

A VÁRANDÓSSÁG ALATT MEGÉLT TÉNYEZŐK HATÁSA A SZÜLÉSÉLMÉNYRE

Mercz-Madarassy Kitti

Debreceni Egyetem BTK Pszichológiai Intézet,
mercz-madarassy.kitti@arts.unideb.hu

A szülés összetett, nehéz és nagy hatással bíró életesemény, melynek megélése befolyást gyakorolhat a posztnatális időszakra a pszichés állapot, a gyermekgondozás és az anya-gyermek kapcsolat kialakulásának tekintetében. Magát a szülésélményt számos tényező befolyásolja; így a várandósság lefolyása, megélése, és a várandósság alatt megtapasztalt tényezők. Jelen kutatásban célom az volt, hogy azonosítsam, a várandósság alatt megélt tényezők közül melyek fejtenek ki hatást a szubjektív szülésélményre, a szülés közben megélt érzelmekre. Online kérdőíves vizsgálatomban 260 édesanya vett részt. A várandósság harmadik trimeszterében mértem a szorongást (STAI-S), a depressziót (EPDS) a párkapcsolati elégedettséget (RAS-H), a szüléssel kapcsolat attitűdöt (Szülés attitűd Kérdőív), valamint a kontroll szerinti beállítódást (I-ECS). A posztpartum időszak (szülést követő hat hét) leteltével felvettem a szülésélményre vonatkozó adatokat. Eredményeim alapján több olyan tényezőt sikerült azonosítani, mely együttjárást mutat a szülés közben megélt pozitívabb érzésekkel. Úgy, mint a szorongás alacsonyabb szintje ($p < 0,001$; $\rho = -0,335$), a depresszió kérdőíven elért alacsonyabb pontszám ($p < 0,001$; $\rho = -0,310$) és a belső kontroll beállítódás ($W = 117737$; $p = 0,004$). Ezen kívül megmutatkozott, hogy a belső kontroll hozzájárul a természetesebb, beavatkozásoktól mentes szülésre való felkészüléshez ($W = 25546$; $p = 0,006$). Az eredmények alapján kirajzolódik, hogy a várandósság alatt megélt pszichés állapot és a belső kontroll beállítódás együttjárást mutat a szülés közben megélt érzelmekkel, tehát a szubjektív szülésélmény minőségével.

Kulcsszavak: várandósság, szülésélmény, antenatális depresszió, antenatális szorongás, párkapcsolati elégedettség, belső kontroll

Az anyává válás a nő életének transzformáló erővel bíró eseménye. Mivel a szülés bizonyos tényezői (például aranyóra megélése, illetve ennek elmaradása, folyamat közben megélt kontroll) és a szülés szubjektív megélése, a folyamat közben megtapasztalt érzések együttjárást mutatnak a posztnatális időszakban megjelenő depresszióval (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 meghatározó többek között a szülésre való felkészülés (Szeverényi, 2008), a beavatkozásokkal kapcsolatban a tájékoztatás és a döntési lehetőség (Héjja-Nagy, 2015). Ezek kapcsán kiemelkedő a jelenlévők odafordulása az anya felé, másrésztől magát kompetens, kontrollal rendelkező személynek élheti meg a nő. A környezet részéről érkező támogatás, törődés lehetővé teszi a nehéz életesemény minél pozitívabb megélését (Lundgren, Karlsdottir és Bondas, 2009), hiszen a társas támasz hatására a nő biztonságban érzi magát és feszültsége csökken. Ezen tényezők a fájdalom redukálásához is vezethetnek, aminek köszönhetően szignifikánsan csökken a gyógyszeres fájdalomcsillapítók szükségessége (Szeverényi, 2008).

A szülés folyamata közben történtek és ezek megélésén túl szintén fontos tényező maga a várandósság lefolyása, minősége (Hajduska, 2008). Egy kiegyensúlyozott, pszichés jóllétben eltöltött 9 hónap lehetőséget teremt a felkészülésre, melynek része az élettani folyamat megismerése, valamint a kérdésekről, félelmekről való beszélgetés, ezáltal csökkentve az anya szorongását (Szeverényi, 2008).

