

Az anyai szülési stressz biopszichoszociális szemléletű  
vizsgálata a privát szféra, az intimitás  
és a szülésznői támogatás kiemelésével

Doktori értekezés

**Rados Melinda**

Semmelweis Egyetem  
Patológiai tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Mészáros Judit, CSc., professor emerita

Hivatalos bírálók: Dr. Sallay Viola, Ph.D., egyetemi adjunktus  
Dr. Somogyvári Zsolt, Ph.D., főiskolai tanár

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Cseh Károly, DSc., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó, Ph.D.,  
főiskolai tanár

Dr. Erdősi Erika, Ph.D., főiskolai docens

Budapest  
2018

*„A dolgainkban mindig jön egy hullám,  
S a dagály pillanata hoz szerencsét:  
Ha elmulasztjuk, egész életünk  
Megfeneklik a zátonyok között.  
Most felduzzadt tengeren lebegünk,  
Ki kell használni az áramlatot,  
Vagy vállalkozásunk kudarcba fullad.”  
(William Shakespeare: Julius Caesar)*

## TARTALOMJEGYZÉK

TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE.....	7
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	9
1. BEVEZETÉS.....	10
1.1. A stressz definíciója, stresszelméletek.....	12
1.1.1. A „harcolj vagy menekülj” stresszreakció és működése.....	15
1.1.2. A „nyugalom és összetartozás” rendszer és működése.....	16
1.1.3. A szülési stressz.....	17
1.1.4. A szülési stressz forrásai.....	18
1.1.4.1. Endogén eredetű stressz.....	18
1.1.4.2. Exogén eredetű stressz.....	19
1.2. A szülés mint fiziológiai esemény és bizonyos pszichés funkciók támogatása.....	20
1.2.1. A fiziológiai szülés definíciója, a szülési hormonok.....	21
1.2.2. Az oxitocinról előljáróban.....	22
1.2.3. Az oxitocin perifériás és centrális hatása.....	23
1.2.4. A természetesen induló szülés és annak hormonjai.....	25
1.2.5. Az oxitocin hatása szülés során.....	25
1.2.6. A stresszhormonok aktivációja szülés során.....	26
1.2.7. A szülési stresszt csillapító hormonok: a fiziológiai segítség.....	27
1.2.8. Az oxitocin szerepe a szülés után.....	27
1.2.9. A magzatot születése során érő stressz.....	29
1.2.10. Beavatkozásokkal kísért szülés és a megváltozott hormonális működés.....	29
1.2.10.1. A programozott császármetszés.....	30
1.2.10.2. Szintetikus oxitocin a szülés művi indítása vagy gyorsítása esetén.....	30
1.2.10.3. Epidurális analgészia.....	31
1.2.10.4. Szülészeti beavatkozások mint stresszforrások.....	31
1.3. A stressz esetén megjelenő válaszlehetőségek és a fiziológiai vagy beavatkozásokkal kísért szülés kirajzolódó mintázata – részösszefoglalás.....	32
1.4. A szülési fájdalom és a stressz kapcsolata.....	34
1.4.1. Szülési fájdalom.....	34
1.4.2. A fájdalom és a szenvedés megkülönböztetése.....	35

1.4.3. A szülési fájdalom felfogásának és kezelésének klinikai és szülésznői modellje.....	36
1.4.4. Nőközpontú ellátás a fájdalom csillapításában és az epidurális analgémia.....	37
1.5. A szülést támogató fizikai környezet.....	37
1.6. Intimitás és privát szféra a vajúadás és szülés során.....	41
1.6.1. A privát szféra négyféle megközelítésmódja.....	43
1.6.2. Az érintés.....	46
1.6.3. Gaskin: a záróizomtörvény.....	47
1.6.4. Odent: a zavartalan szülés.....	48
1.6.5. Fahy és Parratt szülési territórium elmélete.....	49
1.7. A szociális támasz szerepe a szülési stresszel való megküzdésben.....	51
1.7.1. A társas támogatás elmélet, a társas támogatás puffer hipotézise.....	51
1.7.2. A társas támogatás típusai.....	53
1.7.3. A vajúadás és szülés közbeni szüléskísérői támogatás.....	54
1.7.4. Intimitás a szülésznő-szülő nő kapcsolatban.....	57
1.7.5. A támogató szülésznői viselkedések fajtái.....	57
1.8. További faktorok: felkészülés a szülésre, szabad mozgás- és pozícióválasztás, kontrollézet, tudatosság, elégedettség.....	60
2. CÉLKITŰZÉSEK.....	64
3. MÓDSZEREK.....	69
3.1. A vizsgálat előkészítése.....	69
3.1.1. Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála, CIPS.....	69
3.1.2. Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőív, BANSILQ.....	70
3.1.3. Etikai engedély.....	71
3.2. A vizsgálat lefolytatásának módja.....	71
3.3. A mérőeszközök bemutatása.....	72
3.3.1. Szociodemográfiai adatok.....	72
3.3.2. A vajúadás és szülés során észlelt stressz mérése, PSS-L.....	73
3.3.3. Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála, CIPS.....	74
3.3.4. Támogató szülésznői viselkedésmódok mérése, BANSILQ.....	75
3.3.5. A szülés körülményei.....	76
3.3.5.1. A szülés társas környezete és a támogatás megítélése.....	76

3.3.5.2. <i>A szülés közbeni beavatkozások és más rutinműveletek</i> .....	77
3.3.5.3. <i>A szülésre való felkészülés, szabadság, tudatosság, kontrollérzet, elégedettség, valamint a szülés közbeni biztonság érzésének mérései</i> .....	77
3.3.5.4. <i>Szülési fájdalom és fájdalomcsillapítás</i> .....	78
3.4. A minta bemutatása.....	79
3.5. Elemzések.....	80
4. EREDMÉNYEK.....	82
4.1. Az Észlelt Stressz Skála, Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála és a Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőív jellemzői.....	82
4.1.1. A PSS-L által felmért észlelt szülési stressz.....	82
4.1.2. Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála (CIPS).....	83
4.1.3. A vajúdás közbeni szülésznői támogatás (BANSILQ).....	87
4.1.4. A mérőeszközök közötti összefüggések.....	89
4.2. A szülés társas környezete és a támogatás megítélése.....	91
4.3. A szülés előmozdítása érdekében végzett beavatkozások és más rutinműveletek...92	
4.3.1. Beavatkozások a szülés előmozdítására.....	92
4.3.2. Rutinszerű kórházi eljárások.....	93
4.4. A szülésre való felkészülés, szülés közbeni szabadság érzése, tudatosság és kontrollérzet.....	94
4.4.1. Szülési előkészületek.....	94
4.4.2. A mozgás, pozíció és vokalizáció szabadsága.....	96
4.4.3. Tudatosság és kontrollérzet.....	97
4.5. Elégedettség.....	99
4.6. A fizikai és szociális biztonság és a stressz összefüggései.....	100
4.7. A szülés egyes szakaszaiban tapasztalt fájdalom, epidurális analgészia, stressz és elégedettség összefüggései.....	101
4.7.1. Szülési fájdalom.....	101
4.7.2. Fájdalomcsillapítás epidurális analgésziával.....	102
4.7.3. Alternatív fájdalomcsillapítás.....	103
4.7.4. Az EDA, a fájdalomérzet, az észlelt szülési stressz és az elégedettség kapcsolata .....	104
4.8. A skálák, a kérdőív és az elemzésekből kiemelkedő változók összefüggései.....	106

4.8.1. Korrelációelemzés.....	106
4.8.2. Regressziós elemzések.....	109
4.8.2.1. Regressziós elemzések a stressz vizsgálatára.....	110
4.8.2.2. Regressziós elemzések az elégedettség vizsgálatára.....	112
5. MEGBESZÉLÉS.....	115
5.1. Szülési stressz, intimitás és privát szféra, szülésznői támogatás.....	115
5.1.1. Az észlelt szülési stressz és a szülés alkalmával támogatást nyújtók köre.....	115
5.1.2. A szülési intimitás és privát szféra érzete.....	116
5.1.3. A vajúdás közbeni szülésznői támogatás.....	118
5.1.4. Az észlelt szülési stressz, a privát szféra és intimitás, illetve a szülésznői segítségnyújtás összefüggései.....	120
5.2. A szülés előmozdítása céljából végzett beavatkozások és más rutinműveletek.....	121
5.3. Felkészülés a szülésre, szabad mozgás és pozícióválasztás, kontrollérzet, tudatosság és elégedettség.....	125
5.3.1. Szülésre való felkészülés.....	125
5.3.2. A mozgás, a pozícióválasztás és a hangadás szabadsága.....	125
5.3.3. Kontrollérzet és tudatosság.....	126
5.3.4. Elégedettség.....	128
5.4. A fizikai és társas környezet biztonságának szülési stresszel való kapcsolata.....	129
5.5. A szülési fájdalom, a fájdalomcsillapítás, a stressz és az elégedettség.....	129
5.6. A szülési stressz és az elégedettség alakulásában szerepet játszó legfontosabb tényezők.....	134
5.6.1. A túlzott szülési stressz kialakulásának kockázati tényezői és védőfaktorai..	134
5.6.2. A szülési élményekkel való elégedettség megjelenésének valószínűségét csökkentő és növelő tényezők.....	135
5.7. A kutatás korlátai és erősségei.....	137
6. KÖVETKEZTETÉSEK.....	139
7. ÖSSZEFOGLALÁS - SUMMARY.....	143
8. IRODALOMJEGYZÉK.....	145
9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE.....	160
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	161
MELLÉKLET.....	162

## TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE

### Táblázatok:

1. táblázat – A természetesen felszabaduló oxitocin szerteágazó hatásai.....	24
2. táblázat – A szüléskísérői támogatás módjai.....	59
3. táblázat – A minta szociodemográfiai jellemzői.....	80
4. táblázat – A mérőeszközök leíró statisztikái.....	82
5. táblázat – Az Észlelt Stressz Skála bemutatása.....	83
6. táblázat – A CIPS skála itemeinek bemutatása.....	84
7. táblázat – Exploratív faktoranalízis.....	86
8. táblázat – A BANSILQ bemutatása.....	88
9. táblázat – CIPS, BANSILQ és az észlelt szülési stressz alakulása.....	90
10. táblázat – Szülést előmozdító eljárások alkalmazása és az észlelt szülési stressz alakulása.....	92
11. táblázat – Rutin kórházi eljárások alkalmazása és az észlelt szülési stressz alakulása.....	94
12. táblázat – Szülési előkészületek és az észlelt szülési stressz alakulása.....	96
13. táblázat – A mozgás, a pozíció, a vokalizáció szabadsága és az észlelt szülési stressz alakulása.....	97
14. táblázat – Tudatosság és kontroll-érzet és az észlelt szülési stressz alakulása.....	98
15. táblázat – Elégedettség és az észlelt szülési stressz alakulása.....	100
16. táblázat – Észlelt stressz alakulása a fizikai és szociális biztonság tükrében.....	101
17. táblázat – Epidurális analgészia és az észlelt szülési stressz alakulása.....	102
18. táblázat – Alternatív fájdalomcsillapítók alkalmazása és az észlelt szülési stressz alakulása.....	103
19. táblázat – Fájdalom, elégedettség és stressz alakulása EDA-t kapó és nem kapó nőknél.....	104
20. táblázat – A szülési fájdalom, észlelt stressz és elégedettség korrelációs mátrixa..	105
21. táblázat – Korrelációs mátrix.....	107
22. táblázat – Lineáris regressziós modellek az észlelt stresszre.....	110
23. táblázat – Bináris logisztikus regresszió esélyhányadosai észlelt szülési stressz esetében.....	111

24. táblázat – Lineáris regressziós modellek az elégedettségre.....	112
25. táblázat – Bináris logisztikus regresszió esélyhányadosai az elégedettség esetében.....	113
26. táblázat – Pilot feltáró faktoranalízis eredménye (4. melléklet).....	170
27. táblázat – Ellenőrző faktorelemzés (5. melléklet).....	171

### **Ábrák:**

1. ábra – Többlépcsős lineáris regresszió elemzés útmodell ábrázolása.....	90
2. ábra – A hivatásos és nem hivatásos szüléskísérők támogatása.....	91
3. ábra – Észlelt stressz csoportátlagok ábrája az egyes beavatkozások függvényében.....	93
4. ábra – Szülési előkészületek mintabeli aránya.....	95
5. ábra – Tudatosság és kontrollérzet alakulása százalékban kifejezve.....	98
6. ábra – Elégedettség százalékban kifejezve.....	99
7. ábra – A fájdalomérzet mértéke.....	102
8. ábra – Az elégedettségre befolyást gyakorló tényezők útmodell ábrázolása.....	106



## **RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE**

- ACTH – adrenokortikotrop hormon (adrenocorticotropic hormone)
- ASD – autizmus spektrum zavar (Autism Spectrum Disorder)
- BANSILQ – Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőív (Bryanton Adaptation of Nursing Support in Labor Questionnaire)
- BUDSET – Szülészeti részlegek térbeli megjelenését és berendezését mérő eszköz (Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool)
- CATS – stressz kognitív adaptációs elmélete (Cognitive Activation Theory of Stress)
- CIPS – Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála (Childbirth Intimacy and Privacy Scale)
- CRH – kortikotropin-felszabadító hormon (corticotropin-releasing hormone)
- CTG – magzati szívhang-monitorozás kardiotokegráf által (cardiotocography)
- EDA – epidurális analgészia (epidural analgesia)
- GAS – generális adaptációs szindróma (General Adaptational Syndrome)
- HPA-tengely – hipotalamusz–hipofízis–mellékvese-tengely (hypothalamic–pituitary–adrenal axis)
- IASP – Nemzetközi Fájdalomtársaság (International Association for the Study of Pain)
- IMBCO – Nemzetközi Anya- és Bababarát Szülészeti Ellátásért Kezdeményezés (International MotherBaby Childbirth Organisation)
- NICE – Nemzeti Intézet az Egészségért és az Ellátás Kiválóságáért – Egyesült Királyság (National Institute for Health and Care Excellence)
- NRS – fájdalom mérésére használt Numerikus Értékelő Skála (Numerical Rating Scale)
- PSS – Észlelt Stressz Skála (Perceived Stress Scale)
- PSS-L – Észlelt Stressz Skála vajúdasra és szülésre adaptált változata (Perceived Stress Scale – Labour)
- P-PTSD – Posztpartum poszttraumás stressz zavar (Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder)
- WHO – Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation)

## 1. BEVEZETÉS

Kevés életesemény jár a különböző előjelű érzelmek, a stressz, a szorongás és a fájdalom olyan mértékű intenzitásával, mint a vajúadás és a szülés élménye. A pozitív szülésélmény a nő számára a későbbiekben erőforrássá és énképének integráns részévé képes válni, és befolyásolja – saját és gyermeke testi és pszichés jóllétén keresztül – anyaszerepére való rátalálását, gyermekével való kapcsolatát és további gyermekvállalását is. A negatív vagy akár traumatikus szülésélmény esetében azonban a testi tüneteken túl megnő a pszichés zavarok megjelenésének kockázata, komoly akadályokat gördítve ezáltal a bontakozó anya-gyermek kapcsolat útjába.

Tudományosan bizonyított tény, hogy a szülés fiziológiai folyamata számos hormon bonyolult összjátékának köszönhetően indul meg, válik egyre intenzívebbé, s teszi a nőt élettanilag képessé gyermekének világrahozatalára. Az utóbbi évtizedek epigenetikai, neurobiológiai és hormonális rendszert célzó vizsgálatai azonban rávilágítottak arra is, hogy egyes hormonok, a szülés biológiai folyamataiért felelős perifériás, vagyis testi hatásukon túl, centrálisan, a központi idegrendszerben is kifejtik hatásukat. Ezen folyamatok hormonális szinten képesek szabályozni a vajúadás és szülés alkalmával az anya által átélt stresszt, és ösztönözhetik bizonyos típusú érzelmek, kognitív folyamatok és viselkedések megjelenését. Ezáltal megvetik az alapot az újszülött elkötelezett gondozásához: lehetővé teszik az erős emlékezeti bevésődést, erősítik a gondoskodó anyai viselkedésminták felszínre jutását, vagyis elősegítik a gyermek iránti szoros anyai kötődés kialakulását.

Mérlegelve a pozitív szülésélmény előnyeit az anya egyéni beállítódásaira és ezen keresztül az utódgondozásra, nagy jelentőséggel bír annak tanulmányozása, hogy a vajúadás és szülés folyamata során mely körülmények függenek össze a szülő nő<sup>1</sup> magasabb elégedettségével, illetve a szüléssel mindenképpen együtt járó stressz-szinten felüli, tehát túlzott stressz érzékelésével. A szülés fiziológiai folyamatában ugyanis kikerülhetetlenül benne rejlik a stressz, amely minden esetben próbára teszi a nő alkalmazkodóképességét. A nem támogató társas vagy fizikai környezet, de néha még az olyan tényezők is, mint például a kórházi személyzet számára előírt, a kórházba érkezés

---

<sup>1</sup> A „szülő nő” kifejezést a jelenleg megszokott egybe írott formával ellentétben dolgozatomban külön írom, ezzel is hangsúlyozva a nő aktív szerepét szülésének alakulásában.

után elvégzendő rutinműveletek még tovább növelhetik a kismama stressz-szintjét. A fokozott stressz – a tanulmányok tanúbizonysága szerint – képes leállítani a szülés természetes fiziológiai folyamatát, és magzati distresszhez vezethet. Szülészeti beavatkozások végrehajtásának indokaként pedig éppen ezt a két tényezőt – az elakadt szülési folyamatot és a magzati distresszt – nevezik meg az első két helyen (Stenglin és Foureur 2013).

Az utóbbi évek statisztikai adatai szerint mindeközben a szülészeten világszerte évről évre nő a császármetszések, a mesterséges oxitocin által indított vagy gyorsított szülések száma. A szülési fájdalom csillapítására egyre elterjedtebben alkalmaznak farmakológiai módszereket, miközben háttérbe szorulnak a nem farmakológiai lehetőségek. A szülészeti ellátásban a beavatkozásmentes, saját tempójában zajló, fiziológiai szülés egyre ritkább. Az egyes szülészeti műtétek, beavatkozások száma – a komplikációmentes várandósságot követő magas kockázat nélküli anyák esetében is – nemzetközi szinten hatványozódott az utóbbi évtizedekben. A szülés eseményének mára kialakult medikalizált felfogása rányomja bélyegét a várandós, majd a vajúdo és szülő nő ellátásának minden más vonatkozására is. Szülés előtt álló nők beszámolóiból megtudhatjuk, hogy a nők kétharmada természetes szülést szeretne (Kringeland és mtsai 2010). Céljukat ezzel ellentétben viszont csak töredéküknek sikerül megvalósítani – a vajúdo és szülés során alkalmazott farmakológiai vagy más művi beavatkozások miatt. Ennek hátterében részben az is állhat, hogy a társadalmi szinten megjelenő szülési félelmek következtében legtöbb nő elvesztette magabiztosságát saját testének működését illetően, hogy minden szülészeti intervenció nélkül képes lesz gyermekét megszülni (Romano és Lothian 2008). A vajúdo és szülés során megjelenő stressz megakaszthatja a szülés természetes folyamatát – és valóban komolyabb beavatkozások elvégzését teheti szükségessé. Ezért rendkívüli – a nő stressz-szintjét optimalizáló – hatással bír ebben folyamatban a megnyugtató közvetlen környezet biztonsága, átláthatósága és talán a legfontosabb tényező: a kórházi személyzet nőt támogató, bátorító attitűdje.

