődő magzata, aki fokozatosan bizonyos változtatásokra kényszeríti az

anyát (Raphael-Leff, 1993), mint az étkezés megváltoztatása vagy fokozatos elszakadás a munka világától.

Az ezt követő időszakban, ami a második trimeszternek felel meg, mivel általában elmúlnak a kezdeti rosszullétek, és a terhesség túlhalad a kritikus 12-13. héten, a kismamák általános jóllétről és biztonságról számolnak be (Raphael-Leff, 1993). Ekkor a feladat az, hogy az anya a magzatot önálló lényként elismerje, tehát meg kell történnie egy részleges elkülönülésnek. Ezt segíti a magzat kezdődő és egyre inkább fokozódó aktivitása, mozgása (Bibring 1959, idézi Varga és mtsai, 2011). Ezt az elkülönülést jelzi már az is, hogy az anya gyakran beszél gyermekéhez akár magában, akár hangosan, valamint elnevezi és becézgeti is (Raphael-Leff, 1993).

Végül pedig a harmadik trimeszterben a szüléshez-születéshez közeledve szükségessé válik az elengedés, leválás, hiszen az önállónak elfogadott gyermek elhagyja az anya testét és ezáltal egy újfajta kapcsolat bontakozik ki közöttük. Ennek elfogadása nem mindig egyszerű egyik fél részéről sem, azonban a szoptatás sokat tud segíteni abban, hogy fokozatossá teszi a folyamatot a teljes leválásig, ami évek alatt következik be (Bibring 1959, idézi Varga és mtsai, 2011). Modern társadalmunkban hasznos, ha a harmadik trimesztert már a szülési szabadság keretein belül tudja eltölteni a kismama, ami mentális és valóságos teret ad az elkülönülés folyamatának megkezdésére (Raphael-Leff, 1993). A három szakasz jellemzőiből érzékelhető, hogy a nő fókusza magáról fokozatosan tevődik át a magzatra, majd az újszülöttre (Raphael-Leff, 1993).

A terhességgel kapcsolatos tudatos és tudattalan beállítódás is fontos mind a magzat fejlődése, mind a szülés, mind pedig a korai anya-gyermek kapcsolat minőségének szempontjából. Rottman vizsgálta az anyák terhességgel kapcsolatos tudatos és tudattalan beállítódását. Négy csoportot különített el;

- Ideális anya: Tudatosan és tudattalanul is elfogadja a terhességet.
- Hideg anya: Tudatosan elutasítja, de tudattalanul elfogadja a terhességet.
- Ambivalens anya: Tudatosan elfogadja, de tudattalanul elutasítja a terhességet.
- Katasztrofális anya: Tudatosan és tudattalanul is elutasítja a terhességet.

Az „ideális anya” a terhességet követően a szüléshez, a szoptatáshoz és a gyermekneveléshez is pozitív beállítódással bír. Jellemzően ezek a nők érzelmileg stabilak, fizikálisan egészségesek. Ezek a tényezők megkönnyítik a szülés lefolyását (Raffai, 1997).

A várandósság alatt természetes módon előtérbe kerül a saját születés, a saját szülőkkel való viszony. Ezek kapcsán félelmek, fantáziák és akár grandiózus tartalmak is megjelenhetnek

a kismamában (Varga és mtsai, 2011), hol diffúzabb, hol konkrétabb formában is (Danis, 2004). Ezen gondolatok kibeszélése és ezáltal feldolgozása elengedhetetlen ahhoz, hogy normális mederben folyhasson tovább a terhesség, illetve gyakran van szükség azzal kapcsolatos megnyugtatóra, hogy ezek a folyamatok természetesek, sokaknál lezajlanak (Varga és mtsai, 2011).

1.2.2. Antenatális pszichikus zavarok

A terhesség a nő életében egy olyan szenzitív időszak, melyben fokozottan sérülékeny a szorongással és depresszióval szemben (Szemán-Nagy, 2009), hiszen a bekövetkező jelentős változások miatt normatív krízisnek tekinthető (Hajduska, 2008), ahogyan arról a **2.1. A gyermekáldás, mint normatív krízis** rész keretein belül beszámoltam. Akkor beszélhetünk ezen állapotok kóros mivoltáról, ha funkcióromlást, illetve az egyénnek és/vagy a környezetnek szenvedésnyomást okoznak (Lonstein, 2007; Marrs, Durette, Ferraro & Cross, 2009, idézi Molnár, 2014).

a) Antenatális depresszió

A depresszió hangulatzavar, mely affektív, kognitív, viselkedés és szomatikus tüneteket is okozhat. Az antenatális depresszió az első és a harmadik trimeszterben csúcsosodik ki, ezekben az időszakokban a legjellemzőbb. A második trimeszterben inkább szorongásos zavarok jelennek meg, melyek a testi változásokkal, illetve az esetleges komplikációkkal hozhatók összefüggésbe. A harmadik trimeszter mindkét patológiás állapot tekintetében kiemelt lehet (Szemán-Nagy, 2009).

A családi halmozódás, alacsony szocioökonómiai státusz, a krónikus stressz, a nem kívánt terhesség és a házassági viszályok olyan tényezők, melyek hajlamosítanak ezen negatív mentális állapotok kialakulására (Hardy, 2003, idézi Szemán-Nagy, 2009). Kialakulásában szerepet játszik továbbá a megnövekedett felelősségérzet, amivel a várandósság jár, a folyamatosan csökkenő munkaképesség, a társadalmi státuszban bekövetkező változások és a szociális kapcsolatrendszer átalakulása (Bödecs, 2010). Ezzel ellentétben a szociális, társas támasz és a magasabb életkor protektív tényezők lehetnek (Szemán-Nagy, 2009).

A tüneteket tekintve a várandósság alatt megélt depresszió nem különbözik az általánosságban megélt depressziótól. A diagnosztizálást azonban jelentős mértékben megnehezíti az, hogy bizonyos tényezők, melyek a depresszió velejárói, a terhesség folyamán, természetes módon is megjelenhetnek, mint például, alvászavar, libidó-csökkenés és

enerváltság (Hardy, 2003, idézi Szemán-Nagy, 2009). A kezelésre elsősorban a pszichoterápia javasolt (Szemán-Nagy, 2009).

Azon gyermekeknél, akiknek anyja a terhesség alatt depressziós epizódokon esett át, fokozott érzékenységet találtak a stresszre. Magasabb kortizol szinttel rendelkeznek, ami hajlamosító tényező a stresszre adott intenzívebb válasza (Hallström & McClure, 2006, idézi Szemán-Nagy, 2009). Ezen túl a depresszióban szenvedő anya gyermeke az intrauterin életidőben jellemzően többet mozog, motoros fejlődése mégis elmarad a normál fejlődéstől. Ez a gyakoribb mozgás azzal magyarázható, hogy endorfin termelésének köszönhetően fájdalomcsillapító és eufórizáló hatása van (Hidas és mtsai, 2002).

b) Antenatális szorongásos zavarok

„A szorongás olyan, intrapszichés vagy a környezetből érkező stressz kiváltotta összetett emocionális reakció, vagy állapot, amelynek intenzitása és időbeli előfordulása váltakozó, és amely feszültségérzéssel és fokozott idegrendszeri aktivitással jár” (Lefkovics, 2019, idézi Erdélyi, 2021, 11. o.). A várandósság alatt a szorongás megjelenése főleg a második és harmadik trimeszterre jellemző. A második trimeszterben már szemmel láthatóak lesznek a testi változások, illetve a komplikációktól való félelem is kiválthatja (Szemán-Nagy, 2009). A harmadik trimeszterben megjelenhet a szüléstől való félelem és az ezzel kapcsolatos szorongás is. Ebben az időszakban a kismama már igen szenzitív a szuggeszióra, gyakran találkozik környezetében szülésélményekkel, akarva, akaratlanul (Andrek, 2019). Ezen túl a veszélyek túlértékelése, az egyéni képességek alábecslése, a magabiztosság hiánya és az anyai szereptől való félelem kapcsán is kialakulhat szorongás (Danis, 2004). Az első terhességüket megelőző nőkre jellemzőbb a szorongás, hiszen egy teljesen új, eddig a megtapasztalás szintjén ismeretlen folyamatban találják magukat (Karner, 2011, idézi Sallay és mtsai, 2015).

Érdekes paradoxon, hogy egyre több szűrővizsgálaton esik át a kismama a várandósság alatt, egyre több gép monitorozza a magzat fejlődését, életjeleit, aktivitását, mégis, a megnyugvás helyett, egyre több aggodalom és szorongás jelenik meg a nőkben ebben az időszakban. Jellemző a világunkra, hogy képtelenek vagyunk befelé figyelni és bízni testünk bölcsességében, a természet adta adottságainkban (Varga és mtsai, 2011, idéz Sallay és mtsai, 2015).

A tüneteket tekintve jellemző a nyugtalanságérzés és ingerlékenység, izzadás, bőrpír, szapora légzés és szívverés (Lefkovics, 2019, idézi Erdélyi, 2021). A szorongás kóros szinten való megélése akadályozhatja a szülés természetes lefolyását, mint hátráltató tényező jelenik meg (Raffai, 1997; Danis 2004), valamint csökkentheti annak az esélyét, hogy a nő a szülést

pozitív élményként élje meg (Danis, 2004). Ezen túl az anyai szorongás hatására a magzat véráramában is megjelennek a stresszhormonok (Molnár, 2014). Azok az újszülöttek, akiknek anyja kóros szorongást élt át a várandósság alatt, alacsonyabb Apgar-értékkel jellemezhetők közvetlenül a születést követően (Bödecs, 2010) és az extrauterin életidőben ingerlékenyebbek (Molnár, 2014), kevesebbet alszanak, nyugtalanabbak, alacsonyabb a súlyuk, hangulatuk a sírás és az apátia között váltakozik. Sőt, a 20. században végzett kutatások alapján egészen felnőttkorig megmarad ezeknél az embereknél például a magasabb pulzusszám és gyakoribbak a megbetegedések (Hidas és mtsai, 2002).

1.3. Szülésélmény

1.3.1. A szülés folyamata

Jelen fejezetben igyekszem röviden bemutatni, tulajdonképpen mit is értünk szülés alatt; „Szülésnek nevezzük azt a folyamatot, amelynek során a betöltött 28. gestatiós héten vagy azután mellékszerveivel együtt a magzat kiürül a méhből. Rendszeres fájásokkal vagy a magzatburok megrepedésével kezdődik, és a placenta távozása után két órával fejeződik be” (Lampé & Papp, 1992, 113. o.). Ezt a tankönyvi, nem újkeletű fogalmat igen passzívnak érzem, hiszen nem említi sem az anya, sem a baba aktív közreműködését. Ennek okán úgy gondoltam, álljon itt egy olyan meghatározás, mely dinamikusabban, emberközelibben igyekszik nagyon röviden bemutatni ezt a csodás folyamatot; „A természetes gyermekszülés az anyaméhben belül csecsemővé fejlődött magzat és a méhlepény (placenta) méhből a hüvelyen keresztül a külvilágra történő hozatalát jelenti, mely folyamatban a baba és az édesanya egyaránt aktívan közreműködik” (<https://www.diagnozis.hu/A%20gyermekszules/>, idézi Héjja-Nagy, 2015).

A hüvelyi úton való szülésen kívül évek óta növekvő tendenciát mutat a császármetszések száma(http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/szakellatas/fekvobeteg_szakellatas_minosegi_indikator/csaszarmetszesek). Fontosnak tartom, hogy a gyermek műtéti úton való világrahozatalát is szülésnek nevezzük, hiszen a császármetszésen átesettek stigmatizációja miatt, az érintettek hosszú ideig, akár éveken keresztül érezhetnek bűntudatot, amiért ők „nem tudták világra hozni gyermeküket”. Ennek fényében dolgozatomban mindkét folyamatot egyszerűen szülésnek fogom nevezni.

Röviden, amennyire egy pszichológiai kutatás megkívánja, szeretném bemutatni, hogyan zajlik le maga a szülés. Nézzük először a hüvelyi úton történő szülést. A szülés megindulásának pontos okai ismeretlenek, azonban azt tudjuk, hogy a méh ritmikus összehúzódásával kezdődik meg (Lampé & Papp, 1992).