Kutatásomban tehát azt vizsgáltam a fenti szakirodalmi eredmények fényében, hogy a várandósság mely aspektusai jelentősek a szubjektív szülésélmény kapcsán.

SZÜLÉSÉLMÉNY

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

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 élje meg az élményt (Varga és mtsai, 2011). Ez lehetővé teszi, hogy a szülő nő bár átéli a fájdalmat, ez nem szenvedés számára. Szenvédést 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 pozitív szülésélményhez, ahhoz, hogy a test végezze a dolgát és a lelki folyamatok is a megfelelő mederben folyjanak, olyan környezetre van szükség, mely biztonságot nyújt, zavartalan és háborítatlan (Varga és mtsai, 2011).

VÁRANDÓSSÁG

A várandósság 9 hónapja lehetőséget ad a gyermek érkezésének felkészülésére testileg, lelkileg és a környezet kialakítására is. Vannak, akik harmonikusan, tele energiával élik meg ezt a folyamatot, mások testi-lelki problémákkal küzdenek (Hajduska, 2008). Az életszakasz megélése befolyásolhatja a megszületett gyermek gondozásának minőségét (Varga, Andrek & Herczog, 2011).

A várandósság és a szülés a női lét biológiai adottságaiból adódó normatív krízis (Hajduska, 2008). „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.). Ennek fényében normatív krízisről olyan élethelyzetek kapcsán beszélhetünk, melyek alkalmazkodást kívánó fordulópontként ragadhatók meg.

A gyermekáldás körüli időszak 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). A fizikai változások mellett rengeteg lelki kihívással is jár ez az élethelyzet. Negatív érzésekhez vezethet a pénzügyi kiszolgáltatottság, a megszokott szociális közegetől, a munkától való eltávolodás, a karrierben beálló ideiglenes szünet. Ezen tényezők ambivalenssé tehetik a várandósság megélését. További nehezítő tényező, ha a gyermekáldás nem tervezett, esetleg a párkapcsolat konfliktusokkal terhelt. Ezzel ellentétben, a támogató partner megkönnyítheti a várandósság lefolyását és a kihívásokhoz való alkalmazkodást, valamint az anya-újszülött kapcsolat kialakulását (Hajduska, 2008).

Ezek fényében egyértelmű, hogy kiemelten fontos a lelki segítségnyújtás, hiszen alapvetően egészséges emberek is érzelmi és viselkedéses zavarokat mutathatnak egy 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 gyermekáldás körüli időszakban fellépő egyensúlyvesztés esetén is végső soron 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). 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).

ANTENATÁLIS SZORONGÁS

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 szuggesztióra, 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 megélő 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 kismamákban ebben az időszakban. Gyakran előforduló jelenség, hogy kevésbé vagyunk képesek 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 (Lefkovich, 2019). 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, a kortizol és adrenalin (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, Raffai & Vollner, 2002).

ANTENATÁLIS DEPRESSZIÓ

Az antenatális depresszió az első és a harmadik trimeszterben csúcsosodik ki, ezekben az időszakokban a legjellemzőbb (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, Baráth & Horti, 2003). 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 a pszichés jólléttel kapcsolatban (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 és mtsai, 2003). 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 válaszra (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).

A SZÜLÉSSSEL KAPCSOLATOS ATTITÚD

A globalizált világ megjelenése előtt egy-egy családban általában több generáció élt együtt, így természetes volt, hogy a gyermekek felnövekedésük alatt közről találkoztak 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 kevésbé jelenik meg (Raphael-Leff, 1993, idézi Sallay és mtsai, 2015).

A nők szüléssel kapcsolatos attitűdje hatással lehet 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 is előfordul, hogy valaki a szüléssel kapcsolatos szélsőségesen negatív attitűd, illetve szorongás miatt kér programozott császármetszést, hiszen kóros szinten fél a folyamattól (Nilson & Lundgren, 2009; Sallay és mtsai, 2015).