A szülés eseményének vizsgálata általában leginkább rövid távon értékeli a szülés kimenetelét, a mortalitás és morbiditás kérdéseit tartva szem előtt. Ezáltal rejtve maradnak a szülés eseményének sokrétű történései és azok anyára, gyermekére és kettejük kapcsolatára kifejtett hosszú távú hatásai. Disszertációm fókuszában éppen ezért a vajúdo és szülő nő áll. A szülés több szálon futó eseményeit biopszichoszociális

keretben igyekszem megvizsgálni, vagyis az orvosi, élettani történéseken túl a pszichológiai és a társas környezeti szempontokra is figyelni kívánok, sőt a szülés körülményeinek és az alkalmazott eljárásoknak mindezekre gyakorolt hatásaival is foglalkozom.

Először tehát tézisemben a stressz témáját járom körül, annak a szervezetre kifejtett hatásait, a stressz esetén működésbe lépő automatikus stresszválaszt, és egy másik válaszlehetőséget, amely az endogén oxitocin hormon központi szerepére hívja fel a figyelmet. Ezután a természetes úton lezajló fiziológiai szülés hormonális hátterét foglalom össze, illetve azt, hogy az egyes gyakran alkalmazott szülészeti beavatkozások – mint például a császármetszés, a szintetikus oxitocin használata és a fájdalom csillapítására elterjedten használt epidurális analgészia – kutatások bizonyítéka szerint milyen módon avatkoznak be a szülés természetes hormonális folyamataiba. A nő emocionális élménye, az általa megélt stressz emellett megváltoztathatja fájdalmának érzetét és vajúadásának további alakulását is (Romano és Lothian 2008), ezért következőként a szülési fájdalom kérdéskörét tárom fel. A biztonságot és nyugalmat biztosító környezet, szóhasználatom szerint a „privát szféra” jelentősége döntő tényező a nő szülési élményének alakulásában, ezért az ennek mérésére általam kifejlesztett kérdőívhez elméleti és gyakorlati hátteret adó szakirodalom ismertetésével folytatom. Az irodalmi áttekintést a szülésznői támogató viselkedés jelentőségének és módjainak bemutatásával zárom. Dolgozatom további részében a kismamák körében végzett kutatásomat és az általam kapott eredményeket ismertetem. Ennek során fel kívánom tárnai, hogy mely tényezők mutatnak szoros összefüggést a kismamák stresszélményével és utólagos elégedettségével, valamint hogy milyen feltételek támogatják leginkább az anya számára a biztonságos és kielégítő szülésélményt.

## **1.1. A stressz definíciója, stresszelméletek**

Sok tudományág foglalkozik kiemelten a stressz vizsgálatával, ilyenek például a pszichológia, a neuroendokrinológia, az általános medicina, a szociológia, az antropológia, az ápolás és a szülészet-nőgyógyászat tudománya. A stressz fogalmát tekinthetjük úgy, mint az egyes diszciplínákon átívelő, azok között közös kapcsolódási

pontot jelentő entitást. A tézisemben ismertetett sokféle kutatási terület integrációjával lehetővé válik, hogy átfogóbb képet kapjunk a szülési stressz élményének teljességéről.

A köznyelvben a stressz az egyén túlzott testi vagy pszichés megterheléseként használatos. Akkor jelentkezik stressz, ha az egyén úgy értékeli, hogy egy adott szituáció fenyegetést jelent számára, és nem rendelkezik a megküzdéshez megfelelő erőforrásokkal (Cohen és McKay 1984). Walter Cannon elmélete alapján az élet a dinamikus egyensúlyi állapot, vagyis a homeosztázis által valósul meg, amelyet állandóan különböző stresszorok állítanak kihívás elé. Véleménye alapján a stressz fiziológiai szinten a szervezet homeosztázisát veszélyezteti (Cannon 1939 idézi Lazarus 1993a).

Selye János (1976) szerint a stressz a szervezet nem specifikus reakciója minden olyan ingerre, amely kibillentí eredeti egyensúlyi állapotából és alkalmazkodásra kényszeríti. Elmélete szerint annak ellenére, hogy a stressz számos forrásból származhat, mégis biológiai szinten azonos stresszválaszt vált ki. A *általános adaptációs szindróma* (General Adaptational Syndrome – GAS) elnevezés tulajdonképpen erre utal. Ennek három szakaszát különböztetjük meg: az *alarm*, vagyis a riasztás szakasza, ezt követi a *rezisztencia*, azaz az ellenállás fázisa, és ha a stressz tartósan fennáll, a szervezet erőforrásainak *kimerüléséhez* vezet. Selye állítása szerint a stressz szükséges az egyén fizikai és pszichológiai fejlődéséhez és nélkülözhetetlen az élet különböző kihívásainak sikeres leküzdéséhez. Ezenkívül hangsúlyozza, hogy a stressz nemcsak káros lehet, hanem létezik olyan pozitív stresszállapot – az *eustressz* –, amely mint egy kihívás inkább ösztönzőleg hat az egyedre, egyénre.

A *stressz kognitív adaptációs elmélete* (Cognitive Activation Theory of Stress – CATS) a stresszreakció létrejöttében az egyén központi szerepét kiemelve a kognitív értékelés jelentőségét hangsúlyozza (Ursin és Eriksen 2004). A kognitív értékelés tulajdonképpen az egyén sajátos szituációészlelését, annak minősítését és szituációra vonatkozó döntéseit takarja. Ezen túl felhívja a figyelmet arra, hogy a „stressz” fogalma négyféle aspektust egyesít magában. Ezek a stressz ingerei, a stressz tapasztalata, az általános és nem specifikus stresszválasz és magának a stresszválasznak a tapasztalata. A CATS elmélete alapján akkor lép fel riasztás a szervezetben, ha az egyén diszkrepanciát talál aközött, „aminek kellene lennie” és „ami ténylegesen van”. Maga az alarm specifikus viselkedéseket aktivál a szituációval való megküzdéshez.

Lazarus és Folkman a stresszt az egyén és környezete kapcsolatában létrejövő zavarként értelmezi, amely tulajdonképpen nem maga az inger vagy az arra adott válasz, hanem maga a dinamikus folyamat; vagyis a stressz a személy és környezete közti tranzakcióban nyilvánul meg (Folkman és Lazarus 1985, Lazarus 1993b). Hangsúlyozzák emellett a helyzetek egyedi kognitív értékelésén keresztül azok személyes jelentésének szerepét. Az egyén *megküzdése* révén próbálja a környezetében jelentkező zavart elhárítani, vagyis a stresszel megküzdeni. *Kognitív értékelés elméletükben* megkülönböztetik a megküzdésben az elsődleges és a másodlagos értékelési folyamatokat. Az egyén az őt körülvevő helyzet *elsődleges értékelése* során megállapítja, hogy az adott helyzet veszélyt hordoz-e magában vagy sem. Ha úgy ítéli, hogy a szituáció veszélyes számára, akkor a *másodlagos értékelés* során számot vet saját – a szituáció megváltoztatására mozgósítható – erőforrásaival. E két értékelési folyamat függvénye lesz tehát, hogy milyenfajta és milyen erős érzelmeket élünk át és milyen megküzdési módot választunk. Fontos szerepet játszik az is, hogy az egyén mennyire ítéli a stressz forrását kontrollálhatónak, mennyire tudja azt befolyásolni, illetve, hogy milyen mértékben tudja megjósolni annak leendő bekövetkeztét. Lazarus szerzőtársával együtt arra hívja fel a figyelmet, hogy a személy emocionális állapotait, stresszhelyzettel való megküzdését és megküzdésre használt forrásait nem statikus struktúrákként, hanem azok folyamatosan változó és bontakozó viszonyaként kell elképzelnünk (Folkman és Lazarus 1985). Csak így vagyunk képesek megragadni, hogy az adott személy egy adott pillanatban valóban hogyan érez. Lazarus (1993a) vitatja Selye általános adaptációs szindróma elméletét, miszerint a szervezet fiziológiai és pszichológiai szinten is ugyanazon módon reagál túlzott megterhelés esetén, vagyis a stresszválasznak – véleménye szerint – különböző módozatai létezhetnek.

Lazarus alapvetően kétféle megküzdési módot ír le: a *problémafokuszú* és az *emóciófokuszú* módot. Az egyén problémaorientált megküzdése során erőfeszítései közvetlenül a stresszort célozzák meg, annak interperszonális vonatkozásaival együtt, míg emócióorientált megküzdése során a stressz saját emóciós, vagyis érzelmi válaszát igyekszik szabályozni. Elméletében a szociális támogatás szorosan összefügg a megküzdéssel, és egyfajta mediátorként működik a stressz és a személy egészsége között (Folkman és Lazarus 1985).

Az eddigiek alapján megállapíthatjuk, hogy maga a stressz nem kizárólagosan a stresszor jellemzőinek függvénye, hanem sok múlik az egyén sajátos érzelmi folyamatainak és kognitív értékelésén. Vagyis nagy különbségek lehetnek az emberek között a tekintetben, hogy egyes szituációkat megterhelőnek tartanak-e vagy sem, és hogyan ítélik meg saját képességeiket a szituációval való megküzdés során. Selyére visszautalva, a stressz tehát szükséges a fejlődésünkhöz, de a túlzott mértékű vagy túl hosszú ideig fennálló megterhelés káros fizikai és pszichológiai következmények, betegségek kialakulásához vezethet. Ha azonban egy ilyen nehéz szituációban mégis sikeresen megküzdünk a helyzet kihívásaival, az bizonyára növeli kompetenciánkat, énhatékonyságunk élményét és kontrollérzetünket.

A stresszkeltő helyzetekben komoly megküzdési forrást jelent az egyén számára szociális környezete. A társas támogatás elméletét, illetve a társas támogatás puffer hipotézisét egy későbbi, külön ezt tárgyaló fejezetben mutatom be.