Természetesen számos egyéb jele is van a folyamat megindulásának; a magzatvíz szivárgása, a nyákdugó távozása, de előfordulhat vérzés, hasmenés vagy akár hányás is (Stadelmann, 2007). A folyamat megindulásában nagy szerepet játszik az oxitocin, ami spontán módon áramlik ki a hipofízisből. A szülés megindítása és gyorsítása különböző módszerekkel bevett gyakorlat a kórházakban, mint a mesterséges oxitocin adása, prosztaglandin készítmények méhszájba helyezése, ösztrogénadagolása és a burokrepesztés (Lampé & Papp, 1992). Ezek sajnos nem adnak lehetőséget az elmélyülésre, befelé fordulásra, arra, hogy a dolgok a saját medrükben folyjanak, aminek köszönhetően a vajúdnő nők gyakran nem egyszerű fájdalmat, hanem szenvedést élnek meg (Héjja-Nagy, 2015).

A hüvelyi szülés lefolyása orvosi protokoll szerint négy szakra bontható: tágulási szak, kitolási szak, lepényi szak és postplacentáris szak. Az első, *tágulási szak* a koponya medence bemenetbe való beékelődéséig tart. A méhszáj tágulása fokozatosan zajlik le; először a cervix (méhnyak) megrövidül, majd folyamatosan vékonyodik. Mikor már papírvékonyágú, a méhszáj 1-2, majd 4-6-8 cm szélesre tágul. Az esetek nagy részében ekkor reped meg a burok, mikor a méhszáj már eltűnt (Lampé & Papp, 1992).

A második, *kitolási szak* a magzat megszületéséig tart. Körülbelül 20-50 percet vesz igénybe. Ekkor halad végig a szülőcsatornán a baba. A nyomás és erőlködés reflexes és akaratlagos is egyszerre. Az anya úgy segíti a baba előre jutását, hogy mély lélegzetvételekkel megtölti tüdejét és haspréssel fokozza a méhösszehúzódásokat (Lampé & Papp, 1992).

A harmadik, *lepényi szak* a placenta távozásáig tart. 10-20 percet vesz igénybe. Először a lepény leválik, majd megszületik (Lampé & Papp, 1992). A méhlepény megszületését nagyban segíti az újszülött mellre helyezése, szoptatása (Héjja-Nagy, 2015).

A negyedik, *postplacentáris szak* a placenta távozását követő két órát foglalja magába. Ekkor látják el az anya esetleges sérüléseit és megfigyelés alatt tartják (Lampé & Papp, 1992). Nagyon fontos lenne, hogy az újszülött fürdetés nélkül az anya mellén, bőr-bőr kontaktusban töltsen ezt az időt (Héjja-Nagy, 2015). Ezt nevezik aranyórának, ami elősegíti az anya ösztöneinek felszínre kerülését és a ráhangolódás, kötődés kialakulásának egy szenzitív periódusa.

Ezután következzen a másik út, a császármetszés segítségével történő szülés. Sokáig csak az anya érdekében végezték el, ma már a magzat érdekében is végrehajtható, ha a hüvelyi szülés nem lehetséges például az orvos által megítélt téraránytalanság miatt (Lampé & Papp, 1992). Sok esetben nem engedik, hogy a szülő nő sokáig vajúdjon, maga próbálja világra hozni gyermekét, talán sok esetben idejekorán végzik el a műtétet. Ezért is lehetséges, hogy rengeteg

olyan esetben hajtanak végre császármetszést, mikor nem feltétlenül lenne indokolt, a császármetszés szigorú protokollja miatt, ami a műhiba-pereket kivédi.

A császármetszés során az orvos hasmetszést végez, a méhhez hozzájutva azt megnyitja, ha szükséges, a burkot megrepeszti, és kézzel emeli ki a babát. A kiemelés után a felnyitott szöveteket összevarrja, majd a méh-összehúzódás érdekében a műtét után az anya vénás oxitocint kap (Lampé & Papp, 1992).

1.3.2. A szülés lélektana

A szülés során nem csak igen szélsőséges testi történések vannak jelen, de a közben lezajló lelki folyamatok is nagyon mélyek. Ezek a folyamatok mindenkinél egyediak természetesen, de egy biztos; a szülő nő felnagyítja az élményt. Ez pozitív élmény esetében csúcserőszó jelent, negatív esetben pedig traumatikus (Varga és mtsai, 2011).

A kiszolgáltatottság ebben a helyzetben általános érzés, állapot, ezért nagyon fontos, hogy támogató környezet vegye körül a nőt (Varga és mtsai, 2011). A társas támogatás fontosságáról a következő részben beszélek hosszabban.

A szép szülésélmény, melyen a nő társa, a másik szülő is részt vesz, nagymértékben erősítheti a párkapcsolatot (Varga és mtsai, 2011). A párkapcsolat kiegyensúlyozottsága, stabilitása nagyban hozzájárul, hogy a gyermekgondozási időszakban az anya minél hamarabb visszanyerje egyensúlyi állapotát és lelkileg is regenerálódjon (Hajduska, 2008).

A szülés közben különböző hormonok (oxitocin, béta-endorfin, prolaktin) szabadulnak fel, melyek segítik a folyamat lezajlását. Ezek a hormonok azt is lehetővé teszik, hogy a magzat és az anya érzelmei, valamint tudatállapota olyan irányba módosuljon, amely hozzájárul ahhoz, hogy extázisként éljék meg az élményt (Varga és mtsai, 2011). Ez lehetővé teszi, hogy a szülő nő bár átéli a fájdalmat, ez nem szenvedés számára. Szenvetést a kontrollvesztés és a magárahagyottság érzése idéz elő (Simkin & Bolding, 2004, idézi Varga és mtsai, 2011). A hormonoktól való köszönhetően tehát a fájdalom elviselhető és segíti az anyai odafordulást, altruizmus, a bizalmat és az alárendelődést –, hogy a baba az első és legfontosabb (Damasio, 2005, idézi Varga és mtsai, 2011).

A szép szülésélményhez, ahhoz, hogy a test végezze a dolgát, a lelki folyamatok is rendben menjenek, olyan környezetre van szükség, mely biztonságot nyújt, zavartalan és háborítatlan (Varga és mtsai, 2011).

1.3.3. A szülésélményt befolyásoló tényezők

A szülés egy nagyon összetett élmény a nő életében, függetlenül attól, hányadik alkalommal csinálja végig a folyamatot, hiszen minden szülés egy külön történet. Evolúció hozta változások miatt a szülés az anya és a baba számára is határterhelés. A felegyenesedett törzs a szülőcsatorna megrövidülését, az agyfejlődés pedig a koponyatérfogát növekedését eredményezte. Mivel ezek a változások egymással ellentétes irányba hatnak, az alkalmazkodás érdekében a terhesség lerövidült 9 hónapra. A szülés alapvetően fájdalmas, nehézségekkel és stresszel járó folyamat (Raffai, 1997), ami élménybeszámolók alapján más életeseményekhez nem hasonlítható.

Számtalan tényező és egyéni jellemző van, ami meghatározza, hogy egy-egy életeseményt hogyan élünk meg, hogyan értékelünk és akár évekkel később is hogyan emlékszünk vissza rá. Vannak nők, akik életük csúcselményeként emlegetik szülésüket, mások pedig borzalmas, akár traumatikus élményként gondolnak vissza rá (Varga és mtsai, 2011). A szakirodalomban fellelhető jó néhány olyan aspektus, melyek befolyással bírnak arra, hogy összességében pozitív vagy negatív élményként éli meg az eseményt az anya.

Az egyik legfontosabb a szülésre való felkészülés, felkészítés, aminek kiemelkedően fontos a minősége, hiszen az anyának pontos és hiteles információkra van szüksége és mindenre meg kell tanítani, ami a testével történhet a szülés lefolyása alatt. Ez a tudás biztonságérzetet ad, ami által egy örömteli, aktív folyamatként élheti meg a szülő nő gyermeke világrahozatalát (Varga és mtsai, 2011).

Mivel a terhesgondozásban az orvos végig kíséri a 9 hónapot, többek között neki is feladatai közé tartozik a szülésre való felkészítés. Lehet beszélgetni a szülés lefolyásáról, a lehetőségekről és a felmerülő kérdésekről. Az ilyen témák megvitatása csökkentheti az anya félelmeit, szorongását (Szeverényi, 2008), valamint segítenek a kontroll érzés kialakításában. Ha tudja a szülő nő, hogy mi fog történni, és annak mi az oka, az szintén csökkenti a szorongást és segíti a pozitív megélést. Ez azért nagyon fontos, mert a szorongás, a félelem hatására a szülő nő teste, izmai megfeszülnek, valamint stresszhormonok kezdenek el termelődni szervezetében, ami blokkolja a szülés természetes lefolyását és nem egyszerű fájdalmat, hanem szenvedést fog megélni a nő (Varga és mtsai, 2011).

A harmadik trimeszterben teljes fókuszba kerül a szülés. Ebben az időszakban akaratán kívül is elárasztja környezete szüléstörténetekkel (Andreks, 2019), valamint napjainkban az interneten is számos szüléstörténettel kapcsolatos blogot lehet olvasni és vlogot nézni. Ha pozitív szülésélményekkel találkoznak a nők, az megnyugtathatja őket, növelheti a biztonságérzetet és pozitív attitűdöket alakíthat ki bennük a rájuk váró feladattal kapcsolatban,

hiszen a szuggesztióra egyre érzékenyebbek lesznek. Azonban nem ritka, hogy irreális elvárások és félelmek alakulnak ki bennük, amik befolyással bírnak saját szülésélményük tényleges lefolyására és megélésére (Andrek, 2019).

Továbbá az anya jellemzői, a terhesség lefolyásának minősége, milyensége, a szülés közben fellépő komplikációk, az előzetes elvárások, a közben megélt fájdalom és a személyzet felől érkező törődés is, mint társas támasz meghatározzák a szubjektív szülésélményt. Kutatások szerint a felsoroltak közül a törődés, a támogatás az az aspektus, melynek legerősebb hatása van arra nézve, hogy pozitív irányba mozdítja el az élményt (Lundgren, Karlsdottir & Bondas, 2009). Az érzelmi támogatás hatására a vajúdnő biztonságban érzi magát, feszültsége csökken és ez a fájdalom redukálását is előidézhetheti. Ennek hatására szignifikánsan csökken a gyógyszeres fájdalomcsillapítók szükségessége, a császármetszés bekövetkezése, valamint a nő pozitív élményekkel, magabiztossággal hagyja el a szülőszobát (Szeverényi, 2008). Ezen felül, a társas támasz a kontroll és a kompetencia megélését is segíti (Varga és mtsai, 2011). Ennek fényében látható, hogy milyen széleskörben fejti ki hatását a megfelelő környezet.

A gyógyszeres fájdalomcsillapítók nem ritkán eredeti céljukkal ellentétes hatást fejtenek ki és lassítják, megnehezítik a szülés lefolyását, hiszen a külső beavatkozás leállíthatja a szervezet saját maga indukált, természetes folyamatokat, melyek a szülés lefolyásához szükségesek. A szülés határterhelés, alapvetően is fájdalmas, nehézségekkel és stresszel járó folyamat, ezt sok esetben a hagyományos szülészeti beavatkozások még inkább megterhelővé tehetnek; irracionális stresszfaktorként adódnak hozzá a meglévő kihívásokhoz (Raffai, 1997), így hozzájárulva a negatív szülésélmény kialakulásához. Természetesen olyan esetekben indokoltnak tekinthetők az orvosi beavatkozások, mikor a magzat és/vagy az anya egészsége, élete forog kockán valamilyen megbetegedés vagy szülést akadályozó tényező miatt, mint például a nyakra tekeredett köldökzsinór, szívhang csökkenés, beékelődés hiánya, stb. (Lampé & Papp, 1992).

A szülő nő kényelme is nagyban befolyásolja a szülés megélését. Fontos az érintés, a támogatás, a testhelyzet szabad megválasztása. Ezek hatására nő az anya autonómiája és biztonságérzete, ami szintén a fájdalom redukálásával jár együtt (Varga és mtsai, 2011).

A szülésélmény negatív megélése, a traumatikus tapasztalatok akár elkerülő magatartást is kiválthatnak az anyában a csecsemővel szemben, hiszen a csecsemő, mint előhívhatja ezeket a súlyos negatív tapasztalatokat. Ilyen esetben sajnos elmaradhat a megfelelő fizikai és érzelmi gondozás, ami lenyomatot képezhet az anya-gyermek kötődési kapcsolat létrejöttében (Molnár, 2014). Ha a szülésélmény és a körülmények kedvezők, az rengeteg pozitív érzést előhívhat az

anyában, ami az előbbiekkal ellentétben, segíti az anya-újszülött között kialakuló kapcsolatot és kötődést (Andrek, 2019).