Mivel az attitűd egy olyan fontos tényező, mely befolyással bírhat viselkedésünkre (Smith, Mackie & Claypool, 2016), érdemes lehet a terhesség alatt többek között azt is megvizsgálni, hogy milyen az anya viszonyulása az előtte álló feladathoz, a szüléshez, és szükség esetén ezt pozitív irányba átdolgozni. Ezáltal csökkenthető a félelem, a szorongás, illetve növelhető a kompetencia érzés, ami egy pozitívabb szülésélményhez segíthet hozzá (Varga és mtsai, 2011)

A PÁRKAPCSOLAT FONTOSÁGA A VÁRANDÓSSÁG ALATT

A párkapcsolat minősége hatással bír az általános jóllétre, valamint a testi és lelki egészségre (Lakatos, Martos, Mányai & Martos, 2020). Protektív tényező lehet a mentális betegségekkel szemben egy-egy nehéz élethelyzetben, hiszen egy stabil, kiegyensúlyozott párkapcsolat, mint megküzdési alternatíva jelenhet meg egy normatív krízisben (Hajduska, 2008) Azonban az életben megélt kihívással, stresszel járó szituációk is hathatnak magára a minőségére (Lakatos és mtsai, 2020).

A korábban gondoltakkal ellentétben ma már világos, hogy nem csak a kismamában, de párjában is számos hormonális és viselkedéses változás zajlik le a várandósság 9 hónapja 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 általi segítő folyamatban a negatív érzések kifejezhetősége bír hatalmas szereppel (Hajduska, 2008; Molnár, 2014).

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 (Andrek, 2019).

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).

KONTROLL

A kontrollhelytől, mint 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). Elmaradása pedig együttjárást mutat a posztnatális depresszió megjelenésével (Madarassy, 2020). Kontroll érzetet adhat a nőnek, ha szabadon megválaszthatja a vajúdas és a kitolás közben testhelyzetét, ha szabadon mozoghat és fogyaszthat ételt és italt a folyamat alatt, illetve, ha tájékoztatják a beavatkozásokkal kapcsolatos információkról és bevonják a döntési helyzetbe (Héjja-Nagy, 2015).

Egy iráni kutatás eredményei szerint maga a kontroll dimenzió való elhelyezkedés, mint személyiségtényező is hatást gyakorolhat a szubjektív szülésélményre. Vizsgálati eredményeik alapján a belső kontroll összefüggött a pozitívabb szülésélménnyel, míg a külső kontroll a negatívabbal (Ghanbari-Homaie, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Jafarabadi, Mohammadi & Mirghafourvand, 2021).

A belső kontrollós 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 kezelésének 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 tapasztalhat, 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 kontrollós kialakítás fókusz.

KUTATÁSI KÉRDÉS ÉS HIPOTÉZISEK

Az eddig ismertett szakirodalom alapján, melyből kirajzolódik, hogy a gyermekáldás körüli időszak, mint szenzitív periódus milyen fontos a család, a nő életében, kutatási kérdésem arra irányult, hogy a várandósság alatt megélt tényezők közül melyek mutatnak együttjárást a szubjektív szülésélménnyel, azaz a szülés közben megélt érzésekkel.

Feltételeztem, hogy inkább pozitív érzéseket élnek meg a szülés folyamata

közben azok a nők,

- akik nem tapasztalnak meg szorongást és/vagy depressziót (H1),
- akik magasabb párkapcsolati elégedettségről számolnak be (H2),
- akik pozitívabb attitűdökkel rendelkeznek a szüléssel kapcsolatban (H3),
- illetve akik belső kontrollos beállítódással jellemezhetők (H4) a várandósság alatt.

Továbbá feltételeztem, hogy a belső kontrollos beállítódás

- befolyásolja a minél természetesebb szülésre való felkészülést (H5)
- és a szülés közben megtörtént beavatkozások (pl. burokrepesztés, gátmetszés) számát (H6)

MÓDSZEREK

MINTA

Demográfiai adatok

A vizsgálati személyekhez online önkiválasztásos mintavétellel jutottam el. Az első kérdőívcsomagot az első mintavételkor 565, 18. életévét betöltött nő töltötte ki, akik várandósságukat tekintve a harmadik trimeszterben jártak. 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 került a második körös adatfelvétel kérdőíve (Szülésélmény kérdőív), melyet 341 személy töltött ki. A jeligék sikeres összepárosításával 262 főre csökkent a mintaelemszám, majd az adatok megtisztítását követően megkaptam a végleges mintát (N=260).