### **1.1.1. A „harcolj vagy menekülj” stresszreakció és működése**

Ha életünket, jóllétünket valami veszélyezteti, egy automatikus testi reakció aktiválódik. Ez a komplex válasz leírójáról a Cannon-féle vészreakció nevet kapta, de ismert úgy is, mint a „*harcolj vagy menekülj*” (*fight or flight*), illetve az „üss vagy fuss” stresszreakció. Lényege, hogy minden lehetséges módon mozgósítsa a szervezet erőit a sikeres küzdelemre vagy a menekülésre. Képesé tesz minket arra, hogy a veszéllyel szembenézzünk és a kesztyűt felvéve harcoljunk, vagy gyorsan elmeneküljünk. E reakció során többféle hormon – elsődlegesen katekolaminok (különösen az adrenalin), majd ennek következtében az adrenokortikotrop hormon (ACTH) és a kortizol – kiválasztódása fokozódik. E hormonok összjátéka különféle testi változásokat idéz elő. A stresszválasz a szimpatikus idegrendszer aktivitásán keresztül a test teljes egészére kiterjed, közvetve vagy közvetlenül minden szerv működésére befolyást gyakorol.

A vérkeringésben és a szív működésben azonnali változások következnek be: a szívfrekvencia megemelkedik, miáltal megnő a vérnyomás. Változik a vér elosztása is, méghozzá úgy, hogy elsősorban a vázizmokba áramlik. A pupilla kitágul, a nyáleválasztás és a verejtékezés fokozódik. Minden a gyorsabb, erőteljesebb mozgást, a jobb érzékelést szolgálja. Az általános szimpatikus tónus fokozódása mellett a

paraszimpatikus működések háttérbe szorulnak. A hasi belső szervek vérellátása csökken, ami által működésük is a minimumszintre csökken, az emésztés gyakorlatilag szünetel.

A „harcolj vagy menekülj” stresszreakció túlélésünk szempontjából egyértelműen hasznos, tehát evolúciós szempontból nézve rendkívül adaptív testi reakció. Ez a fajta reakció minden állatnál megtalálható – bár más-más formában. Az utóbbi évszázadokban, évezredekben azonban jelentősen megváltozott a stresszor jellege. Míg korábban a stressz-szituációk általánosan fizikai jellegűek voltak, manapság a pszichológiai jellegű stresszorok kerültek túlsúlyba, ráadásul nagyon gyakoriakká váltak. Az evolúció során kialakított stresszválasz fiziológiai megnyilvánulásaira manapság ritkán van szükség. A stresszt kiváltó szituációk átrendeződése miatt többnyire nincs szükség arra a nagy fizikai erőfeszítésre, amelyre testünk ilyenkor felkészül. Nemcsak egyszerűen felesleges ez az aktiválódás, de káros is. A túl gyakori készültégi állapot szervezetünk energiáinak kimerüléséhez vezet, és egyre többen szenvedünk valamilyen stressz okozta tünetegyüttes megjelenése miatt. Az evolúciós örökségünket nem tudjuk „elfelejteni”, a stresszt nem tudjuk elkerülni, de célunk lehet, hogy megtaláljuk azokat a módszereket és helyzeteket, amelyek segítségével testünk ellazulhat és feltöltődhet.

### **1.1.2. A „nyugalom és összetartozás” rendszer és működése**

Az ember mint szociális lény evolúciója során mindig is erős köteléket alakított ki más egyedekkel. Veszéllyel találkozva, közösen hatékonyabban küzdöttek meg a veszély forrásával, sőt védelmet és gondoskodást nyújtottak egymás számára, ami segítette stresszel való megküzdésüket. Uvnäs-Moberg (2003) svéd kutató felhívja a figyelmet arra, hogy nem elég csak molekuláris szinten vizsgálnunk az ember fiziológiai és hormonális működésével kapcsolatban, hanem a tágabb értelmezést kell keresnünk. Ha ugyanis az idegek és hormonok működésének mintázatait tartjuk szem előtt, akkor kitarul előttünk egész rendszerszerű működésük. Így fedezte fel a „nyugalom és összetartozás” rendszert (‘calm and connection system’), és vetette meg a további ilyen irányú kutatások alapját. A korábban már ismert „harcolj vagy menekülj” rendszert ugyanis ki kell egészítenie egy, a szervezet feltöltődéséért, megnyugvásáért, gyógyulásáért és a szociális kapcsolódásért felelős „nyugalom és összetartozás” rendszernek. Ez utóbbi segít nekünk, hogy optimista és kreatív módon élvezhessük az



életet, és ha kell, teljes figyelemmel, koncentrációval tanulhassunk, fejlődhessünk. Ebben a rendszerben nagy hangsúlyt kapnak az érzékszervek segítségével felfogható érzékletek, amelyek közül kiemelkedik a tapintás, a további bőrérzékletek, valamint a szaglás. Működése során nagy hangsúlyt kap a másokhoz való kapcsolódási igényünk is, ami mások jelenlétének, támogatásának keresésével könnyíti meg a stresszhelyzetekkel való megküzdést (Uvnäs-Moberg 2003). A stressz esetén aktiválódó „harcolj vagy menekülj” rendszer és a „nyugalom és összetartozás” rendszer egymással egyensúlyban tartják fenn a szervezet jóllétét, vagyis együttesen biztosítják az életben maradás feltételeit.

A svéd kutatónő a „nyugalom és összetartozás” rendszer működésének hátterében fiziológiai szinten legfontosabb hormonnak az oxitocint nevezi meg. Az oxitocin működteti ezt a rendszert, ugyanis férfiak és nők szervezetében egyaránt felszabadul szereteteli, kellemes meleget árasztó kontaktus és érintés során és másokkal való törődésünk alkalmával is.

### **1.1.3. A szülési stressz**

Annak ellenére, hogy a várandósság és a szülés normál fiziológiai folyamatok, vizsgálatok bizonyítéka szerint nagy a prevalenciája a szüléssel kapcsolatos erős félelmek megjelenésének (Zar és mtsai 2001).

A várandósság időszakát és a szülést szokás normatív krízisnek nevezni (Erikson 1950 idézi Cseh és Rigó 2015, Varga és Suhai-Hodász 2002), amely a nő részéről fokozott alkalmazkodást igényel. A megfelelő alkalmazkodás, vagyis a krízis megoldása a nő személyiségének fejlődéséhez, anyaszerepének kialakulásához és integrálódásához vezet, nem megfelelő kimenetel, sikertelenség esetén viszont a krízis fennmarad, további testi vagy pszichés tünetek kialakulásának forrása lehet (C. Molnár 1996, Lukács 2008).

A *szülési stressz* Wijma és munkatársai (1998) megfogalmazásában az anyáknál a vajúadás és szülés folyamán tapasztalt fájdalom és félelem miatt jelenik meg. Mindezek mellett zavar léphet fel az egyéni fájdalom és aggodalmakon túl mind a szülés társas, mind fizikai környezetében és a szülés során gyakran rutinszerűen alkalmazott vizsgálatok, beavatkozások során is. A szülési stressznek azonban ki kell terjednie minden, a szülés során megjelenő endogén vagy exogén forrásból származó stresszre. Selyére visszautalva azonban megállapíthatjuk, hogy a szülési stressznek lehet pozitív

oldala is, amely az izgatottsággal és a várva várt gyermek megszületése iránti vágyakozással kapcsolatos.

A perinatális időszak előhívhatja a nő magával, a gyermekkel és a szülés eseményével kapcsolatos aggodalmait. Amíg azonban a nők megközelítőleg 80%-a által átélt enyhe aggodalmat akár normálisnak és adaptívnek tekinthetjük, mert a kétely és a belső bizakodás segíthet a megfelelő felkészülésben és a belső energiák mobilizálásában (Saisto és Halmesmäki 2003, C. Molnár 2005), addig a nők 6–10%-ának félelme olyan szélsőséges, hogy az diszfunkcionális és romboló. Az elhúzódó és kontrollálhatatlan aggódás klinikai értelemben vett szorongást jelezhet, és szorongásos zavar vagy posztnatális depresszió kialakulásához vezethet (Austin és mtsai 2007).

A nő várandóssága során megélt stresszt összefüggésbe hozták a várandósság alatti és szülési komplikációkkal, az idő előtti szüléssel, a nagyobb arányú szülészeti beavatkozással és a sürgősségi vagy elektív (választható) császármetszéssel (Bewley és Cockburn 2002, Johnson és Slade 2002). Az újszülöttek esetében pedig megfigyelték, hogy a korábbiak következtében alacsonyabb súllyal születnek, a csecsemő viselkedése nagyobb valószínűséggel lesz bizonytalan és nyugtalan, valamint növekedése és kognitív fejlődése a későbbiekben lassabb ütemű (Brouwers és mtsai 2001, Stanton és mtsai 2002). A szülés alatt átélt rendkívül magas stressz a vér katekolaminszintjét emelve szignifikánsan gyakoribbá teszi a magzati oxigénhiányos állapot kialakulását.

#### **1.1.4. A szülési stressz forrásai**

##### ***1.1.4.1. Endogén eredetű stressz***

Az ilyenfajta negatív, kellemetlen stressz belső oka az erős méhösszehúzódások okozta szülési fájdalom, a saját, illetve a magzat jólléte miatti szorongás, az emocionális megterhelés, illetve az anya saját képességébe vetett hitének hiánya, hogy gyermekét saját testére hagyatkozva, külső beavatkozástól mentesen meg képes szülni (Melender 2002b, Saisto és Halmesmäki 2003). Szeverényi és munkatársai (1998) vizsgálati eredményei szerint a nők leginkább a még meg nem született gyermek egészsége és az esetleges veleszületett rendellenességek miatt aggódnak.

A szüléssel kapcsolatos félelmeket tovább oszthatjuk személyes és külső környezetet érintő félelmekre (Fisher és mtsai 2006). A *személyes félelmek* sorában a nők

gyakran aggódnak amiatt, hogy a szülési szituációban elveszítik személyes kontrolljukat. Saisto és Halmesmäki (2003) vizsgálatában *a társas környezetet érintő félelem* háttérben a leggyakoribb ok a szülészeti személyzet iránti bizalom hiánya volt. Egy másik kutatás szerint a finn nők a barátságtalan személyzet miatt aggódtak, és hogy egyedül hagyják őket, illetve amiatt, hogy majd ostobának tűnnek és nem vonják őket be a döntések meghozatalába (Melender 2002a).