Ennek a kapcsolatnak a kialakulását segítheti még nagymértékben közvetlenül a szülés után, a legszenzitívebb periódusban, bőr-bőr kontaktusban együtt töltött idő, az „aranyóra”. Ennek megélése segít stabilizálni az újszülött légzését, szívritmusát és testhőmérsékletét. Az anya szervezetében oxitocin termelést vált ki, ami lehetővé teszi a lepényi szak zavartalan lezajlását, valamint melegíti az anya mellét, ami kellemes érzés a babának. A baba részéről beindulhat a szopás, az anya részéről pedig a „mothering”, ami megkönnyíti a babára való ráhangolódást (Varga és mtsai, 2011). Látható tehát, hogy mindkét fél részéről olyan folyamatok zajlanak le az aranyóra alatt, ami megkönnyítheti a további kapcsolatot. Elmaradása nem okoz zavarokat a későbbi anya-gyerek kapcsolatban (Moore, Anderson és Bergman, 2003, idézi Varga és mtsai, 2011). Azonban korábbi kutatásomban úgy találtam, hogy azoknál a nőknél gyakoribb a posztnatális depresszió kialakulása, akik nem élték meg az aranyórát (Madarassy, 2020), így ez közvetett hatást gyakorolhat az anya-gyermek kapcsolatra, hiszen a depressziós állapotban lévő anya enervált, fáradékony, akár ingerlény is lehet, így nem tudja biztosítani a megfelelő, reflektív környeztet a baba érzelmi, mentális és kognitív fejlődéséhez (Szemán-Nagy, 2009).

Szépen kirajzolódik a fentebb leírtakból, hogy mennyire fontos a szülésre való felkészülés a szülés lefolyása szempontjából és hogy minél pozitívabb szubjektív élménnyel gazdagodjanak e téren a nők. A felkészítésre több különböző lehetőség is adott napjainkban. Különböző tanfolyamok indulnak, melyek online is elérhetők. Ezek mellett egyre szélesebb körben ismert mind az anya-magzat kapcsolatanalízis, mind a baba-mama joga. A folyamat közben pedig fontos támogatni a szülő nőket abban, hogy minél pozitívabb szülésélménnyel gazdagodjanak, tehát a háborítatlan, biztonságos légkör kialakítása.

Az élmény után a szülés közben történő események és a posztnatális időszakban fellépő nehézségek feldolgozása is nagyon fontos. Ebben segíthet egy pszichológussal végzett terápiás munka, ahol felszínre kerülnek a tudattalan mintázatok (Molnár, 2014).

1.3.4. A szüléssel kapcsolatos attitűd

Mivel külön kérdőívvel vizsgálom a terhesség alatt, hogy a kismamák milyen attitűdökkel rendelkeznek a szüléssel kapcsolatban, érdemesnek találtam külön fejezetben beszámolni ezen aspektusról.

A globalizált világ megjelenése előtt egy-egy családban általában több generáció élt együtt, így természetes volt, hogy a gyermekek felnövekedésük alatt közről találkozottak a

várandóssággal és a szüléssel, sőt nem ritkán bevonták a lányokat a gyermekgondozásba is. Ennek köszönhetően ez egy teljesen természetes folyamat volt. Jelen korunkban jellemzően már csak a nukleáris családok élnek együtt, így a várandóssággal, születéssel kapcsolatos hagyományos tudásátadás nem jelenik meg (Raphael-Leff, 1993, idézi Sallay és mtsai, 2015).

Az attitűdök összegzik, hogyan viszonyulunk egy-egy attitűdtárgyhoz (Smith, Mackie & Claypool, 2016). A nők szüléssel kapcsolatos attitűdje hatással van a gyermekvállalásra és magára a szülésre. Már sokkal korábban kialakulhat - külső és belső hatásokra -, mint a gyermekáldás körüli időszak (Sallay és mtsai, 2015), de a terhesség kilenc hónapja alatt is változhat, például a harmadik trimeszterben gyakran másoktól hallott szülésélmények hatására (Andrek, 2019).

Főleg az első terhesség alatt jelentkeznek intenzíven az azzal kapcsolatos érzések és gondolatok, hogy a nő képes lesz-e megszülni gyermekét. Másoktól hallott riasztó történetek ezt negatív irányba befolyásolhatják, míg a másik szülőtől, a társtól érkező támogatás pozitív hatást vált ki ezen aspektus tekintetében is. Az utóbbi egy-két évtizedben már az is előfordul, hogy valaki a szüléssel kapcsolatos szélsőségesen negatív attitűd miatt kér programozott császármetszést, hiszen kóros szinten fél, a folyamattól (Nilsson-Lundgren, 2009; Sallay és mtsai, 2015).

Mivel az attitűd egy olyan fontos tényező, mely befolyással bírhat viselkedésünkre (Smith és mtsai, 2016), érdemes lehet a terhesség alatt többek között azt is megvizsgálni, hogy milyen a viszonyulásunk az előttünk álló folyamathoz, a szüléshez és szükség esetén ezt pozitív irányba átdolgozni. Ezáltal csökkenthető a félelem, a szorongás, növelhető a kompetenciaérzés, ami egy pozitívabb szülésélményhez segíthet hozzá (Varga és mtsai, 2011).

2.4. A párkapcsolat

2.4.1. A párkapcsolati elégedettség

A párkapcsolati elégedettség egy olyan konstruktum, mely a párkapcsolat minőségének szubjektív megítélésére vonatkozik, legyen szó a párkapcsolat egészéről, egy-egy aspektusáról vagy a párok közötti viszonyról. A párkapcsolat minősége hatással bír az általános jóllétre, valamint a testi és lelki egészségre. Rendszeresen kutatják a területet, ennek ellenére egységes definíció még nem született a meghatározására (Lakatos, Martos, Mátyai & Martos, 2020). A párkapcsolat minősége protektív tényező lehet a mentális betegségekkel szemben egy-egy nehéz élethelyzetben (Hajduska, 2008), azonban az életben megélt kihívással, stresszel járó szituációk is hathatnak magára a minőségére (Lakatos és mtsai, 2020).

Különböző kutatók más-más tényezőket ragadnak meg, melyekből összeáll maga a párkapcsolati elégedettség. Nem célom bemutatni a különböző modelleket, azonban Olson modelljét igen átfogónak találtam, így annak aspektusait szeretném ismertetni. Olson szerint a párkapcsolat minőségének szubjektív megítélése az alábbiaktól függ;

- a kommunikációs készségtől,
- a konfliktusmegoldó készségtől,
- a személyiségben és értékorientációban fellelhető megfeleléstől,
- valamint a kielégítő szexuális élettől (Olson, Defrain & Skogrand, 2011, idézi Kovács, 2012).

Azon túl, hogy a stabil, kiegyensúlyozott párkapcsolat, melyben a párok elégedettek annak szubjektív minőségével fontos megküzdési alternatívát is jelenthet olyan változásokkal, nehézségekkel járó időszakban, mint a várandósság és a szülést követő időszak (Hajduska, 2008; Szemán-Nagy, 2009), a különböző élethelyzetek is hatnak magának a párkapcsolatnak a megítélésére. A családi életciklusok modell ezt hivatott nyomon követni, tehát, hogy a párok életkora és az adott életszituáció (Kovács, 2012), ami bizonytalanságot hoz és alkalmazkodásra, változásra készítet (Goldenberg & Goldenberg, 2008, idézi Almássy, 2014), milyen lenyomatot képez a párkapcsolati elégedettségre nézve (Kovács, 2012). A családi életben bekövetkező változások arra ösztönzik a családtagokat, hogy a helyzethez alkalmazkodva egy új egyensúlyi állapotot alakítsanak ki, melyben stabilitást és harmóniát élhetnek meg (Goldenberg & Goldenberg, 2008, idézi Almássy, 2014). Carter és McGoldrick modelljében ilyen változások a az elköltözés a származási családtól, a házasság előtti időszak, a házasságot követő gyermektelen időszak, a kisgyermekes időszak, később például a gyermekek elengedése, stb. (Carter & McGoldrick, 1999, idézi Almássy, 2014)

Sanders (2010) vizsgálatában azt találta, hogy a gyerekvállalás időszakában csökken a párok kapcsolatukkal szemben tanúsított elégedettsége, hiszen számos új feladattal találkozik a pár külön-külön és együtt is, melyek kihívást, stressz jelentenek (Sanders, 2010, idézi Kovács, 2012).

2.4.2. A párkapcsolat jelentősége a gyermekáldás körüli időszakban

Mivel az adatok felvételekor nem tértem ki arra pontosan, hogy a vizsgálati személyek „hagyományos” családmodellben élnek, tehát férfi-nő kapcsolatban, így nincs tudásom arról, hogy esetleg a párkapcsolatra vonatkozó kitöltésekben fellelhető-e olyan, amely meleg kapcsolatra vonatkozik. Ezen kapcsolati relációk elmaradt feltérképezése, illetve szellemiségem tekintetében a párkapcsolatokban a másik fél említése kapcsán tartózkodom a

nemet megjelölő megnevezéstől – apa, férj –, igyekszem inkább a pár, társ, másik szülő definíciókat használni.

A korábban gondoltakkal ellentétben ma már világos, hogy nem csak a kismamában, de párjában is számos hormonális és viselkedéses változás zajlik le a 9 hónap alatt. Természetesen ők is átélik az új, szülőszerepre való felkészülést, az ő nézőpontjukból is átalakul a párkapcsolat eddig megszokott dinamikája, a diádból triád lesz (Varga és mtsai, 2011).

A környezettől érkező társas támasz, ennek érzékelése, a stabil, harmonikus párkapcsolat lehet az egyik fontos tényező, mely alapot adhat a kismama, majd újdonsült anya számára a terhesség és a szülés kihívásainak adaptív kezelésében (Hajduska, 2008), hiszen egy jól működő párkapcsolatban a felek érzelmi biztonságot, elfogadást élhetnek meg (Olson és mtsai, 2011, idézi Lakatos és mtsai, 2020). A szociális támasz, annak érzése, hogy a személy nincs egyedül, kulcsfontosságú mind a mentális problémák megelőzésében, mind kezelésében (Szemán-Nagy, 2009). Ebben a környezet által segített folyamatban a negatív érzések kifejezhetősége bír hatalmas szereppel (Hajduska, 2008; Molnár, 2014). A környezetben jelenlévők közül számos személy, számos kapcsolat betöltheti a támogató, segítő szerepet, mint például, családtagok, barátok, szakemberek, azonban én kutatásomban a párkapcsolat hatására voltam kíváncsi.

Mivel a várandósság alatt az anya számos testi, hormonális és lelki változáson megy keresztül, ebben az időszakban fokozott igényt mutat a közvetlen környezetétől érkező támaszra (Andreks, 2019). Ezzel párhuzamosan szerencsés, ha a kismama párja be tudja tölteni a védelmező szerepet. Egyrészt anyagi biztonságot nyújt, másrészt érzelmileg is megteremt egy támogató, biztonságos légkört, amiben segít megküzdenni a kismamának a várandósság adta kihívásokkal, változásokkal (Baldoni & Gianotti, 2020, idézi Erdélyi, 2021). Ezek függvényében, az anya minél nagyobb bevonódást, támogatást érez párja részéről, annál magasabb lesz a párkapcsolattal való elégedettsége, valamint annál pozitívabb affektív beállítódással fog rendelkezni magával a várandóssággal kapcsolatban. A pár részéről segíti a folyamatba való bevonódást, ha ő maga felkészült a szülőszerepre (Andreks, 2019).

A magasabb párkapcsolati elégedettség szomatikusan is egy protektív tényező. Azt találták azoknál a nőknél, akikre ez jellemző volt, hogy többet alszanak és kevesebbet járnak orvoshoz, ellenben azoknál a nőknél, akik alacsonyabb párkapcsolati elégedettséggel jellemezhetők, inkább fennáll a magas vérnyomás és a szívfal megvastagodása (Makó és Kiss, 2013). Ezek a hatások közvetetten befolyással bírhatnak a pszichés állapotra, mentális egészségre, konkrétan a depresszióra és szorongásra, ami természetesen érvényes a várandósság idejére is (Erdélyi, 2021).

Erdélyi (2021) kutatásában azt találta, hogy a párkapcsolati elégedettség alacsonyabb szintje a várandósság alatt együttjárást mutat mind az antenatális szorongással, mind a depresszióval (Erdélyi, 2021).

2.5. Kontrollhely

A kontrollhely egy dimenzió, mely a személyiség egy szűkebb tartományát igyekszik magyarázni, tehát nem a személyiség egészére vonatkozik. A fogalom megalkotója Rotter. Aszerint választja szét az embereket, hogy viselkedésük a külső, világból érkező megerősítések alapján szervezett, vagy belülről vezérelt, intrinzik motiváció által szervezett (Rotter, 1966, idézi Körmendi és Sztancsik, 2013). A belső kontroll arra utal, hogy a személy úgy érzi, ő irányítja életét, ellenőrzése alatt tartja viselkedését és a vele való történéseket. A külső kontroll azt jelenti, hogy a személy a vele történeteket a sors, a szerencse vagy hatalommal bíró más személyek viselkedésének függvényeként értelmezi (Körmendi és Sztancsik, 2013).