A minta átlagéletkora 30,16. A vizsgálati személyek jelentős része (44,3%) 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. Minden vizsgálati személy párkapcsolatban él.

Szülésre vonatkozó adatok

A nők 58,8%-nak volt ez az első várandóssága, míg 27,9%-nak a második. 52,7%-a nem járt semmilyen szülésfelkészítőre. 3,8%-os volt az otthoni szülés aránya, tehát majdnem a teljes minta kórházban szült. A jelenlegi magyar szabályozások ellenére (nincs lehetőség orvost fogadni), vagy a szerencsének köszönhetően, a vizsgálati személyek 26,5%-a annál az orvosnál tudott szülni, aki a várandósság alatt is végig kísérte. Csak 26,8%-uk esett át császármetszésen, így a minta túlnyomó többsége hüvelyi úton hozta világra gyermekét.

*Egyéb változókra vonatkozó adatok**Szorongs (STAI-S)*

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.

Depresszió (EPDS)

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.

Kontroll dimenzió (I-ECS)

A külső-belső kontroll tekintetében a vizsgálati személyek majdnem fele, 42,7% rendelkezik inkább belső kontrollos beállítódással.

MÉRŐESZKÖZÖK ÉS A VIZSGÁLAT MENETE

Az első kérdőívcsomagot (Demográfiai adatok, EPDS, STAI-S, Szülés-attitűdök kérdőív, I-ECS, RAS-H) online platformokon, célirányosan a témához (várandósság, szülés) kapcsolódó csoportokban osztottam meg. A kérdőívcsomagot a Google űrlapon hoztam létre. A demográfiai adatokon (életkor, iskolai végzettség, lakóhely, stb.) túlmenően a következő mérőeszközöket használtam.

Eddinburgh Posztnatális Depresszió Kérdőív (EPDS)

Széleskörben használt önkitöltős kérdőív, mely 10 itemből áll, így rövid idő alatt megbízható eredményeket mutat a perinatális depresszió meglétéről. 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 depresszió veszélye (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price, & Gray, 2009, idézi Almássy, 2014).

Spielberger-féle Állapot- és vonásszorongs kérdőív állapotssorongás skálája (STAI-S)

A Spielberger-féle Állapot- és vonásszorongs kérdőívet mindkét skálája 20-20 állítást tartalmaz (Molnár & Münnich, 2014). Kutatásomban csak az állapotssorongás skála (STAI-S) itemeit használtam, hiszen arra voltam kíváncsi, hogy jelen pillanatban, az antenatális időszakban hogyan érzik magukat az édesanyák. A kérdőív állításait a vizsgálati személynek egy négyfokú Likert-skálán kell értékelnie 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).

Szülés-attitűdök Kérdőív

A Szülés-attitűd Kérdőív egy 34 itemből álló önkitöltős kérdőív (Sallay és mtsai, 2015). 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 meghatározni, az adott mondat mennyire jellemző rá.

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 képességként (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).

Párkapcsolati elégedettség (RAS-H)

Kutatásomhoz a nemzetközi szintén is az egyik legtöbbet használt, önkitöltős kérdőívet, a Relationship Assessment Scale magyar változatát (RAS-H) választottam. Praktikusságának kulcsa abban rejlik, hogy rövid, 8 itemet tartalmaz. Ezekre a vizsgálati személynek egy 5 fokú Likert-skála segítségével kell válaszolnia, 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 ($\rho = 0,90$) (Martos, Sallay, Szabó, Lakatos & Tóth-Vajna, 2014).

Rotter-féle Külső-Belső Konroll Skála kérdőív (Internal-External Control Scale, I-ECS)

A külső-belső kontroll mérésére a Rotter által 1966-ban kifejlesztett I-ECS kérdőívet használtam. 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 kontrollusként (Oláh, 1982).