Mindezek a szülés természetéből eredő, *endogén (belső forrásból származó) stressznek* tekinthetők. Érdeemes megjegyezni, hogy az endogén stressz forrásainak egyéni megélése nagyon eltérő lehet a szituáció fizikai és szociális vonatkozásainak tükrében. Ha támogató a szülés helyszíne és a szülést kísérő személyek hatékony pszichés támaszt jelentenek a szülő nő számára, a nők a fájdalmat és a félelmet kedvezőbben ítélik meg.

#### **1.1.4.2. Exogén eredetű stressz**

Szülés közben számos *exogén*, vagyis az anya külső környezetéből származó *stresszforrással* is találkozhatunk az esetleg felmerülő anyai és magzati komplikációk mellett. Ebbe a környezetbe a szociális (társas) és a fizikai faktorok, valamint az egyes beavatkozások egyaránt beletartoznak. A stressz élményét jelentősen befolyásolja a szülő nő társas környezete, és az, hogy milyen mértékű professzionális vagy laikus szüléskísérői támogatásban részesül.

Mint ahogy a szülések általános helyszíne manapság a kórház, elsődlegesen a kórházi szülőszoba épített környezetével kell foglalkoznunk. Az utóbbi évtizedekben a szülőszobák kinézete nagyrészt megváltozott. A többágyas szülőszobákat felváltották az egyszemélyes szülőszobák, amelyeket otthonosságot sugárzó elemekkel – például kényelmesebb bútorokkal, kellemes falszínekkel, képekkel – egészítették ki. Ezeket a változásokat a nők is örömmel fogadták. Az új körülmények bizonyára az általuk megélt stresszre is kedvező hatást gyakorolnak. Általánosságban megállapíthatjuk, hogy a nők preferálják az otthonosan kialakított szülőszobákat és ott inkább biztonságban érzik magukat, mint a klinikai kinézetű ridegebb helyiségekben (Fahy és Parratt 2006, Stenglin és Foureur 2013). A szociális környezetből fakadó stressz az anya emocionális állapotaira nem érzékeny szüléskísérői magatartás miatt, a lelki támasz biztosítása, a biztatás és a privát szféra hiánya (például túl sok ember jelenléte a szülőszobán) okán merülhet fel. A

szülészobai épített környezet és a különböző dizájnelemek anyai élményekre kifejtett hatására, illetve a szociális támogatás jelentőségére lejjebbi fejezetekben térek ki részletesen.

Az exogén eredetű stresszorok sorában meg kell említeni a különféle beavatkozásokat is. Az előkészítésként végrehajtott beöntés és borotválás, a rutinszerűen bekötött infúzió, a vajúdás és a kitolás során végig felszerelt magzati szívhangvizsgáló (kardiotokográf – CTG) eszköz, a gyakori vaginális vizsgálat és minden egyes, a szülés természetes lefolyásába való külsődleges beavatkozás (Rados és mtsai 2015) – mind különféle mértékben stresszt váltanak ki. Természetesen egyes beavatkozások elengedhetetlenek a magzat és az anya egészsége érdekében, de az indokolatlan használatuk felesleges stresszt és megküzdési kényszert jelent a szülő nőnek, aminek nem várt emocionális és visszacsatolások révén fiziológiai hatásai lehetnek magára a szülés lefolyására.

## **1.2. A szülés mint fiziológiai esemény és bizonyos pszichés funkciók támogatása**

Az ember idegi és hormonális működésének feltárását célzó legújabb kutatásoknak és a pszichológia, szülészet területén felhalmozott tudásnak köszönhetően a várandósságról, a vajúdról, a szülésről és a posztpartum időszakról egyre sokrétűbb tudás bontakozik ki. Ezek a kutatások arra engednek következtetni, hogy az agyi struktúrák perinatális időszak során bekövetkező változásai, illetve a különféle hormonális hatások mind az anya fiziológiai, emocionális és viselkedéses adaptációját hivatottak támogatni szülővé válása során. Tudvalevően az emberi újszülött rendkívül gyámoltalan, és életben maradásához a szülők hosszantartó, elkötelezett gondoskodása nélkülözhetetlen (Bereczkei 2003, Varga 2015). Fontos kiemelni tehát azt a tényt, hogy a kitartó szülői gondoskodást, a szülés lezajlását, valamint a szoptatást a háttérben ugyanazon neurokémiai folyamatok irányítják. Ennek szellemében Varga megállapítja, hogy kedvező esetben „nem történhet olyan szülés (változás a periférián), amihez ne társulna megfelelő pszicho-emotív háttér is egyben” (Varga, 2015 71.o.). A perinatális időszak kiemelkedő eseménye a szülés, amely ha zavartalanul, a maga tempójában zajlik, hormonok sokaságát aktiválja egy meghatározott mintázat szerint.

A szülés azonban a fiziológiai folyamaton kívül pszichoszociális folyamat is egyben, amelyet az egyes szakaszaiban a testi folyamatokon kívül egymástól jól elkülönülő és minőségében eltérő érzelmek, gondolatok és ösztön irányította viselkedések kísérnek (Dixon és mtsai 2013). Az anya által átélt érzelmek bizonyos viselkedéses válaszokat is facilitálnak. Az emlősállatoknál egyértelműen azonosítható a szülés után álló anyák esetében olyan viselkedések sora, amelyek mind segítik egy erőteljes kapcsolat kialakulását anya és gyermeke között, így növelve az utód túlélési esélyét és későbbi életfeltételeit. Feltételezhetjük, hogy az emberek esetében az anyai affektív és mentális állapotok, valamint viselkedések hátterében szintén hasonló fiziológiai folyamatok bújnak meg (Leckman és mtsai 2004).

A nő hormonális rendszere és idegrendszere eredendően a szülés megfelelő lefolyását hivatott támogatni. A fokozott stressz azonban, a *hipotalamusz–hipofízis–mellékvese-tengely (HPA)* aktivitásán keresztül hatva, oly mértékben megemelheti a kortizol és a katekolaminok (adrenalin, noradrenalin) szintjét, hogy az már megzavarhatja az adaptív neuroendokrin folyamatokat.

### **1.2.1. A fiziológiai szülés definíciója, a szülési hormonok**

A humán fiziológia legújabb felismerései alapján a terhesség, a vajúdás és a szülés, sőt a csecsemő gondozásának időszakát egységes fiziológiai folyamatként kell elképzelnünk (Dixon és mtsai 2013). Fontos tisztáznunk, hogy mit is értünk *fiziológiai, vagyis élettani szülés* alatt. E tekintetben is számos eltérő véleménnyel találkozhatunk, de talán a legpontosabban akkor fogalmazzunk, ha az olyan, természetes úton lezajló születeket nevezzük annak, amelyek külső beavatkozástól mentesen zajlanak le. A spontán vajúdással megindult természetes szülés során számos, az anya és a magzat szervezete által termelt hormon szintje megemelkedik. Ezek egymással bonyolult interakciók révén és számos visszacsatoláson keresztül fejtik ki sokrétű hatásukat.

A perinatális időszak alatt rengeteg hormon lép működésbe: ilyenek többek között a *szteroid hormonok, neuroszteroidok, prolaktin, oxitocin, vazopresszin, katekolaminok és endorfinok*. Tézisemben nem is kívánok minden, a perinatális szakaszban fontos hormonra és annak hatásaira kitérni. Elsősorban a választott témám alapján legfontosabb

hormonokra, az oxitocinra és a stresszválasz kialakításában szerepet játszó hormonokra koncentrálok.

A *hormonok* mint kémiai üzenetközvetítő anyagok a vér segítségével a testen belül gyakorlatilag mindenhová eljutnak, és célzottan ott fejtik ki hatásukat, ahol a sejtek felszínén felfogásukra alkalmas receptorokat találnak. A központi idegrendszer éppúgy lehet forrása bizonyos hormonszerű anyagoknak, mint ahogy a hormonális hatások célszerve is. Az agyban kiválasztódó neurohormonok az agy neuronjaira és még egyéb célhelyekre jutnak el a véráramon keresztül, és elsődleges hatásukon túl különböző pszichoemocionális faktorok és viselkedések ösztönzésével járulnak hozzá a szervezet megfelelő fiziológiai adaptációjához. A hormonok, amelyek várandósság, szülés és a posztpartum időszak alatt működnek, fiziológiai szinten a vajúdas és szülés élettani lefolyását segítik elő, míg az egész perinatális időszak során emocionális, kognitív és viselkedéses szinten is elősegítik az anya és az újszülött megfelelő alkalmazkodását. Azaz ideális esetben a hormonális „milió” az anya és gyermeke számára egy kedvező, támogató belső környezetet teremt szoros kapcsolatuk kibontakozásához (Dixon és mtsai 2013).

### **1.2.2. Az oxitocinról előljáróban**

Az *oxitocin*, mint tudjuk, központi szerepet játszik a szülés folyamatában. Az oxitocin általános hatásainak ismertetése után annak szerteágazó hatásmechanizmusait mutatom be a legfrissebb kutatások tükrében.