Azok a személyek, akik inkább belső kontrollos beállítódással rendelkeznek, jellemzően átélik egyfajta hatni tudás és változtatás képességének élményét. Jellemzőbb rájuk a proaktivitás és képesek befolyásolni környezetüket céljaik elérése érdekében (Pettersen, 1987, idézi Tóth, 2020). Ellenben, a külső kontrollos beállítódás együttjár a saját erőfeszítésekbe és változtatási képességbe vetett alacsonyabb hittel. Ezek az emberek azt gondolják, saját sorsuk nem az ő kezükben van, azt inkább a szerencse, más véletlenek, vagy a hatalom határozza meg (Körmendi & Sztancsik 2013).

Annak kialakulása, hogy a személy a dimenzió inkább mely irányában helyezkedik el a viselkedésére érkező, külvilágból származó válaszok, megerősítések, visszajelzések mentén alakul ki. Többé-kevésbé stabil attitűdöt alakítunk ki már azzal kapcsolatban is, hogy viselkedésünk jár-e egyáltalán valamilyen következménnyel (Körmendi & Sztancsik, 2013). Ez a beállítódás az idő előrehaladtával csak minimálisan változik, főleg a fiatalok és az idősek hajlamosabbak ezen a területen nagyobb fokú változásra. A pozitív életesemények kevésbé billentik el a személyt a belső kontroll irányába, míg a negatív életeseményeknek számottevő hatása van a külső kontrollos irányba való elmozdulásban (Kiss & Szabó-Morvai, 2018).

E személyiségtényezőtől függetlenül, a szülés közben megélt észlelt kontroll önmagában is nagyon fontos, hiszen többek között csökkenti a szorongást (Varga és mtsai, 2011), valamint hozzásegít a pozitívabb szülésélményhez (Stadelmann, 2007, idézi Héjja-Nagy, 2015). Elmaradás pedig együttjárást mutat a postnatális depresszió megjelenésével (Madarassy, 2020).

A magyar szakirodalomban nem találtam a kontrollhely és a szülésélmény összefüggéseivel kapcsolatban empirikus kutatást, azonban a nemzetközi szakirodalomban

fellelhetők ezen változókra vonatkozó adatok. Egy iráni kutatás eredményei szerint a belső kontroll összefüggött a pozitívabb szülésélménnyel, míg a külső kontroll a negatívabbal (Ghanbari-Homaie, Meedy, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Jafarabadi, Mohammadi & Mirghafourvand, 2021).

A belső kontrollos beállítódás jellemzői, a hatni tudás és a proaktivitás egy fontos tényező lehet már a várandósság alatt is, miszerint például érdemes szülésfelkészítőre járni és tudatosan tenni az élethelyzet adta változások kezelése érdekében, ha szükséges, szakemberhez fordulni. És így a szülés alatt is, miszerint képes a nő egyszerre befelé figyelni és átadni magát a folyamatnak, valamint egyszerre hatni a testére, például egy testhelyzet változtatással a fájdalmat csökkentve. Ezek szülés közben megélése kapcsán a nő önbizalmat és magabiztosságot élhet meg, melyeknek köszönhetően növekedhet kompetencia érzése és egy pozitív szülésélménnyel hagyhatja el a szülőszobát. Ahogy a pszichoterápiában, úgy pszichológus által vezetett szülésfelkészítőben is fontos lehet a belső kontrollos kialakítás fókusza.

3. Kérdésfelvetés

A gyermekáldás körüli időszak, az anyává válás a nő életének legnagyobb transzformáló erővel bíró eseménye. Számatlan kihívást tartogat és egy szenzitív periódus. A szülés evolúciós okokból kifolyólag egy fájdalmas, alapvetően is stresszel járó folyamat, melynek bizonyos aspektusai és megélése hatást gyakorolnak a posztnatális depresszió kialakulására, illetve befolyásolják egy későbbi szülés lehetőségét.

Ennek fényében fontos arra a kérdésre minél szélesebb perspektívában választ találni, hogy mi befolyásolja magát a szülésélményt. Egyrészt számatlan, maga a folyamat közben megtapasztalt tényező, mint például az észlelt kontroll, a társas támasz és a környezetből érkező támogatás. Másrészt maga a várandósság megélése. Az a kilenc hónap, mely egyfajta testi és lelki fejlődésnek és felkészülésnek ad lehetőséget.

Annak tudatában, hogy a szülés milyen fontos élmény a nők életében, fontosnak tartottam körül járni, hogy a várandósság alatt megtapasztalt tényezők körül melyek és mennyiben járulnak hozzá a pozitívabb szülésélményhez.

HIPOTÉZISEK:

A szakirodalomra támaszkodva az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg.

H1: A várandósság alatt megtapasztalt tényezők hatást gyakorolnak a szülés szubjektív élményére.

H1/1: Azok a nők, akik a várandósság alatt alacsonyabb szorongással és depresszióval jellemezhetők, pozitívabb érzéseket élnek meg szülés közben.

H1/2: Azok a nők, akik a várandósság alatt magasabb párkapcsolati elégedettséggel jellemezhetők, pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben.

H1/3: Azok a nők, akik pozitívabb attitűdökkel rendelkeznek a várandósság alatt a szüléssel kapcsolatban, pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben.

H2: A személyiség hatást gyakorol a szülésélményre.

H2/1: A belső kontrollal jellemezhető nők pozitívabb érzéseket élnek meg szülés közben, mint a külső kontrollal jellemezhető társaik.

H2/2: Azok a nők, akik inkább belső kontrollos beállítódással rendelkeznek, készülnek arra, hogy minél természetesebben, beavatkozásoktól mentesen hozzák világra gyermeküket.

H2/3: A belső kontrollal jellemezhető nők kevesebb beavatkozáson esnek át a hüvelyi szülés alatt, mint külső kontrollal jellemezhető társaik.

H3: A hüvelyi szülés közben történő beavatkozások hatást gyakorolnak a szülésélményre.

H3/1: Azok a nők, akik kevesebb beavatkozáson esnek át a szülés lefolyása alatt, pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben.

4. A kutatás bemutatása

Az Intézeti Kutatásetikai Bizottság által elfogadott etikai engedély száma: UD-IP-2021/25.

Longitudinális vizsgálatot végeztem, tehát ugyanazon vizsgálati személyek két különböző időpontban töltötték ki egy-egy kérdőívsomagot. Az első adatfelvétel a várandósság harmadik trimeszterében történt. Ekkor a demográfiai adatokon túl mértem a párkapcsolati elégedettséget, a szorongást, a depressziót, a kontrollhely dimenzióon való elhelyezkedést, valamint a szüléssel kapcsolatos attitűdöket. A második adatfelvétel a „negyedik trimeszter”, a posztpartum időszak után, tehát szülést követő minimum 6 hét elteltével történt meg. Ekkor egy Szülésélmény kérdőívet töltötték ki az édesanyák. A két mérés összekapcsolása jellege alapján történt.

4.1. Vizsgálati személyek

A kérdőívsomagot Google űrlapon hoztam létre. Az első mintavételkor 565, 18. életévét betöltött nő töltötte ki. Közülük 473 nyilatkozott úgy, hogy a szülést követően is szeretne részt venni a vizsgálat második részében és megadta e-mail elérhetőségét a kapcsolatfelvétel

érdekében. A szülést követő 6 hét elteltével minden esetben kiküldésre kerültek a második körös adatfelvétel kérdőívei, melyeket 341 személy töltött ki. A jeligék sikeres összepárosításával 262 főre csökkent a mintaelemszám, majd az adatok megtisztítását követően megkaptam a végleges mintát, melyek felhasználásra a kutatásban: N=260.

A vizsgálati személyekhez az első esetben kényelmi mintavétellel jutottam el. A közösségi médiában a várandósság és szülés témái köré szerveződő csoportokban célirányosan osztottam meg a kérdőívcsomagot. A második kérdőívcsomagot elektronikus levél útján közvetlenül azok a személyek kapták meg, akik jelezték, hogy szeretnének részt venni a kutatás ezen részében is, és az elérésükhöz megadták e-mail címüket.

4.2. Vizsgálati eszközök

Ebben a részben fogom bemutatni a vizsgálatban használt kérdőíveket legfontosabb jellemzőik alapján. A kérdőívek teljes egészükben a MELLÉKLETEK című részben megtalálhatóak.

a) Demográfiai adatok

Természetesen felvételre kerültek a vizsgálati személyek legfőbb demográfiai adatai, úgy, mint életkor, iskolai végzettség, lakóhely.

b) Eddinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív (EPDS)

Az EPDS széleskörben használt vizsgálati eszköz. Önkitöltős kérdőív, mely 10 itemből áll, így rövid idő alatt megbízható eredményeket mutat a szülés utáni depresszió meglétéről. Az 20. század végén fejlesztették ki, eredetileg az édesanyák depressziójának mérésére, azonban napjainkban az édesapák depressziójának feltérképezésére is rendszeresen használják. A 10 kérdés a szülés körüli időszakra kérdez rá mind érzelmi, mind kognitív aspektusból. A kérdésekre négy lehetséges válasz adható, melyeket 0-3-ig lehet pontozni. Ha a vizsgálati személy legalább 10 pontot ér el a kérdőíven, nála fennáll a szülés utáni depresszió (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price, & Gray, 2009, idézi Almássy, 2014). A kérdőív szorongást mérő itemeket is tartalmaz (Gibson és mtsai, 2009, idézi Almássy, 2014), azonban a szakirodalmat tanulmányozva úgy véltem, célszerűbb egy külön szorongást mérő eszközt is alkalmazni a kutatásban, hiszen egyrészt a szorongás nem minden esetben jár együtt depresszióval, másrészt Molnár Judit (2014) doktori értekezéséből több ízben is kiderül, hogy a szorongásos zavarok nagyobb arányban fordulnak elő az újdonsült édesanyáknál (Molnár, 2014).

c) Spielberger-féle Állapot- és vonásszorongás kérdőív állapotsszorongás skálája (STAI-S)

A Spielberger-féle Állapot- és vonásszorongás kérdőívet Sipos Kornél és munkatársai (1978) adaptálták magyar nyelvre. Mindkét skála 20-20 állítást tartalmaz (Molnár & Münnich, 2014). Szakdolgozati kutatásomban csak az állapotsszorongás skála (STAI-S) itemeit használtam, hiszen arra voltam kíváncsi, hogy jelen pillanatban (a kérdőívesomagok kitöltésének pillanatában), az ante- és posztnatális időszakban hogyan érzik magukat az édesanyák.

A kérdőív állításait a vizsgálati személynek egy négyfokú Likert-skálán kell értékelni aszerint, hogy milyen mértékben jellemzők rá. Az adott skálán a pontérték 20-80 közé eshet. A magyar standart érték nők esetén 42,64 (Molnár & Münnich, 2014).

d) Szülésélmény kérdőív

A szülést vizsgáló kérdőív egyik részét a Héjja-Nagy Katalin (2015) által összeállított szülésélmény kérdőív alkotja, mely megszületését az inspirálta, hogy a szülésélményt külső változók mentén lehessen összehasonlítani. Ezek az itemek a szülést befolyásoló tényezőkkel állnak összhangban. Megjelenik a társas támasz, a beavatkozások és a kontroll is (Héjja-Nagy, 2015).

A kérdőív másik részét a Kerepesi-Keresztúry Gabriella (2018) által összeállított kérdőív egyes itemei teszik ki, melyet szakdolgozati kutatásához készített hasonlóan a fent említett probléma, a meglévő kérdőívek hiányossága miatt. A kérdőív kérdései több aspektus mentén járják körül a szülést; közben megélt érzelmek, gondolatok, elvárások és utólagos értékelés (Kerepesi-Keresztúry, 2018).

Ezen felül a szülés közben tapasztalt környezet vizsgálatára magam is kiegészítettem ezt egy résszel. Úgy vélem, a két kérdőív együttes használatával a szülésélményt – összetettsége ellenére – sikeresen lehet vizsgálni, kutatni.