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

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. 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, hiszen a jelenlévők felől érkező támogatás az egyik legfontosabb aspektus a szülés szubjektív megélését tekintve (Lundgren és mtsai, 2009).

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

EREDMÉNYEK

A PSZICHÉS ÁLLAPOT (SZORONGÁS ÉS/VAGY DEPRESSZIÓ) HATÁSA A SZUBJEKTÍV SZÜLÉSÉLMÉNYRE

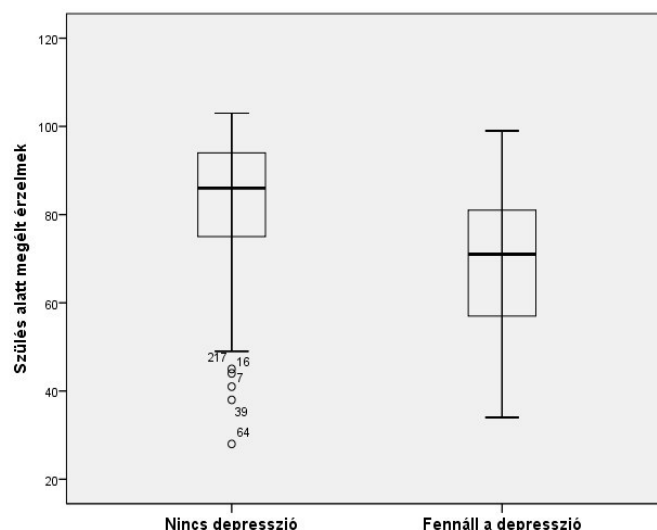
Első hipotézisem esetében az antenatális szorongás és depresszió mértékét, illetve a szülés közben megélt érzések kapcsolatát vizsgáltam, tehát a STAI-S és az EDPS kérdőíveken elért összpontszámokat vettem össze a Szülésélmény kérdőív folyamat közben megtapasztalt érzéseire vonatkozó itemek összpontszámával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

Vizsgált változók	Átlag	Szórás	Medián
<i>Szülés alatt megélt érzelmek</i>	79,2	15,9	83
<i>STAI-S</i>	34,1	10,9	31
<i>EPDS</i>	6,56	4,63	6

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

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 Mann-Whitney próba segítségével is vizsgáltam, hiszen a depresszió kérdőív értelmezhető aszerint is a pontok alapján, hogy valakinél fennáll a depresszió veszélye ($N=69$), vagy sem ($N=191$). Szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között ($W=6216$; $p < 0,001$). A próbastatisztika eredménye és az 1. Ábrán látható dobozdiagram alapján elmondhatjuk, hogy azok a nők, akik, vélhetően nem érintettek a várandósság alatt depresszióban, szignifikánsan pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés alatt.



1. Ábra: Az antenatális depresszió és a szülés alatt megélt érzések összefüggése

A PÁRKAPCSOLATI ELÉGEDETTSÉG HATÁSA A SZUBJEKTÍV SZÜLÉSÉLMÉNYRE

Második hipotézisem esetében arra voltam kíváncsi, hogy milyen együttjárást mutat a várandósság alatt megélt párkapcsolati elégedettség és a szülés közben megtapasztalt érzések, tehát a RAS-H kérdőív és a Szülésélmény kérdőív folyamat közben megtapasztalt érzéseire vonatkozó itemek összpontszámával dolgoztam.

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

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

A Spearman-féle rankkorrelációs próba eredménye azt mutatja, hogy nincs szignifikáns kapcsolat a változók között ($p < 0,240$), tehát az antenatális időszak alatt megélt párkapcsolati elégedettség nem mutat együttjárást a szülés közben megélt érzésekkel.

A SZÜLÉSSSEL KAPCSOLATOS ATTITŰDÖK HATÁSA A SZUBJEKTÍV SZÜLÉSÉLMÉNYRE

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

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

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

A Spearman-féle rangkorrelációs próba 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.