Az oxitocin és a másik, szintén az agyalapi mirigy hátsó lebenyében tárolt fehérjetermészetű hormon, a vazopresszin molekuláris szerkezetét az elsők között határozták meg, már az 1950-es években (Uvnäs-Moberg 2003). Mindkét fehérje evolúciós értelemben konzervatív, vagyis aminosavsorrendjük évmilliók óta lényegében változatlan formában van jelen az emlősökben. Ez jól bizonyítja, hogy mindkét fehérje alapvető fontosságú mind az állatok, mind az emberek jelátviteli mechanizmusában. A központi idegrendszerben termelődő hormonok, így az oxitocin is kiemelkedik a hormonok közül: visszacsatolási mechanizmusok segítik, hogy az oxitocintermelő sejtek mind bejövő, mind kimenő információcserét bonyolítsanak le a körülvevő környezettel (Uvnäs-Moberg 2003). Az oxitocin a hipotalamuszban, annak supraoptikus és paraventriculáris magjaiban termelődik, majd vagy közvetlenül a központi

idegrendszerben fejt ki hatását, vagy az agyalapi mirigy hátulsó lebenyében tárolódik, ahonnan szükség esetén a véráramba kerül.

### **1.2.3. Az oxitocin perifériás és centrális hatása**

Az oxitocin először úgynevezett *perifériás* hatásai, vagyis a szülés közben kifejtett méhösszehúzó és a szoptatás során betöltött szerepe miatt került a figyelem középpontjába. Csak jóval később fedezték fel, hogy *centrálisan*, vagyis az agyban neurotranszmitterként vagy neuromodulátorként is funkcionál. Még hozzá olyan agyterületeken fejt ki hatását, amelyek részt vesznek az emberi emocionális, motivációs, társas, kogníciós és viselkedési funkciók megalapozásában, azok alakulásában, és elősegítik az anya babára hangolódását (Kendrick 2000). A periférián ható oxitocin a véráramon keresztül fejt ki hatását a periférián, a centrálisan ható oxitocin a cerebrospinalis folyadékban keresztül jut el a célszervhez, az agyhoz. Fontos megjegyeznünk, hogy a centrálisan és perifériásan ható oxitocin mérései között csak csekély az összefüggés, így is alátámasztva azt a tényt, miszerint a véráram és az agy között egyfajta gát létezik (*vér-agy gát*), ami miatt a vérben keringő oxitocin az agyra nem képes hatást kifejteni (Gialloreti 2014, Varga 2011).

Míg a humán kutatások az elmúlt évtizedekben javarészt az oxitocin perifériás hatásaival foglalkoztak, számos állatkísérletes adat gyűlt össze az oxitocin agyban kifejtett hatásairól. Az utóbbi időkben a figyelem azonban az emberi központi idegrendszerre érintő hatások felé fordult. A társas viselkedésre kifejtett hatásokat vizsgáló kutatások rámutatnak, hogy az oxitocin fontos szerepet játszik a *proszociális és affiliatív viselkedések alakulásában* (McKinnon és mtsai 2014, Feldman 2007, De Dreu 2012). A centrális hatású oxitocin elsődlegesen a társas affiliációra hat serkentőleg, azaz a társas kapcsolataink alakításában támogat minket. Ma már bizonyított tény, hogy felnőttkorban a szeretetteli kontaktus és szexuális aktus során mindkét nemből egyaránt felszabadul, és növeli a társak összetartozás-érzését, a felek között kialakuló kötődést (Uvnäs-Moberg 2003). Ezenkívül fontos az oxitocin megfelelő koncentrációban való jelenléte a bizalomteli kapcsolatok során barátok között és azokban az egyéb esetekben is, amikor társas támaszra van szükségünk (Olf és mtsai 2013). A kutatások összefüggésbe hozták a megfelelő oxitocintermelődést olyan, a kötődéshez szorosan kapcsolódó fogalmakkal,

mint az empátia, a közelség keresése és az emberek közt kiépülő bizalom; illetve azon képességünkkel, hogy mások viselkedésének hátterében különböző elme-, illetve érzelmi állapotokat feltételezünk (theory of mind; McKinnon és mtsai 2014, Grewen és mtsai 2005).

Az oxitocin *affektív hatásait* vizsgáló kutatások bizonyítéka szerint a vér magasabb oxitocinszintje összefügg a pozitív társas érzelmekkel és az alacsonyabb szorongással (Nissen és mtsai 1998). Affektív folyamatokban elsődlegesen a félelem és a stressz csökkentésében játszik alapvető szerepet (1. táblázat). Az oxitocin felszabadulása stresszhelyzetben annak kedvez, hogy a stressz esetén gyakran megjelenő, a szimpatikus idegrendszer aktivációját kiváltó „harcolj vagy menekülj” válaszlehetőség helyett inkább a „nyugalom és összetartozás” válaszrendszer jusson előnyhöz, és a társak segítő, támogató magatartása segítségével csökkenjen a szervezet stressz-szintje (Uvnäs-Moberg 2003).

1. táblázat – A természetesen felszabaduló oxitocin szerteágazó hatásai

<p><b>Az oxitocin perifériás hatásai</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fontos szerepe a vajúdási folyamat beindításában</li> <li>• Szülés során méhösszehúzóadásokat vált ki</li> <li>• Nyugodt körülmények között megjelenő magzatkilökő reflex (fetal ejection reflex) kiváltása</li> <li>• Támogatja a méhlepény távozását</li> <li>• Szoptatás során beindítja a tejleadást</li> </ul>
<p><b>Az oxitocin centrális hatásai</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szülés során erős fájdalomcsökkentő és hipnotikus hatása van</li> <li>• Csökkenti a félelmet és a stresszt</li> <li>• Növeli a nyugalom- és elégedettségérzetet</li> <li>• Védőfaktor a depresszióval szemben</li> <li>• A környezet társas vonatkozásaira hangolja az egyént</li> <li>• Bizalomteli társas helyzetben növeli az egyén biztonságérzetét, összetartozás-érzést</li> <li>• Serkenti az empátia, a bizalom kialakulását, mások közelségének keresését</li> <li>• Elősegíti a társas támasz nyújtását és elfogadását</li> <li>• Mindkét nemnél szexuális aktus során felszabadulva növeli az összetartozás érzését</li> <li>• Megalapozza szülés után az anyai viselkedéseket</li> <li>• Elősegíti az anya babára hangolódását</li> <li>• Megalapozza az anya-gyermek közti kötődést</li> </ul>

Az oxitocin azért is került az érdeklődés középpontjába, mivel – egyes kutatások szerint – segít a szociális kötelékek kialakításában és fenntartásában. Azt feltételezik róla, hogy terápiás célzattal is be lehet vetni egyes pszichés zavarok kezelésére. Az



intranazálisan (orron keresztül) adott oxitocin hatását vizsgáló kutatások eredményei azonban egyelőre ellentmondásosnak látszanak a vér-agy gát biokémiai háttere miatt. Annak ellenére, hogy a hatásmechanizmusa még nem tisztázott – a társas viselkedés idegrendszeri hatásaival foglalkozó kutatások figyelemre méltó eredményeket közölnek, amelyek mellett nem lehet elmenni (Viero és mtsai 2010, Fewtrell és mtsai 2006, Guastella és mtsai 2009, Cardoso 2012, Olf és mtsai 2013).

#### **1.2.4. A természetesen induló szülés és annak hormonjai**

Maga a szülés a magzati és az anyai élettani, hormonális és pszichés folyamatok komplex egymásra hatásának eredménye. Kutatások azt bizonyítják, hogy a vajúdási folyamat beindításában és előrehaladásában a *prostaglandin hormon*, az *oxitocin* és a *kortikotropin-felszabadító hormon* (corticotropin-releasing hormone, CRH) mint neurohormonok játsszák a főszerepet (Kalantaridou és mtsai 2010). Az oxitocinrendszer neuronjai várandósság során pihennek, hogy meggátolják a koraszülést (Olza-Fernández és mtsai 2014).

Feltételezhető, hogy létezik, a CRH által szabályozottan, egyfajta méhlepényi óra, amely már a várandósság korai szakaszában aktiválódik, és meghatározza a gesztáció hosszát és a szülés várható idejét. A CRH ezentúl egyfajta karmesterként, az integrált stresszválaszért felelős.

#### **1.2.5. Az oxitocin hatása szülés során**

A véráramban jelen levő oxitocin felel a vajúdás és a szülés előrehaladásához szükséges hatékony méhösszehúzódásokért, majd a spontán szülési reflexért (Olza-Fernández és mtsai 2014, Odent 2003a). Itt különbséget kell tennünk a *magzatkilökő reflex* (fetus ejection reflex) és a *Ferguson-reflex* között. Ez utóbbi háttérben tulajdonképpen egy mechanikai ok áll, a magzat szülőcsatornán való áthaladása közben a medence idegeinek ingerlése miatt a szülő nő nyomási ingert érez. Ezzel szemben a magzatkilökő reflex fiziológiai szülések esetében egy különleges hormonkoktél miatt jelenik meg, és csak meghitt, nyugodt környezetben figyelhetjük meg, amikor az anya teljes biztonságban érzi magát (Odent 2003a). Ez is a szülés során alapvetően fontos privát szféra tiszteletére hívja fel figyelmünket, jelentőségének bemutatására a

későbbiekben visszatérek (Rados és mtsai 2015). Az ekkor mért magas endogén oxitocin szintje embereknél korrelációban áll a pozitív izgalom érzésével, a magabiztossággal, a szeretettel és a társas emlékek alkotásának képességével (Baumgartner és mtsai 2008). Az ilyenkor átélt szeretet érzése, a transzcendentális élmények – amelyekről különböző kultúrákból jött anyák egyaránt beszámolnak – szintén általános jellemzőknek tűnnek a fiziológiai szülés esetében (Dixon és mtsai 2013, Halldorsdottir és Karlsdottir 1996). Ennek hátterében az oxitocin hatására következtethetünk.