A legtöbb hipotézis esetében azt vizsgálom, hogy az adott változó, befolyással bír-e arra, hogy a nő milyen érzéseket él meg a folyamat közben. A szülés alatt megélt érzelmekkel kapcsolatban 21 kérdés van megfogalmazva, melyekre a vizsgálati személy 5 fokú Likert-skála segítségével válaszolhat attól függően, milyen mértékben jelent meg benne az adott érzelem. Például, Aggodalom volt bennem, Biztonságban éreztem magam. Az itemek Cronbach-alpha értéke 0,901, tehát magas belső konzisztenciával rendelkezik.

e) Szülés-attitűdök Kérdőív

A Szülés-attitűd Kérdőív egy friss, 34 itemből álló önkitöltős kérdőív, melynek első eredményeit 2015-ben publikálták. Két részből áll; a személyes rész 18 itemet számlál, és olyan állításokat tartalmaz, miszerint „*Félek a szüléstől*”, „*Szívesen néznék szülést bemutató videókat*”. Az általános rész 16 itemet tartalmaz, melyek között olyanok találhatóak, mint „*A szülés az emberi test csodája*”, „*A szülés misztikum*”. A vizsgálati személynek minden állítás esetében egy 7 fokú Likert-skála segítségével kell meghatároznia, az adott mondat mennyire jellemző rá (Sallay és mtsai, 2015).

A szerzők statisztikai elemzése alapján mindkét rész állításai 3 faktorba sorolható. A személyes állításokat tartalmazó rész faktorai:

- Félelem a szüléstől (9 tétel): konkrét és általános félelmek a szüléssel kapcsolatban (pl. „*Félek a szülési komplikációktól*”, „*A szülésnek még a gondolatától is irtózom*”).
- Érdeklődő közelítés a szüléshez (5 tétel): itt olyan állítások találhatóak, melyek érdeklődést fogalmaznak meg a szüléssel kapcsolatban és tájékozottságot tükröznek (pl. „*Szívesen néznék intézményen kívüli szülésekről készült filmeket*”).
- A szülés érzelmi távolítása (4 tétel): 2 tétel a szüléssel kapcsolatban érzelmi távolítást fejez ki (pl. „*A szülés nem sokat jelent számomra*”), 2 tétel pedig érzelmi kíváncsiságot (pl. „*Megnyugtató arra gondolni, hogy egyszer szülni fogok*”) (Sallay és mtsai, 2015).

Az általános állításokat tartalmazó rész faktorai:

- A szülés, mint növekedés (8 tétel): ezen állítások a szülést fejlődésként, belső növekedésként fogalmazzák meg (pl. „*A szülés a teremtés része*”).
- A szülés, mint a női erő kifejeződése (5 tétel): a szülés megfogalmazása alapvető női képességeként (pl. „*Azt gondolom, hogy a szülés csak a nők dolga, és jobb, ha férfiak nincsenek ott jelen*”).
- A biztonságos szüléshez orvosi kontroll szükséges (4 tétel): az egészségügyi támogatás és kontroll megfogalmazása (pl. „*A szülés biztonsága szempontjából legfontosabb a szülésnél jelen lévő orvos szaktudása*”) (Sallay és mtsai, 2015).

f) Párkapcsolati elégedettség (RAS-H)

Számos kérdőív létezik a párkapcsolati elégedettség mérésére. Kutatásomhoz a nemzetközi szintén is az egyik legtöbbet használt, önkitöltős kérdőívet, a Relationship Assessment Scale magyar változatát (RAS-H) választottam. Praktikusságának kulcsa abban

rejlük, hogy rövid, 8 itemet tartalmaz. Ezekre a vizsgálati személynek egy 5 fokú Likert-skála segítségével kell válaszolni, miszerint mennyiben elégedett párkapcsolatával az adott kérdés tekintetében.

A kérdések a nemzetközi és magyar mintán elvégzett vizsgálatok szerint egybehangzóan egy faktorba rendeződnek. Belső konzisztenciája és időbeli stabilitása kiváló. Martos Tamás és munkatársai (2014) magyar mintán végzett vizsgálatában a belső konzisztenciát tekintve a Cronbach-alfa értéke nők esetében 0,897, míg férfiaknál 0,843. Az időbeli stabilitás mérésének érdekében ugyanazoknál a személyeknél kétszer vették fel a kérdőívet. A két mérés korrelációs együtthatója igen erős kapcsolatot jelzett a két mérés között ($r = 0,90$) (Martos, Sallay, Szabó, Lakatos & Tóth-Vajna, 2014).

g) Rotter kérdőív (Internal-External Control Scale)

A külső-belső kontroll mérésére a Rotter által 1966-ban kifejlesztett I-E kérdőívet használnám. A vizsgálati személynek 29 alkalommal kell választani két mondat közül, hogy rá inkább melyik jellemző. A 29 állításpár közül 23 vonatkozik a mérni kívánt attitűdre, a maradék 6 járulékos tétel. A teszt a külső kontroll irányába mér, tehát minél magasabb pontszámot ér el a vizsgálati személy, annál inkább jellemezhető külső kontrollosként (Oláh, 1982).

A kiértékelésben minden külső kontrollos tételre jár egy pont és a könnyebb differenciálhatóság érdekében a 0-11 közé eső személyek a belső kontrollos beállítódással rendelkezők, míg a 12 vagy több pontot elérték külső kontrollosok (Tóth, 2020).

5. Eredmények

5.1. Leíró adatok

Az adatok elemzésére az SPSS, illetve a Jamovi nevű statisztikai programokat használtam. Az alábbiakban bemutatom a mintát (N=260) a demográfiai adatok, a várandósság és szülés, valamint egyéb változók (szorongás, depresszió, kontrollhely) mentén.

a) Demográfiai adatok

A minta átlagéletkora 30,16. A vizsgálati személyek jelentős része a 27-31 éves korosztályba esik.

A kitöltők 67,7%-a főiskolai, vagy egyetemi végzettséggel rendelkezik.

A lakóhelyet tekintve a túlnyomó többség, 78,9% fővárosi, vagy városi lakos.

Mivel a kutatás egyik fontos aspektusa annak vizsgálata, hogy a várandósság alatt megélt párkapcsolati elégedettség mennyiben befolyásolja a szülésélményt a minta 100%

párkapcsolatban él. Azonban 10% hivatalos elköteleződés nélkül, tehát nem házastársi kapcsolatban.

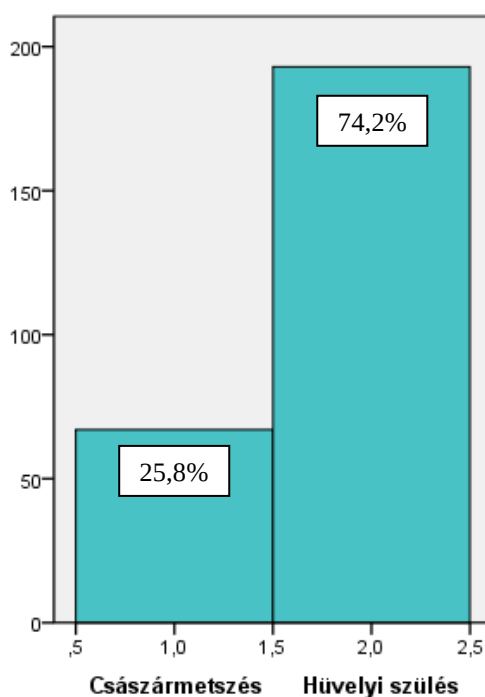
b) A várandósságra és szülésre vonatkozó adatok

A vizsgálati személyek túlnyomó többségét, 58,8%-t tekintve ez az első várandósságuk, míg 27,9%-ban a második. 1,1-1,1%-ban ez az ötödik, illetve hatodik. Ezen szám nem befolyásolta a szüléssel kapcsolatos attitűd irányát.

A vizsgálati személyek 52,7%-a nem járt semmilyen szülésfelkészítőre. 3,8%-os volt az otthonaszülés aránya, tehát majdnem a teljes minta kórházban szült. A jelenleg magyar szabályozások ellenére, vagy a szerencsének köszönhetően, a vizsgálati személyek 26,5%-a annál az orvosnál tudott szülni, aki a várandósság alatt is végig kísérte.

Csak 69 személy esett át császármetszésen, így a minta túlnyomó többsége hüvelyi úton hozta világra gyermekét, ahogyan az az 1. Ábrán található oszlopdiagramon is látható.

1. Ábra: A szülés módjának százalékos megoszlása



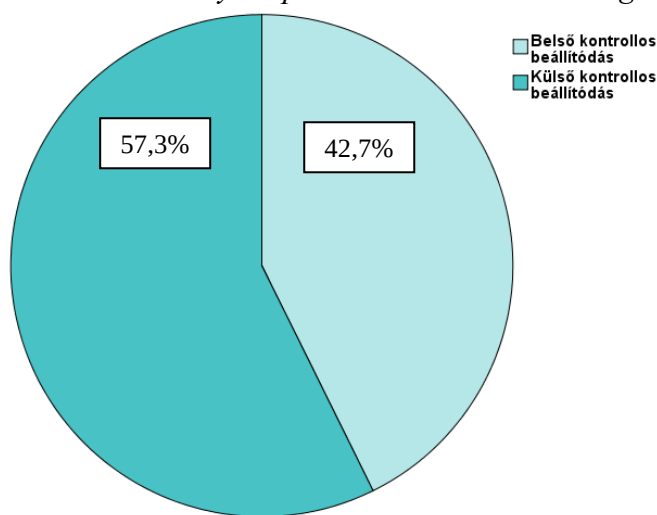
c) Egyéb változókra vonatkozó adatok (STAI-S, EPDS, I-E)

A STAI-S tekintetében a magyar standard érték nők esetén 42,64 (Molnár és Münnich, 2014). A mintát tekintve az antenatális időszakban a vizsgálati személyek csak 17,3%-a lépte át ezt a magyar női átlagértéket. Az iskolázottság nem befolyásolta a szorongás mértékét.

Az a személy, aki az EPDS kérdőíven eléri a 10 pontot, veszélyeztetett a depresszióval szemben. A mintát tekintve az antenatális időszakban a vizsgálati személyek 26,5%-nál, feltehetőleg fennáll a depresszió. Az iskolázottság nem befolyásolta az EPDS kérdőíven elért pontokat.

A külső- belső kontroll tekintetében a vizsgálati személyek majdnem fele, 42,7% rendelkezik inkább belső kontrollos beállítódással, ahogyan az a 4. Ábrán látható kördiagramon is látszik.

2. Ábra: A kontrollhely csoportonkénti százalékos megoszlása



5.2. A hipotézisek ellenőrzése

Első fő hipotézisem így hangzott:

H1: A várandósság alatt megtapasztalt tényezők hatást gyakorolnak a szülés szubjektív élményére.

Ezen fő hipotézisen belül az első alhipotézis így szólt:

H1/1: Azok a nők, akik a várandósság alatt alacsonyabb szorongással és depresszióval jellemezhetők, pozitívabb érzéseket élnek meg szülés közben.

Első hipotézisem esetében az antenatális szorongás és depresszió mértékét, illetve a szülés közben megélt érzések kapcsolatát vizsgáltam, tehát a STAI-S és EPDS kérdőíveken elért összpontszámokat vettem össze a Szülésélmény kérdőív folyamat közben megtapasztalt érzéseire vonatkozó itemek összpontszámával.

1. Táblázat: A különböző változók átlag, szórás és medián értéke

Vizsgált változók	Átlag	Szórás	Medián
Szülés alatti érzelmek	79,2	15,9	83
STAI-S	34,1	10,9	31

EPDS	6,56	4,63	6
------	------	------	---

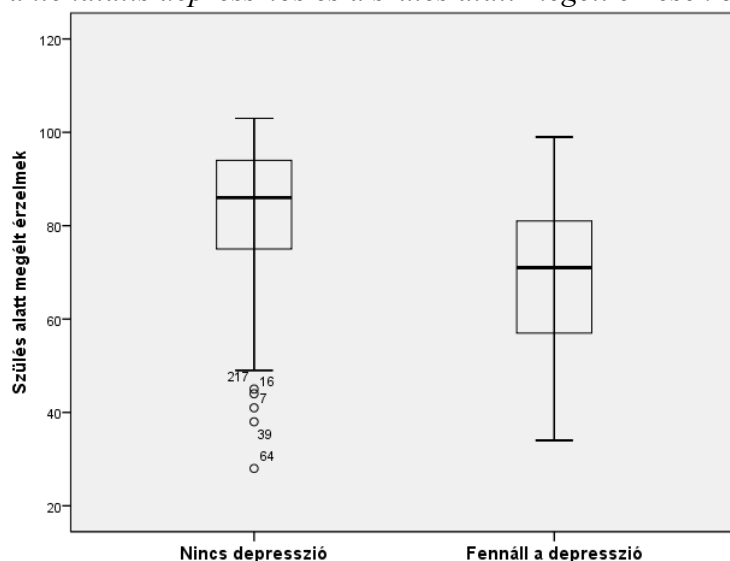
A Kormogorov-Smirnov próba eredménye szerint a normalitás sérült a mintán, így a nemparaméteres eljárások közül a Spearman-féle rankkorrelációs próbát alkalmaztam a hipotézis ellenőrzésére. A próbastatisztika eredménye alapján szignifikáns együttjárás mutatkozik a szülés alatt megélt érzelmek és a várandósság alatt megélt szorongás ($p < 0,001$; $\rho = -0,335$) és depresszió ($p < 0,001$; $\rho = -0,310$) tekintetében is.