A KONTROLL DIMENZIÓN VALÓ ELHELYEZKEDÉS HATÁSA A SZÜLÉSÉLMÉNYRE

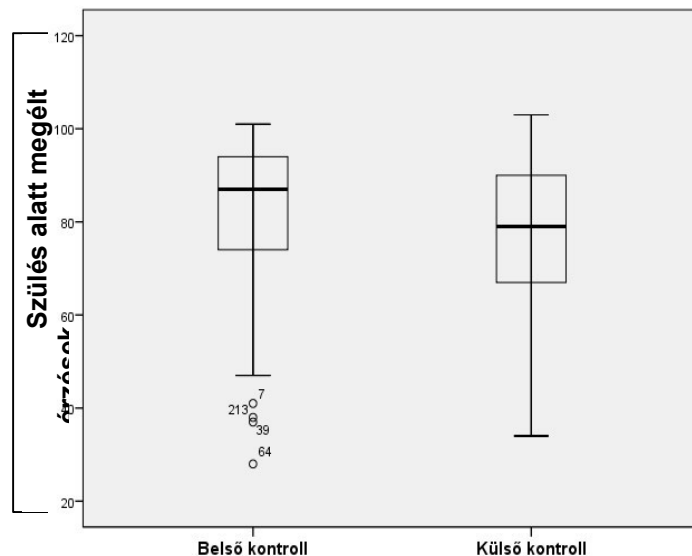
Ezen hipotézisem esetében azt feltételeztem, hogy a belső kontrollal jellemezhető nők pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés közben, mint külső kontrollal társaik. Két csoportot alkottam az I-ECS kérdőíven elért pontszámok alapján; az első csoportba kerültek azok, akik belső kontrollal jellemezhetőek (N=111), a második csoportba pedig azok, akik külső kontrollal (N=149).

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

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

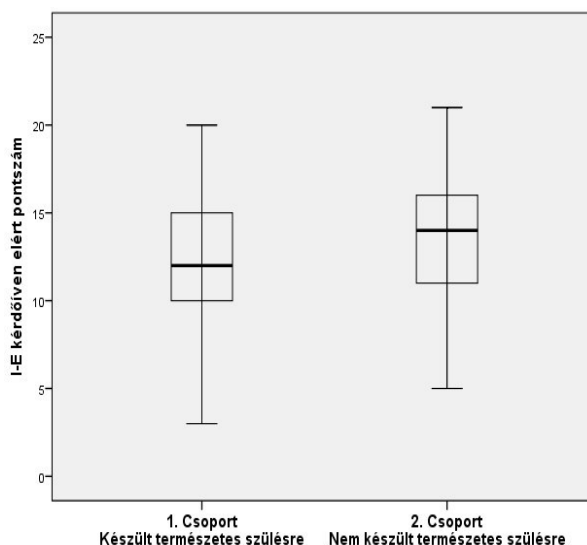
Az elvégzett Mann-Whitney próba eredménye alapján a két csoport között szignifikáns eltérést találtam ($W=117737$; $p=0,004$), amit a 2. Ábrán látható dobozdiagram mutat. Azok a nők, akik belső kontrollal jellemezhetőek, szignifikánsan pozitívabb érzéseket élnek meg a szülés alatt, mint külső

kontrollós társaik.



2. Ábra: A vizsgálati csoportok a szülés közben megélt érzések alapján

A szubjektív szülésélményen (szülés alatt megélt érzelmek) túl a kontroll dimenzión való elhelyezkedéssel összefüggésben a szülés alatti beavatkozások számát is vizsgáltam. Bár azok a nők, akik kontroll dimenzió belső kontrollós oldalán helyezkednek el, készülnek arra, hogy minél természetesebben, beavatkozásoktól mentesen hozzák világra gyermeküket ($W=25546$; $p=0,006$), ahogy ez a 3. Ábrán is látható, azonban a belső, illetve külső kontrollós beállítódás, mint a személyiség egy jellemzője, nem befolyásolta a szülés alatt valóban megtörténő beavatkozások számát, hiszen az elvégzett Mann-Whitney próba nem talált szignifikáns különbséget ($W=9559,5$; $p=0,381$) a beavatkozások számában azok között a nők között, akik sok, kevés beavatkozáson estek át, vagy egyáltalán nem történt semmilyen beavatkozás a szülésük alatt.