#### **1.2.6. A stresszhormonok aktivációja szülés során**

A szülés ugyanakkor, mint egy rendkívül erős stresszélmény, fokozza a stresszhormonok termelődését. A stresszhormonok egy bizonyos szintig adaptív válaszokat indítanak, hogy képessé tegyék a nőt a szülés stresszével való megküzdésre. A stressz hatására alapvetően kétfajta katekolamin: az *adrenalin* és *noradrenalin*, továbbá a *kortizol* szabadul fel. A noradrenalin-kibocsátást általánosan a fizikai aktivitás váltja ki, az adrenalin- és a kortizolszint jellemzően a mentális stressz esetében nő meg. Ezen belül, míg az adrenalin a kellemes és kellemetlen erőfeszítések hatására egyaránt felszabadul, addig a kortizol kifejezetten a negatív stressz esetében (Alehagen és mtsai 2001). Az adrenalin- és a kortizolszint rendkívül erősen megemelkedik a vajúadás és szülés során, azaz több mint 500%-os emelkedést mutat a várandósság alatt mért szintekhez képest, a noradrenalin szintén megközelítőleg 50-100%-kal megemelkedik. Alehagen és munkatársai a noradrenalin-, illetve az adrenalin- és a kortizolszintek megemelkedése közötti relatív különbséget azzal magyarázzák, hogy szülés közben a mentális stressz dominál a fizikai stressz felett. A kortizol szülés során az oxitocinnal ellentétes irányú szintemelkedést és szintcsökkenést mutat. A kortizolszint vajúadás során fokozatosan emelkedik, csúcsát a szülés legerőteljesebb szakaszában éri el. Valószínűsíthető, hogy segít az anyai kötődés kialakulásában és erős emlékezeti bevéődést eredményez a gyermekhez való szelektív ragaszkodás és felismeréséhez szükséges illatokról alkotott emlék formálásában (Kendrick 2000, Olza-Fernández és mtsai 2014).

### 1.2.7. A szülési stresszt csillapító hormonok: a fiziológiai segítség

Amint már korábban említettem, a szülési stresszel való megbirkózásban az anya testében természetesen felszabaduló oxitocin is fontos szerephez jut, annak szintje a társas támasz érzete révén szintén megemelkedik. Ennek következtében az anyai szorongás számottevően csökken.

A megnövekedett stressz-szint hatására a hipotalamuszban *endorfin* is felszabadul, amelynek fájdalomcsillapító hatást tulajdonítanak, vagyis a szervezet maga is gondoskodik egyfajta fájdalomcsillapító és stresszoldó hatásról (Dixon és mtsai 2013). Még vitatott, hogy pontosan milyen endorfinszármazékok jutnak ekkor szerephez, de a béta-endorfinok kiemelt szerepe erősen valószínűsíthető. A fájdalmat csökkentő endogén endorfinszármazékok és szorongáscsökkentő hatásának köszönhetően az oxitocin együttesen járulnak hozzá egyfajta hipnotikus állapot megjelenéséhez, ami csökkent neocortex-aktivitással (agykérgi aktivitással) jár, és a *limbikus rendszer* veszi át az irányító funkciók jelentős részét. Ekkor a limbikus rendszer és a test közötti idegpályákon erős és szerteágazó információáramlás zajlik. Ez minden bizonnyal hozzájárul ahhoz, hogy a test a fiziológiai folyamatok aktivációja által maximális potenciájával alkalmazkodhasson a szülés megfelelő lebonyolításához (Dixon és mtsai 2013, Odent 2003b). Ilyenkor a kognitív folyamatok háttérbe szorúlnak. Odent hangsúlyozza, hogy zavaró, vagy akár káros is lehet, ha aktivitásra ösztönözzük a kérgi folyamatokat, például az anyával való beszélgetéssel vagy a környezetben zajló zavaró folyamatokkal, erős fény- vagy hangingerekkel vagy környezetváltozással. A neocortex a kitolási szakaszban részben újra aktiválódik, hogy segítse az anyát a kitolás során a testére koncentrálni, hogy mikor és hogyan érdemes „nyomni” (Dixon és mtsai 2013).

Az előbbieket mellett még a dopamin neurohormon is hozzájárul a szülés stresszével való megküzdés után, annak utólagos jutalmazó értékéhez, és tovább erősíti a későbbi erős anya-gyermek kötődés kialakulását (Dixon és mtsai 2013).

### 1.2.8. Az oxitocin szerepe a szülés után

Elsődlegesen kell megemlíteni az oxitocin azon hatását, amely segíti a szülést követően a *tejelválasztás beindulását*. Míg szülés előtt a vér oxitocinszintje emelkedik

meg, a centrális oxitocin szintje a cerebrospinális folyadékban a vajúdás utáni kitolási szak során, illetve utána emelkedik meg, ezzel is hozzájárulva a megfelelő anyai viselkedések megjelenésének ösztönzéséhez.

A nagy oxitocinfelszabadulással járó szülés után az anya-gyermek közötti érintés, bőr-bőr kontaktus szintén stimulálja a további oxitocinkibocsátást (Matthiesen és mtsai 2001). A gyermek megszületését követő lepényi szakaszban az anya és az újszülött közti bőrkontaktus és maga a szoptatás visszacsatolások révén megemelik az endogén oxitocin szintjét, ami elősegíti a lepényleválást és csökkenti a vérzés mértékét, megakadályozva ezzel a túlzott vérvesztéséget. Az oxitocin jelenlétében csökken a stressz és nő a bizalomérzet, feltételezhetően ezért is játszik kiemelkedő szerepet az anya és az újszülött közti kötődés alakulásában.

Egyes mérések szerint a vér oxitocinszintje is egyenes arányban áll a nyugalom fizikai és szubjektív élményével, a stressz hiányával és így az anyák babájukkal való interakcióba lépésének képességével (Uvnäs-Moberg 2003, Feldman és mtsai 2007). Ezt a hatást az is elősegíti, hogy az oxitocinrendszer kapcsolatban áll a dopaminergrendszerrel, amely tulajdonképpen egyfajta belső, agyi jutalmazórendszer. Kapcsolatukból arra következtethetünk, hogy a nagy oxitocinfelszabadulással járó események után megnő a személyekben az elégedettség érzése. Vagyis az endogén oxitocin magas felszabadulásával kísért sikeres természetes szülés növeli az anya elégedettségérzését, és ugyanilyen szinten a szoptatás és az oxitocin által beindított kedvező viselkedésminták szintén jutalmazó értékűek lesznek az anyák számára.

Zelkowitz és munkatársai (2014) az anyai pszichoszociális stressz, a depresszió és az oxitocin összefüggéseit vizsgáló tanulmányukban feltételezik, hogy a szülés utáni időszakban az endogén oxitocin egyfajta *pufferként* működhet az átélt stressz és az anyai viselkedés között. A magas stressz-szint talán arra ösztönzi a neuroendokrin-rendszert, hogy még több oxitocint termeljen, és megvédje az anyát a depresszió kialakulásától, így segítve elő az érzékeny és a babára hangolódó anyai viselkedést. A babájukat szoptató nőknél azt is megfigyelték, hogy szoptatás hatására vérükben csökken az adrenokortikotrophormon-szint (ACTH), a kortizolszint, és csökken a fizikai és pszichológiai stresszre való reaktivitás is. A stresszre adott válaszok megnyilvánulásának csökkenése feltételezhetően – egy adaptív folyamat részeként – a sikeres szoptatás érdekében

megvédi az anyát a stressz túlzott mértékű átélésétől (Olza-Fernández és mtsai 2014, Zelkowitz és mtsai 2014).

### **1.2.9. A magzatot születése során érő stressz**

A szülés során a magzatot is különféle hormonhatások érik. A magzatra azonban elsőként a várandósság során megtapasztalt kedvezőtlen méhen belüli környezet lehet hatással. Az anya várandósság alatti stressz-szintje a stresszhormonok magas szintje által a magzatra is stresszorként hat, következményeként megemelkedik a CRH-szint, növelve a koraszülés valószínűségét (Kalantaridou 2010). Sok kutatás igazolja a várandósság alatti magas stressz-szint és a koraszülés veszélyének kapcsolatát (Lockwood 1999, Mackey és mtsai 2000).

Fontos hangsúlyozni, hogy a természetes úton világra jött újszülött születési stressze szükséges és jótékony hatású. Arra készíti fel a gyermeket, hogy megfelelően tudjon alkalmazkodni a méhen kívüli élethez. Segíti a tüdő érési folyamatát, a tüdőben levő folyadék felszívódását, a hörgőcskék könnyebb kitágulását, aktiválja a központi idegrendszert (White 2005). Az újszülött megszületése után a maga termelte oxitocin elősegíti az ingerek és válaszok asszociációi által az anya illatával, bőrével való érintkezés révén a tanulást, és a továbbiakban ezek keresését.

### **1.2.10. Beavatkozásokkal kísért szülés és a megváltozott hormonális működés**

Olza-Fernández és munkatársai (2014) felhívják a figyelmet arra, hogy a programozott császármetszések és egyéb szülészeti beavatkozások növekvő száma kiszámíthatatlan következményeket vonhat maga után. A beavatkozások által történő szülések hatásával foglalkozó kutatások általában csak rövid távon vizsgálják az egészséges kimenetel és a fizikai elváltozások, vagyis a mortalitás és morbiditás kérdéseit. Problémát jelent, hogy nehéz feltárni a szülés során történő egyes beavatkozások hosszú távú hatásait, és hogy kevés longitudinális vizsgálat zajlik ezen a téren.

### ***1.2.10.1. A programozott császármetszés***

Az anya részéről a programozott császármetszés a természetes úton való szüléshez képest szignifikánsan alacsonyabb katekolaminok, ACTH, kortizol, prolaktin, CRH, béta-endorfin és nem utolsósorban rendkívül alacsony szintű oxitocin felszabadulásával jár. Az endogén oxitocin alacsony szintje a császármetszéssel történő szülés során a megfelelő anyai adaptáció zavarait okozhatja, és befolyásolhatja azon képességét, hogy gyermekére érzékenyen reagáljon és megnyugtassa (Nissen és mtsai 1998). Az alacsony oxitocinszint lehet annak hátterében is, hogy a császármetszéses anyáknál sokkal gyakoribbak a szoptatási nehézségek, kevesebben szoptatják babájukat, ami hátráltatja a kettejük közti erős kötődés kialakulását. Egyes kutatók arra hívják fel a figyelmet, hogy az újszülött tápszeres etetése a természetes szoptatás helyett teljesen más helyzetet teremt neuroendokrin szinten (Olza-Fernández és mtsai 2014, Gallup Jr és mtsai 2010). A szoptatás során nagymértékben felszabaduló oxitocin és prolaktin hiánya megnehezítheti az anya újszülöttel való kötődésének kialakulását. Ha ugyanis a szülést nem követi szoptatás, a szoptatás hiánya az anyai agy számára az újszülött „halálát” jelentheti. Amíg az anyai agy hormonális szinten a posztpartum gyásszal van elfoglalva, nehezebben tud a babáról annak igényei szerint érzékenyen gondoskodni. Ez megmagyarázhatja, hogy miért nagyobb a posztpartum depresszió előfordulása a babájukat tápszerrel etető anyák között.