Ezek függvényében azt mondhatjuk, hogy a várandósság alatt megélt szorongás és depresszió fordított irányú, mérsékelt erősségű kapcsolatban áll a szülés alatt megélt érzelmekkel, tehát a szubjektív szülésélménnyel.

Ezután a depresszió és a szülés alatt megélt érzelmek összefüggését más módszerrel is vizsgáltam, hiszen a depresszió kérdőív értelmezhető aszerint is a pontok alapján, hogy valakinél fennáll a depresszió ($N=69$), vagy sem ($N=191$). Ezek alapján két csoportra osztottam a mintát. Elvégeztem a mintán a normalitás vizsgálatot a Kormogorov-Smirnov próba segítségével. A normalitás sérült, így a nemparaméteres eljárások közül a páronkénti Mann-Whitney próbát alkalmaztam. Szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között ($W=6216$; $p < 0,001$). Ezt a különbséget az 5. Ábrán látható dobozdiagram szemlélteti.

A próbastatisztika eredménye és az 5. Ábrán látható dobozdiagram alapján elmondhatjuk, hogy azok a nők, akik nem érintettek a várandósság alatt depresszióban, szignifikánsan pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés alatt.

3. Ábra: Az antenatális depressziós és a szülés alatt megélt érzések összefüggése



H1/2: Azok a nők, akik a várandósság alatt magasabb párkapcsolati elégedettséggel jellemezhetők, pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben.

Második alhipotézisem esetében arra voltam kíváncsi, hogy milyen együttjárást mutat a várandósság alatt megélt párapcsolati elégedettség és a szülés közben megtapasztalt érzések. Tehát a párapcsolati elégedettség (RAS-H) összpontszámát hasonlítottam össze a Szülésélmény Kérdőív szülés közben megtapasztalt érzésekre vonatkozó itemekre kapott összpontszámával.

2. Táblázat: A különböző változók átlag, szórás és medián értékei

Vizsgált változók	Átlag	Szórás	Medián
RAS-H	30,6	2,66	31
Szülés alatti érzelmek	79,2	15,9	83

A Kormogorov-Smirnov próba eredménye szerint a normalitás sérült a mintán, így a nemparaméteres eljárások közül a Spearman-féle rankorrelációs próbát alkalmaztam a hipotézis ellenőrzésére. A próbastatisztika eredménye azt mutatja, hogy nincs szignifikáns kapcsolat a változók között ($p < 0,240$), tehát az antenatális időszak alatt megélt párapcsolati elégedettség nem mutat együttjárást a szülés közben megélt érzésekkel.

H1/3: Azok a nők, akik pozitívabb attitűdökkel rendelkeznek a várandósság alatt a szüléssel kapcsolatban, pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben.

Harmadik alhipotézisem vizsgálatkor a Szülés-attitűd Kérdőíven elért pontszámokat (mind az összpontszámot, mind a különböző faktorok pontszámait) hasonlítottam össze a szülés közben megélt érzések kapcsán kialakult összpontszámmal.

3. Táblázat: A különböző változók átlag, szórás és medián értékei

Vizsgált változók	Átlag	Szórás	Medián
Szülés alatti érzelmek	79,2	15,9	83
Szülés Attitűd	124	15,9	124
Félelem faktor	28,2	12,1	27
Közelítő faktor	17,1	5,65	17
Távolító faktor	6,77	2,45	6
Növekedés faktor	37,6	8,56	39
Női erő faktor	15,7	5,13	15

A Kormogorov-Smirnov próba eredménye szerint a normalitás sérült a mintán, így a nemparaméteres eljárások közül a Spearman-féle rankorrelációs próbát alkalmaztam a hipotézis ellenőrzésére. A próbastatisztika eredménye azt mutatja, hogy nincs szignifikáns kapcsolat sem a teljes attitűd, sem a különböző faktorok és a szülés alatt megélt érzelmek

között. Tehát, ezen kérdőív mérte attitűdök szülés közben megélt érzelmekre való hatását nem sikerült azonosítani a mintámon. Az attitűdök tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség azzal kapcsolatban, hogy a jelenlegi várandósság az adott vizsgálati személynek hanyadik várandóssága.

H2: A személyiség hatást gyakorol a szülésélményre.

Ezen belül is jelen kutatásban a külső-belső kontroll esetleges szerepét vizsgáltam.

Első alhipotézisem így szólt:

H2/1: A belső kontrollal jellemezhető nők pozitívabb érzéseket élnek meg szülés közben, mint a külső kontrollal jellemezhető társaik.

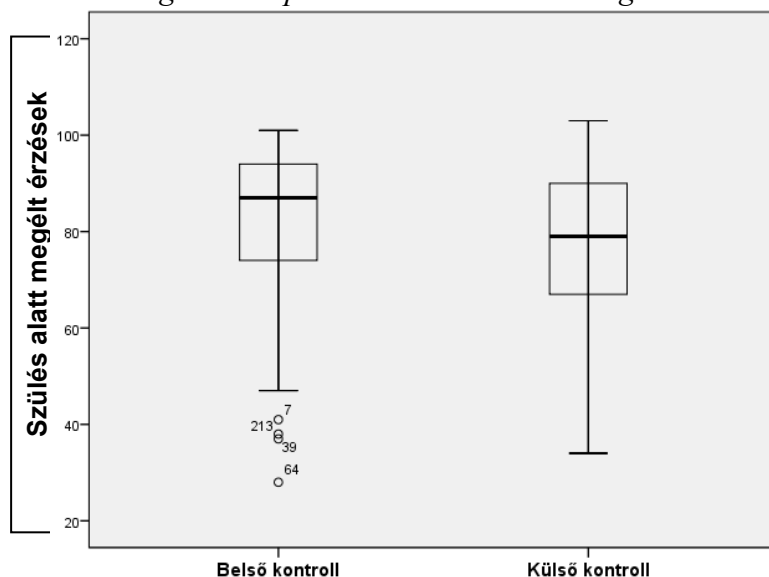
Ebben az esetben két csoportot alkottam aszerint, hogy a kérdőíven elért pontszámok alapján valakire a belső, míg másra a külső kontrollal beállítódás jellemző. Az első csoportba kerültek azok, akik belső kontrollal jellemezhetőek (N=111), a második csoportba pedig azok, akik külső kontrollal (N=149). Ebben a két csoportban néztem meg, hogy mutatkozik-e különbség a szülés alatt megélt érzelmek alapján.

4. Táblázat: A vizsgálati csoportok a szülés alatt megélt érzések összpontszámának átlag szórás és medián értékei

Vizsgált csoportok	Átlag	Szórás	Medián
<i>Belső kontroll</i>	81,9	16,1	87
<i>Külső kontroll</i>	77,3	15,4	79

Az elvégzett Kormogorov-Smirnov próba eredménye szerint a normalitás sérült a mintán, így a két csoport értékeit a nemparaméteres eljárások közül a Mann-Whitney próba segítségével hasonlítottam össze. A két csoport között szignifikáns eltérést találtam ($W=117737$; $p=0,004$), amit az 6. Ábrán látható dobozdiagram mutat.

4. Ábra: A vizsgálati csoportok a szülés közben megélt érzések szerint



A próbastatisztika eredménye és az 6. Ábrán látható dobozdiagram alapján elmondhatjuk, hogy azok a nők, akik belső kontrollal jellemezhetők, szignifikánsan pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés alatt, mint külső kontrollos társaik.

Második alhipotézisem így szólt:

H2/2: Azok a nők, akik inkább belső kontrollos beállítódással rendelkeznek, készülnek arra, hogy minél természetesebben, beavatkozásuktól mentesen hozzák világra gyermeküket.

Ebben az esetben másképpen dolgoztam a kontrollhely dimenziót vizsgáló kérdőíven elért pontszámokkal. A két vizsgálati csoport az alapján jött létre, hogy készült-e arra a kismama, hogy a lehető legtermészetesebb módon, beavatkozásuktól mentesen hozza világra gyermekét (1. Csoport, N=206), vagy pedig nem (2. Csoport, N=54). Ezen két csoportban néztem meg az I-E kérdőíven elért pontok eredményeit, mennyiben mutatkozik közöttük különbség.

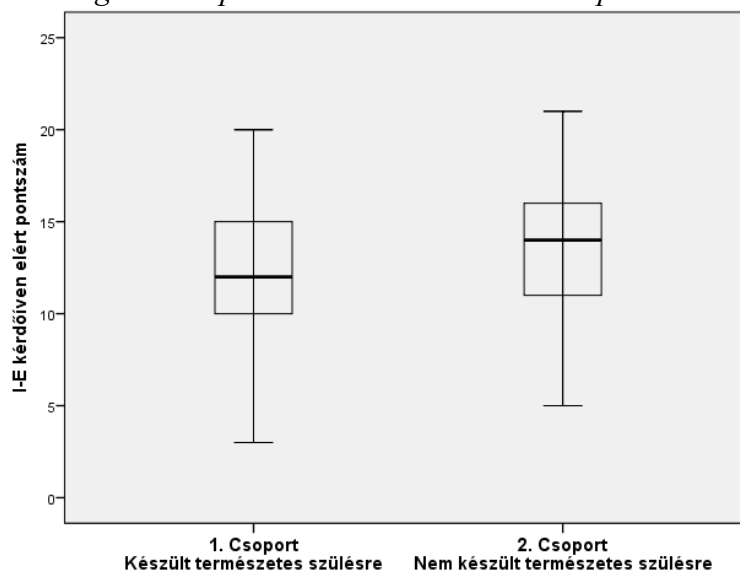
5. Táblázat: A vizsgálati csoportok I-E kérdőíven elért pontszámainak átlag, szórás és medián értékei

Vizsgált csoportok	Átlag	Szórás	Medián
1.Csoport	12,2	3,47	12
2.Csoport	13,6	3,89	14

Az elvégzett Kormogorov-Smirnov próba eredménye szerint a normalitás sérült a mintán, így a két csoport értékeit a nemparaméteres eljárások közül a Mann-Whitney próba segítségével

hasonlítottam össze. A két csoport között szignifikáns eltérést találtam ($W=25546$; $p=0,006$), amit a 7. Ábrán látható dobozdiagram szemléltet.

5. Ábra: A vizsgálati csoportok az I-E kérdőíven elért pontszámok alapján



A próbastatisztika eredménye és a 7. Ábrán látható dobozdiagram alapján azt mondhatjuk, hogy azok a vizsgálati személyek, akik készültek arra, hogy minél természetesebben, beavatkozástól mentesen hozzák világra gyermeküket, szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el az I-E kérdőíven, tehát inkább belső kontrollal rendelkeznek, mint azon társaik, akik nem készültek a minél természetesebb szülésre.

Harmadik alhipotézisem így szólt:

H2/3: A belső kontrollal jellemezhető nők kevesebb beavatkozáson esnek át a hüvelyi szülés alatt, mint külső kontrollal jellemezhető társaik.

Ebben az esetben a korábban is felhasznált két csoport (Belső kontroll/Külső kontroll) adatait vetettem össze aszerint, hogy hány beavatkozáson estek át a szülés alatt. Jelen esetben viszont csak azokkal a vizsgálati személyekkel dolgoztam, akik hüvelyi úton hozták világra gyermeküket, hiszen a császármetszés sokszor, mint életmentő beavatkozás jelenik meg a szülés közben, illetve a kérdőív arra nem tért ki, hogy a nő utólagosan hogyan értékeli, valóban szükséges volt-e a császármetszés. Így a minta 193-ra csökkent ($N=193$), tehát a csoportok létszáma is megváltozott. Az egyes, belső kontrollal csoportba 91 vizsgálati személy adata került ($N=91$), míg a második, külső kontrollal csoportba 102 ($N=102$).