3. Ábra: A vizsgálati csoportok az I-ECS kérdőívén elért pontok alapján

KONKLÚZIÓ

A kutatásban olyan tényezőket vizsgáltam a várandósság alatt, melyek hatást gyakorolhatnak a szubjektív szülésélményre, a szülés közben megtapasztalt érzésekre. A mintán elvégzett statisztikai próbák alapján kirajzolódik, hogy a pszichés állapot fontos jellemző a gyermekvárás időszakában, hiszen azok a nők, akiknél alacsonyabb a szorongás mértéke, illetve feltételezhetően nem áll fenn a depresszió veszélye, nagyobb mértékben élnek át pozitív érzéseket a szülésük alatt. A változók között tehát fordított irányú, mérsékelt erősségű kapcsolat mutatkozott. Továbbá a kontroll dimenzión való elhelyezkedés egy olyan személyiségtényező, mely befolyást gyakorol arra, a nő hogyan éli meg szülésélményét. Azok, akik belső kontrollal 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 kontrollal beállítódással bírnak, akik készülnek arra, hogy minél természetesebben, beavatkozásoktól mentesen hozzák világra gyermeküket. Mindennek ellenére a szülés közben valóban megtörténő beavatkozások számát nem befolyásolja, ami valószínűleg a magyar szülészet túlmedikalizált gyakorlatának köszönhető. Gyakran nem hagyják megfelelő ideig külső rásegítés nélkül vajúdni a nőket annak ellenére, hogy a külső beavatkozások, gyógyszeres fájdalomcsillapítás nem ritkán a szándékkal ellentétes hatást vált ki és nem segíti 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 plusz stresszfaktorként adódhatnak hozzá.

A párkapcsolati elégedettség és a szüléssel kapcsolatos attitűdök tekintetében már nem mutatkozott együttjárás a szubjektív szülésélménnyel. Feltételezhetően ennek oka a párkapcsolati elégedettség esetében az lehet, hogy ez egy olyan dinamikusan változó konstruktum, melynek mértéke nincs befolyással egy ilyen jelentős, összetett és nehéz életeseményre, mint a szülés.

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.

A gyakorlati vonatkozás tekintetében az eredmények fényében a várandósság alatt, a szülésfelkészítés során fontos hangsúlyt fektetni a kismama mentális jóllétére, pszichés egyensúlyának fenntartására, 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 kontrollis beállítódás kialakítása, aminek kapcsán a 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 kiegyensúlyozottabb pszichés állapottal és a kompetencia érzésével vághatnak neki a posztnatális időszak kihívásainak, valamint több esély van egy jövőbeli terhesség lehetőségére.

IRODALOMJEGYZÉK

- Almássy Zs. (2014). *Nehézségek a szülővé válás útján: A férfiak depressziójának vizsgálata normatív és paranormatívkrízis 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 nő szerepek és a 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 köldökzsinór*. 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 L. (2022). A szülési fájdalomcsillapítás történetének kezdetei. *Orvosi Hetilap*, 163, (5), 206–208.
- Lakatos Cs., Martos J., Mányai A., Martos T., (2020): Párkapcsolati mintázatok és kapcsolati elégedettség együtt élő pároknál: az Olson-modell ellenőrzése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 21, (1), 56–85. Letöltés dátuma: 2022.03.20. DOI: 10.1556/0406.21.2020.006
- Lefkovics 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. *Mentálhigiéné 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.
- 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.

- Raphael-Leff, J. (1993). *Másállapot*. Shelon Press, London.
- Raffai J. (1997). *Megfogantam, tehát vagyok*. Útmutató Kiadó, Pécs.
- 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 születés körül. Társadalomtudományi vizsgálatok a szülés és születés témakörében*. L'Harmattan, Budapest, pp. 291-313.
- 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.
- Stadelmann, I. (2007). *A bába 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 aszülés 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/szakellatas/fekvobeteg_szakellatas_minosegi_indikator/csaszarmetszesek