6. Táblázat: A csoportok Beavatkozás pontszámának átlag szórás és medián értékei

Vizsgált csoportok	Átlag	Szórás	Medián
Belső kontroll	2,81	1,86	3

<i>Külső kontroll</i>	2,58	1,66	3
-----------------------	------	------	---

Az elvégzett Kormogorov-Smirnov próba eredménye szerint a normalitás sérült a mintán, így a két csoport értékeit a nemparaméteres eljárások közül a Mann-Whitney próba segítségével hasonlítottam össze. A két csoport között nem jelentkezett szignifikáns eltérés a beavatkozások számának tekintetében ($W=9559,5$; $p=0,381$).

Így tehát azt mondhatjuk, hogy a kontrollhely, mint a személyiség egy jellemzője, dimenziója nem határozza meg azt, hogy hány beavatkozáson esik át a nő a hüvelyi szülés alatt.

Bár nem sikerült azonosítani azt a tényezőt, ami befolyásolja, hogy hány beavatkozáson esik át szülés közben a személy, érdekesnek találtam megvizsgálni, hogy a beavatkozások száma hatással van-e a megélt érzelmekre.

H3: A hüvelyi szülés közben történő beavatkozások hatást gyakorolnak a szülésélményre.

Ezen belül első alhipotézisem így szólt:

H3/1. Azok a nők, akik kevesebb beavatkozáson esnek át a szülés lefolyása alatt, pozitívabb érzelmeket élnek meg a szülés közben.

Ennek a hipotézisnek az ellenőrzésekor a mintám ismét 193-ra csökkent ($N=193$), hiszen csak azon vizsgálati személyek adataival dolgoztam, akik hüvelyi úton hozták világra gyermeküket. A beavatkozások számától függően alkottam meg a vizsgálati csoportokat. Akik 4, vagy több beavatkozáson estek át, ők kerültek az első, Sok beavatkozás csoportba ($N=63$). Akik 3, vagy annál kevesebb beavatkozáson estek át, ők kerültek a kettes, Kevés beavatkozás csoportba ($N=101$) és végül, a harmas csoportba kerültek azok, akiknek egyáltalán nem volt semmilyen beavatkozásuk a szülés alatt ($N=29$).

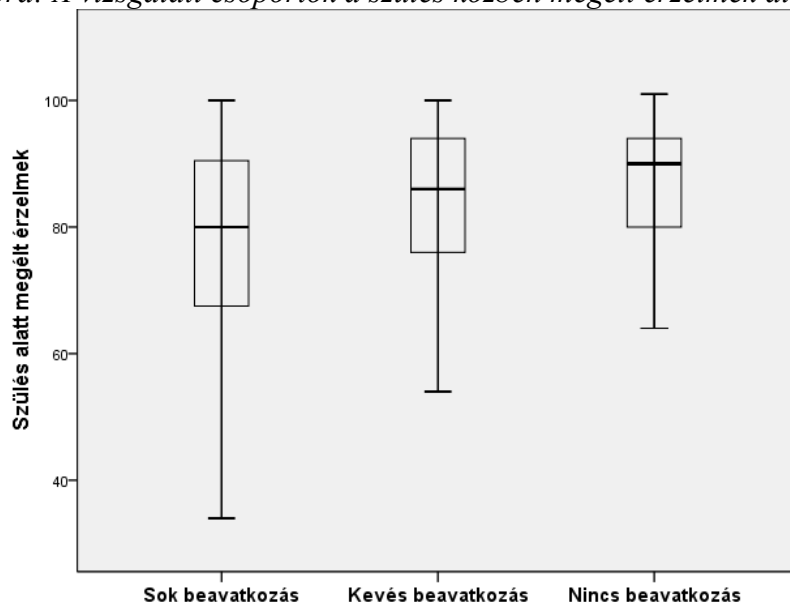
7. Táblázat: A vizsgálati csoportok a Szülés alatti érzések pontszámának átlag szórás és medián értékei

Vizsgált csoportok	Átlag	Szórás	Medián
<i>Sok beavatkozás</i>	76,9	16,9	80
<i>Kevés beavatkozás</i>	84,4	11,3	86
<i>Nincs beavatkozás</i>	87,6	9,31	90

Elvégeztem a mintán a normalitás vizsgálatot a Kormogorov-Smirnov próba segítségével. A normalitás sérült, így a nemparaméteres eljárások közül a Kruskal-Wallis próbával ellenőriztem a hipotézist. A próba eredménye szerint szignifikáns eltérés mutatkozik a csoportok értékei között ($p=0,004$). Hogy pontosan mely csoportok között, azt páronkénti

Mann-Whitney próbával ellenőriztem. Ennek eredményei alapján szignifikáns különbség volt az egyes és kettes csoport között ($W=4427,5$; $p=0,009$), valamint az egyes és a hármas csoport között ($W=2584$; $p=0,004$). A kettes és a hármas csoport között azonban nem mutatkozott szignifikáns eltérés ($W=6392,5$; $p=0,212$).

6. Ábra: A vizsgálati csoportok a szülés közben megélt érzelmek alapján



A próbastatisztika eredménye és a 8. Ábrán látható dobozdiagram alapján azt mondhatjuk, hogy azok a nők, akik 4, vagy annál több beavatkozáson esnek át a szülésük alatt, szignifikánsan negatívabb érzéseket élnek meg a folyamat közben azokkal szemben, akiken kevés, vagy nulla beavatkozást esik.

5.3. Az eredmények értékelése

Az *első fő hipotézisem (H1)* arra vonatkozott, hogy a várandósság alatt megélt tényezők hatást gyakorolnak a szülésélményre. Ezek körül a tényezők közül többet sikerült azonosítani. *Első alhipotézisem (H1/1)* szerint az egyik ilyen tényező a várandósság alatt megélt pszichés állapot, a szorongás és a depresszió, mely együttjárást mutat a szülés közben megélt érzésekkel. Ez az állítás a mintán elvégzett próbastatisztika eredménye alapján beigazolódott, mind a szorongás, mind a depresszió tekintetében negatív irányú, mérsékelt erősségű kapcsolat húzódik meg a szülés közben megélt érzésekkel. Mérsékelt erősségű kapcsolat lévén feltételezhető, hogy számos más tényező gyakorol még hatást a szubjektív szülésélményre. Azonban ezek nem az általam vizsgált változók. Sem a párkapcsolati elégedettség esetében, és meglepetésemre sem a szüléssel kapcsolatos attitűdök esetében nem találtam szignifikáns együttjárást.

A korreláción túl, mivel a depresszióval kapcsolatban volt lehetőségem csoportonkénti vizsgálatra is (depresszióban veszélyeztetett/nem veszélyeztetett), úgy találtam, hogy azok a nők, akik nem élnek meg a várandósság alatt depressziót, szignifikánsabb pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés folyamata közben az egyéb körülményektől függetlenül.

Második fő hipotézisem (H2) szerint a személyiség hatást gyakorol a szülésélményre. Jelen kutatásban a kontrollhely, mint egy adott személyiségtényező hatását kívántam vizsgálni. Ezen fő hipotézisen belül *első alhipotézisem (H2/1)* a mintán elvégzett statisztikai próba alapján beigazolódott, hiszen szignifikánsan pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben azok a nők, akik belső kontrollal jellemezhetők, külső kontrollos társaikkal szemben. *Második alhipotézisem (H2/2)* arra vonatkozott, hogy a belső kontrollos beállítódás facilitálja a minél természetesebb, beavatkozásoktól mentes szülésre való felkészülést. Ez a mintán elvégzett statisztikai próba alapján beigazolódott, hiszen az I-E kérdőíven szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el azok a vizsgálati személyek, akik készültek arra, hogy beavatkozásoktól mentesen hozzák világra gyermeküket, tehát ők inkább jellemezhetők belső kontrollos beállítódással. *Harmadik alhipotézisem (H2/3)* azonban már nem nyert igazolást. Nem mutatkozott szignifikáns eltérés a beavatkozások számában attól függően, hogy valaki belső-, vagy inkább külső kontrollos beállítódással rendelkezik.

A harmadik fő hipotézisem (H3) a hüvelyi szülés közben történő beavatkozások és a szülés közben megélt érzelmek kapcsolatára vonatkozott. A mintán elvégzett statisztikai próba alapján azt mondhatjuk, hogy a beavatkozástól mentes és a kevés (maximum három) beavatkozást tartalmazó szülések közben tapasztalt érzések között nincs szignifikáns különbség, azonban, ha valaki sok (négyenél több) beavatkozáson esik át a szülés alatt, akkor ő az előző két csoporttal szemben szignifikánsan negatív érzéseket él meg a folyamat közben.

6. Következtetések és javaslatok

A kutatásban több olyan, várandósság alatt megélt tényezőt sikerült azonosítani, melyek hatást gyakorolnak a szülésélményre, a szülés szubjektív megélésére, a folyamat közben átélt érzésekre. A mintán elvégzett statisztikai próbák eredménye szerint sem a párkapcsolati elégedettség, sem – meglepetésemre – a Szülés Attitűd Kérdőív szerinti szüléssel kapcsolatos attitűd, valamint egy faktora sem határozza meg, hogy a nő milyen mértékben fog a szülés közben pozitív érzéseket megélni. Az attitűdök tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség azzal kapcsolatban, hogy a jelenlegi várandósság az adott vizsgálati személynek hanyadik várandóssága. Az első várandósság kapcsán az attitűd és a szülés közben megélt érzések hiányának együttjárása könnyen fakadhat abból, hogy a nőnek még nincs valós

önismerete az adott helyzetben, ő maga még nem tapasztalta meg az élményt, csak mások szülésélményein, valamint saját születésének narratíváján, alakítja ki attitűdjét. Többedik várandósság és szülés esetén bár már van személyes tapasztalat, azonban minden szülés, minden szülésélmény egy külön történet.

Ezzel szemben a várandósság alatt megélt pszichés állapot, a szorongás és a depresszió is – a szakirodalmi adatokkal egybecsengően – hatást gyakorolnak a szubjektív szülésélményre. A változók között fordított irányú, mérsékelt erősségű kapcsolat mutatkozott. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy az antenatális szorongás és depresszió valóban együttjár a szülés közben megtapasztalt negatívabb érzésekkel, azonban ezen kívül számos más tényező is hatást gyakorol a szülés szubjektív megélésére. Például a kontroll dimenzió való elhelyezkedés egy olyan személyiségtényező, mely befolyást gyakorol arra, a nő hogyan éli meg szülésélményét. Azok, akik belső kontrollos beállítódással rendelkeznek és jellemző rájuk a hatni tudás, tudatában vannak annak, hogy cselekvésük hatást gyakorol környezetükre, pozitívabb érzéseket élnek meg szülés közben. Azok a nők is inkább belső kontrollos beállítódással bírnak, akik készülnek arra, hogy minél természetesebben, beavatkozásoktól mentesen hozzák világra gyermekét. Mindennek ellenére a szülés közben valóban megtörténő beavatkozások számát nem befolyásolja, ami valószínűleg a magyar szülészeti túlmedikalizált gyakorlatának köszönhető. Gyakran nem hagyják megfelelő ideig külső rásegítés nélkül vajúdni a nőket. Pedig, ahogyan a **2.3.3. A szülésélményt befolyásoló tényezők** című részben kifejttem, a külső beavatkozások, gyógyszeres fájdalomcsillapítás gyakran a szándékkal ellentétes hatást vált ki és nem segít a gyorsabb, fájdalommentes szülést. Ennek oka, hogy a külső beavatkozás felborítja a szervezet, a test és az agy szülés közbeni természetes, normál mederben folyó működését. Ezek a beavatkozások az egyébként is fájdalmas folyamathoz gyakran plusz stresszfaktorként adódnak hozzá.

A gyakorlati vonatkozás tekintetében az eredmények fényében a várandósság alatt, a szülésfelkészítés során érdemes hangsúlyt fektetni a kismama mentális jóllétére, szorongásának oldására és depressziójának gyógyítására, ha szükséges, gyógyszeres kezeléssel kiegészítve. Ezen túl a kognitív terápiák is hasznosak lehetnek, melyek a gondolatok és viselkedés szintjén alkalmaznak intervenciókat. Az egyik fontos lépés a negatív gondolatok helyettesítése különböző alternatívákkal, és ezek fényében az eredeti érzés újraértékelése, tehát a kognitív átstrukturálás (Szemán-Nagy, 2009). Szakember által végzett csoportokban és egyéni üléseken is fontos lehet stressz oldási technikákat tanítani a kismamáknak, például légzéstechnikát, ami a szülés alatt is hozzájárulhat a fájdalom redukálásához (Kiss, 2022).

Ezen felül már a várandósság tervezésének időszakában fontos lépés lehet a belső kontrollos beállítódás kialakítása, aminek kapcsán az nő mind a terhesség időszakában, mind a szülés közben proaktív beállítódással, a folyamat aktív részeseként értelmezheti magát, ami segíthet a tudatos készülésben és pozitívabb érzéseket megélni a szülés alatt.

A felkészítés során ezen sarokpontokra figyelve hozzásegíthetjük a nőket egy pozitívabb szülésélmény megéléséhez, aminek köszönhetően egy jobb pszichés állapottal és a kompetencia érzésével vághatnak neki a posztnatális időszak kihívásainak, valamint nagyobb az esély egy jövőbeli terhesség lehetőségére.

A későbbi tudományos munkát tekintve érdemes lenne további olyan tényezők feltárását végző kutatásokat folytatni, melyek szintén hozzájárulnak a minél pozitívabb szülésélmény megéléséhez. Gondolok itt a személy különböző jellemzőire, mint például önbizalom, önbecsülés, a kompetencia és énhatékonyság érzése. Ezen túl, mivel a beavatkozások nem ritkán a szándékkal ellentétesen csak hátráltatják a szülést, fontos lenne annak vizsgálata, tulajdonképpen a lélektani, személyiségbeli tényezőket tekintve mi befolyásolja ezek számát a szülés folyamata közben. Valamint, bár szakirodalmi adatok szerint a kontroll dimenzió való elhelyezkedés kevésbé változik pozitív események kapcsán a külső kontrollos beállítódás felől a belső kontrollos beállítódás felé (Kiss & Szabó-Morvai, 2018), érdekes lehetne megvizsgálni, hogy egy ilyen nagy hatású esemény, mint a szülés, amire hosszú évekkel később is mélyen emlékeznek a nők (Lundgren és mtsai, 2009), amennyiben kiemelkedően pozitív, eufórikus élmény, képes-e számottevően elmozdítani a személyt ezen dimenzió az általában kívánatosabb belső kontroll felé.

7. Összefoglalás

A dolgozat elméleti részében bemutatásra került a várandósság, az ezen időszokban jellemző pszichikus zavarok, a szorongás és depresszió, valamint rövid, és hosszútávú következményeik. Bemutattam a szülés folyamatát, lélektanát, a szülésélményt befolyásoló tényezőket, valamint a szüléssel kapcsolatos attitűdöt is. Ezután ismertettem a párkapcsolat jelentőségét erre az időszakra nézve, hiszen stabil, harmonikus mivolta fontos protektív tényező lehet a helyzethez való adaptálódásban, mint társas támasz, valamint a kontrollhely dimenziót, mint szűktartományú személyiség jellemzőt, mint egy esetleges tényező, mely befolyást gyakorolhat a szülés szubjektív megélésére.

A vizsgálati részben arra kerestem a választ, hogy a várandósság alatt megélt tényezők (pszichés állapot, attitűd, párkapcsolat, vagy külső-belső kontrollos beállítódás) közül melyek gyakorolnak hatást a szülésélményre, a szülés alatt megélt érzésekre. A kutatási eredmények

azt igazolták, hogy a szorongás, a depresszió és a külső kontrollos beállítódás negatívan hat a szülés szubjektív megélésére. A párkapcsolati elégedettség és az attitűd(ök) szerepét nem sikerült a mintán igazolni. A belső kontrollos beállítódással kapcsolatban továbbá az is kiderült, hogy az ezzel jellemezhető kismamák inkább készülnek gyermeküket természetesen, beavatkozásoktól mentesen világra hozni, azonban a hüvelyi szülés közben valóban bekövetkező beavatkozások számára nincs hatása.

Összeségében elmondható, hogy a szülésélmény egy igen hangsúlyos esemény az édesanya életében, és a várandósság alatt megélt bizonyos aspektusok hatást gyakorolnak szubjektív megélésére. Ennek tudatában fontos segíteni a nőket akár már a gyermek tervezésének időszakában, hogy minél kiegyensúlyozottabb pszichés állapotban tudjanak elindulni a várandósság és szülés csodálatos, önismereti útján, valamint kívánatos a belső kontrollos beállítódás kialakítása.

Irodalomjegyzék

- Almássy Zs. (2014). *Nehézségek a szülővé válás útján: A férfiak depressziójának vizsgálata normatív és paranormatív krízis mentén*. Doktori Disszertáció, Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskolája, Debrecen.
- Andrek A. (2019). *A szülő-magzat kötődést befolyásoló tényezők vizsgálata párkapcsolati és integrációs kapcsolati jellemzők figyelembevételével*. Doktori Disszertáció. ELTE PPK Pszichológia Doktori Iskola, Budapest.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113–121.
- Bödecs T. (2010): *A várandósság alatti depresszió, szorongás és önértékelés neonatális kimenetekre gyakorolt hatásainak vizsgálata, és a lehetséges mechanizmusok feltárása*. Doktori Disszertáció, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs.
- Carter, B., McGoldrick, M. (1999): *The expanded family lifecycle. Individual, family and social perspectives*. Allyn and Bacon, Boston.
- Cole, M., Cole S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Damasio, A. (2005). Brain trust. *Nature*, 435, 571–572.
- Danis, I. (2004). Rizikó-és protektív tényezők hatása a nagyon korai gondozás előrejelzésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59, (2), 189-214.
- Dusa Á., Markos V., Engler Á., Várfalvi M. (2019): *Szülés körülményei kutatás*. Kopp Mária Intézet A Népesedésért és a Családokért, Budapest.
- Fónagy P. (2003). A kötődés generációs átvitele. *Thalassa*, 14, (2-3), 83-106.
- Ferenczi A., Tanyi Zs., Mészáros V., Berényi B., Kovács D., Eleked A., Elekes T., Tuba V., Kövi Zs. (2022). A diszpozicionális hála, mint védőfaktor várandós kismamánál. *Psychologia Hungarica*, 8, (2), 88-104. Letöltés dátuma: 2022.02.24. https://www.researchgate.net/publication/358571947_DISPOSITIONAL_GRATITUDE_AS_A_PROTECTIVE_FACTOR_FOR_EXPECTANT_MOTHERS_-_A_DISZPOZICIONALIS_HALA_MINT_VEDOFAKTOR_VARANDOS_KISMAMA_KNAL
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 119, (5), 350–364.
- Goldenberg, H., Goldenberg I. (2008): *Áttekintés a családról*. Animula Kiadó, Budapest.
- Goodman S. H., Gotlieb I. H. (1999). Risk for Psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanism of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458-490.
- Grace, S. L., Sansom, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development. In: Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L., Wallington, T. (szerk.): *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto. 197-251.
- Hallström C., McClure N. (2006): *Depresszió*. Lélekben Otthon Kiadó. Budapest.
- Hajduska M. (2008). *Krízislélektan*. Elte Eötvös Kiadó, Budapest.
- Hardy J., Baráth K., Horti M. (2003): A női szerepek és pszichiátriai zavarok. In: Koltai M. (szerk.): *Család – pszichiátria – tárpiá*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Héjja-Nagy K. (2015). A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In: Kisdi Barbara (szerk.): *Létkérdések a születés körül: Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 315–338.
- Hidas Gy., Raffai J., Vollner J. (2002). *Lelki köldökszinór*. Válasz Könyvkiadó, Budapest.
- Karner Beáta (2011) *Az anyaszerep kihívásai a Gyes alatti időszakban. Főbb krízispontok és megoldási lehetőségek*. Szakdolgozat. Budapest, ELTE-PPK.

- Kerepesi-Keresztúry G. (2018). *A szülésélmény és az anyai szorongás összefüggései a gyermekgondozási időszakban*. Szakdolgozat, Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Debrecen.
- Kiss, H. J., & Szabó-Morvai, Á. (2018). A személyiségjegyek időbeli stabilitásának nemek közti eltérései.
- Kiss L. (2022). A szülési fájdalomcsillapítás történetének kezdetei. *Orvosi Hetilap*, 163, (5), 206-208.
- Kovács R. R. (2012). *A házastársi kapcsolat, a párkapcsolati elégedettség narratív pszichológiai tartalomelemzéssel és pszichometriai eszközökkel történő vizsgálata, tekintettel a családi életciklusokra*. Doktori Disszertáció, Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Pécs.
- Körmendi A., Szatncsik V. (2013). *Személyiséglélektan I*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen
- Lakatos Cs., Martos J., Mátyási A., Martos T., (2020): Párkapcsolati mintázatok és kapcsolati elégedettség együtt élő pároknál: az Olson-modell ellenőrzése. *Mentálhigiény és Pszichoszomatika* 21, (1), 56–85. Letöltés dátuma: 2022.03.20. DOI: 10.1556/0406.21.2020.006
- Lampé L., Papp Z. (1992). *Szülészet-nőgyógyászat*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Lefkovich E. (2019): *Perinatális időszakban jelentkező depresszív és szorongásos zavarok és hatásuk az anyai percepcióra*. Doktori Disszertáció, Semmelweis Egyetem, Klinikai orvostudományok Doktori Iskola, Budapest.
- Lonstein, J. S. (2007): Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28, 115-14.
- Lundgren, I., Karlsdottir, I. S., Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 115-128. Letöltés dátuma: 2020.02.20. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482620802423414>
- Madarassy K. (2020). *A szülésélmény hatása a posztnatális időszakban fellépő pszichikus zavarokra*. Szakdolgozat, Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet, Debrecen.
- Marrs, C. R., Durette, R. T., Ferraro, D. P., Cross, C. L. (2009). Dimensions of postpartum psychiatric distress: Preliminary evidence for broadening clinical scope. *Journal of Affective Disorders* 115. 100-111.ű
- Martos T., Sallay V., Szabó T., Lakatos Cs., Tóth-Vajna R. (2014). A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiény és Pszichoszomatika*, 15, (3), 245-258.
- Molnár J. (2014). *Posztpartum szorongás az anyák kötődési jellemzőinek tükrében*. Doktori Disszertáció, Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskolája, Debrecen.
- Molnár J., Münnich Á. (2014): Posztpartum szorongás az anyák kötődési jellemzőinek tükrében. In: Münnich Á. (szerk.): *Pszichológiai Kutatások*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. CD003519
- Nilsson, C., Lundgren, I. (2009): Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25 (2), 1–9.
- Oláh A. (1982). *Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban*. Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.
- Olson, H., DeFrain, J., Skogrand, L. (2011). *Marriages and families: intimacy, diversity, and strengths*. McGraw-Hill, New York.

- Pettersen, N. (1987). A conceptual difference between internal-external locus of control and causal attribution. *Psychological Reports*, 60, 203-209.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Másállapot*. Shelon Press, London.
- Raffai J. (1997). *Megfogantam, tehát vagyok*. Útmutató Kiadó, Pécs.
- Robertson, E., Celasun, N., Stewart, D. E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In: Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L., Wallington, T. (szerk): *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto.
- Rotter J. B. (1996). Generalized experiences for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80, (1), 1-28.
- Sallay, V., Martos, T., & Hegyi, E. (2015). Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei: a Szülés-attitűdök Kérdőív kidolgozása és első eredményei. in: Kisdi, B. (szerk.) *Létkérdések a szülés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében*. L'Harmattan, Budapest, pp. 291-313.
- Sanders K. M. (2010). *Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood*. University of Nebraska, Lincoln
- Simkin, P., Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49, 489–504.
- Smith, E. R, Mackie, D. M., Claypool, H. M. (2016): *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. (1970) The state/trait anxiety inventory. *Consulting Psychology Press*; Paolo Alto, CA
- Stadelmann, I. (2007). *A baba válaszol*. Katalizátor Könyvkiadó, Budapest.
- Ghanbari-Homaie, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E., Mirghafourvand, M. (2021). Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reproductive Health*, 18, (146). Letöltés dátuma: 2022.04.11. DOI: 10.1186/s12978-021-01196-7
- Szemány-Nagy A. (2009). *Integrációs spirálok szerepe az antenatális depresszió létrejöttében*. Doktori Disszertáció, Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskolája, Debrecen.
- Szeverényi P. (2008). A családközpontú szülészeti gyakorlat lehetőségei a lelki egészség megőrzésében, *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 10, (6), 222-233.
Letöltés dátuma: 2020.02.27.
http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a_csaladkozpontu_szuleszeti_gyakorlat_lehetoseg_ei_a_lelki_egeszseg_megorzeseben
- Tóth M. (2020). *Sportolói áramlatélmény a teljesítménymotiváció és a kontrollhely függvényében*. Szakdolgozat, Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet, Debrecen.
- Varga K., Andrek A., Herczog M. (2011). A várandósság és a szülés pszichológiai vonatkozásai és társadalmi beágyazottsága. In: Balázs I. (szerk.): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
<https://www.diagnozis.hu/A%20gyermekszules/>
http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/szakellata/s/fekvobeteg_szakellatas_minosegi_indikator/csaszarmetszesek