### ***1.2.10.2. Szintetikus oxitocin a szülés művi indítása vagy gyorsítása esetén***

A vajúadás művi megindítása vagy serkentése során infúzióban adott exogén, vagyis külső, szintetikus oxitocin szintén beavatkozik az anya szülés közbeni saját hormonális reakcióinak szerteágazó hatásaiba. Jonas és munkatársai rávilágítanak, hogy a szülés indítására vagy gyorsítására adott szintetikus oxitocin is kedvezőtlen hatással lehet a szülés közbeni és utáni anyai oxitocin termelésére, ugyanis mérések szerint mesterséges oxitocin hatására jelentősen csökken az endogén oxitocin termelődése (Jonas és mtsai 2009) és csökken a külső oxitocinra adott válasz. A méhben ez a mechanizmus magyarázhatja a szülés során adott mesterséges oxitocin esetében tapasztalt túl erős anyai vérzést, illetve megnöveli az operatív szülés és a sürgősségi császármetszés kockázatát (Buchanan és mtsai 2012). Az anya szervezete által termelt endogén oxitocinhoz képest az exogén szintetikus oxitocin csak a periférián hat, és nem képes az agyban kifejteni

hatását, ennek következtében elmarad annak szülési stresszt csökkentő hatása. Bizonyára ez áll annak háttérében is, hogy az anyák erősebb szülési fájdalomról számolnak be szintetikus oxitocinnal indított és gyorsított szülés esetén, és erősebb, elviselhetlenebb fájdalmuk miatt egy újabb beavatkozást, az epidurális analgáziát (EDA) alkalmazzák náluk.

#### ***1.2.10.3. Epidurális analgészia***

A modern szülészeti ellátásban gyakran használt epidurális analgészia (EDA) amellett, hogy hatékonyan csökkenti a szülési fájdalmat, beavatkozik a szervezet természetes hormonális működésébe. EDA adása után lecsökken mind a centrális, mind a perifériális oxitocin termelése az anya szervezetében (Jonas és mtsai 2009). Bizonyítékokat sorakoztatnak fel amellett is, hogy az epidurális analgészia használata megnöveli a későbbi gyógyszeres oxitocinadagolás és az instrumentális szülés valószínűségét, és megnő a magzati distressz miatt végrehajtott császármetszéssel történő szülésbefejezés kockázata (Olza-Fernández és mtsai 2014, Halls 2008). Egy kifejezetten nagy mintán végzett vizsgálat bizonyítékai szerint EDA-val szülő nők esetében szignifikánsan megnőtt a magzatok méhen belüli occiput posterior elhelyezkedésének valószínűsége, emiatt jelentősen elnyúlt a vajúdás és kitolási szak (Lieberman és mtsai 2005). Az EDA ezen túl csökkenti a szervezet béta-endorfin szintjét, aminek hiányában az anya elesik a szülést pozitív élménnyé tevő hormonális hatásoktól. Az epidurális fájdalomcsillapítás terén zajló kutatások azonban folyamatosan megcélozzák azon gyógyszerkombinációk felkutatását, amelyekkel a negatív következmények kockázata minimálisra csökkenthető. A szakszemélyzet által megfelelően megválasztott gyógyszerek adagolása mellett elkerülhetővé válhat a császármetszés.

#### ***1.2.10.4. Szülészeti beavatkozások mint stresszforrások***

Nem teljes a konszenzus a tekintetben az Egyesült Államokban, Kanadában, Hollandiában és Skandináviában végzett tanulmányok alapján, hogy a tervezett otthon szülés kismértékű fokozott kockázattal jár-e az anyák számára, viszont egyértelmű, hogy kevesebb intervenciót végeznek rajtuk, mint az ugyanolyan alacsony kockázati csoportba sorolt, de kórházban szülő társaik esetében (Gibson 2014).

A szintetikus oxitocin, az epidurális analgészia és a császármetszés tehát egyértelműen az anya szervezetét érő külső stresszként foghatók fel – még akkor is, ha életet mentenek. Ezenkívül minden szülészeti beavatkozás, valamint a támogató viselkedés hiánya a szüléskísérők részéről mind felfoghatók az anya szervezetét érő külső stresszforrásként, ezáltal az anya neurohormonális rendszerébe történő beavatkozásként, és megváltoztatják a természetes szülés fiziológiai folyamatát (Olza-Fernández és mtsai 2014). Ugyancsak sok bizonyíték szól amellett, hogy a szülészeti fogó vagy vákuum segítségével, illetve császármetszéssel történő szülés után a nőknél nagyobb arányban alakul ki posztpartum depresszió vagy poszttraumás stressz zavar, amely további akadályokat gördít a bontakozó anya-gyermek kapcsolat útjába (Beck 2004, Boorman és mtsai 2014).

Az előbbi fejezetekben ismertetett összefüggések láttán felvetődik annak gondolata, hogy jobban értenénk bizonyos mentális zavarok hátterét, ha a szülés és a születés körüli időszak neuroendokrin folyamataiba való beavatkozások következményeként tekintenénk rájuk (Olza-Fernández és mtsai 2014). Egyre több bizonyíték szól amellett, hogy a császármetszés, valamint a mesterséges oxitocin adagolása a születendő gyermek kognitív, érzelmi és szociális fejlődésére is hatással van. Ezek közül kiemelném, hogy egyes tanulmányok alapján erős a gyanú, hogy megnövelik az autizmus spektrum zavar (Autism Spectrum Disorder – ASD) kialakulásának kockázatát (Gregory és mtsai 2013). Feltételezik ugyanis, hogy az arra genetikusan vagy epigenetikusan hajlamot mutató gyermekeknél a császármetszés, illetve a szintetikus oxitocin adása tölti be a perinatális szakasz során a környezeti „trigger” szerepét, kiváltva a zavar tényleges megjelenését (Gialloreti és mtsai 2014).

### **1.3. A stressz esetén megjelenő válaszlehetőségek és a fiziológiai vagy beavatkozásokkal kísért szülés kirajzolódó mintázata – részösszefoglalás**

A szülés természetes lefolyása sok stresszel jár. A stresszel való megküzdés során, amikor már eléggé előrehaladt a szülés, az anyák mintha egy különleges transzszzerű állapotba kerülnének, ahol a méhösszehúzóerőkkel teljes összhangban, rábízják magukat a szülés magával ragadó fiziológiai folyamataira és saját testükre. Ilyenkor megszűnik a külvilág létezni, és csak a szülésre koncentrálnak. Ebben a különleges



helyzetben a „nyugalom és összetartozás” rendszer aktív, és a stresszel való megküzdés a támogató szociális környezet segítségével tud megvalósulni. Ha az anyát ebből a szülésre fókuszált mentális transzállapotból különböző külső ingerek (például a kietlen szülési környezet, erős fények, hangok, szüléskísérők kétkedő vagy kellemetlenkedő megjegyzései, felesleges és fájdalmas vizsgálatok, infúzió bekötése stb.) kizökkentik, és az emocionálisan érzékeny támogatás helyett inkább a különböző intervenciókkal próbálják a szülést előmozdítani, illetve fájdalmat csillapítani, akkor felborul a szülés érzékenyen kalibrált fiziológiai folyamata, az események egymásutánisága, és ezáltal anya és babája nem tudnak részesülni az évmilliók alakította hormonális folyamatok előnyös hatásaiból (Uvnäs-Moberg 2003, Olza-Fernández és mtsai 2014, Hammond és mtsai 2013, Stenglin és Foureur 2013). Ha túl sok külső inger köti le őket, túl sok a teendő a kórházba érkezés után, akkor a „harcolj vagy menekülj” stresszreakció lép működésbe a „nyugalom és összetartozás” rendszer helyett, ami az oxitocin rovására a katekolaminok túlsúlyához vezet, és a stresszreakció miatt csökken vagy le is áll a természetes oxitocintermelődés (Lothian 2009). Ez a folyamat az evolúció során – illetve az állatvilágban mind a mai napig megfigyelhetően – arra hivatott, hogy a vajúdási folyamatot mindaddig leállítja, amíg az anya egy biztonságosabb helyre nem ér gyermekének megszületéséhez, ahol nem leselkedik rá veszély, és nincs a közelben ragadozó (Stenglin és Foureur 2013). Sajnálatos módon ez viszont egyben a vajúdás lelassulásához, illetve leállításához vezethet. A túlsúlyba kerülő adrenalintermelés következtében csökken az oxitocinszint, illetve annak érzékítő hatása megnyilvánulásaként elvonja az anyai hasi szervektől az oxigént, ami miatt csökken a magzat oxigénellátottsága, és magzati distressz lép fel. A lelassult vajúdás, illetve a magzati distressz manapság a két vezető ok, ami miatt szülés közben beavatkoznak, ami tehát egyértelműen összefüggésbe hozható a környezet stresszkeltő mivoltával (Stenglin és Foureur 2013).

A barátságos, otthonos környezet, a zavaró tényezők kiszűrése, a megfelelő szüléskísérői támogatás és a lehetőség szerinti alacsony mértékű közbeavatkozás az embereket megnyugtatja, és a „nyugalom és összetartozás” rendszer aktivitásán keresztül hozzájárul a szervezet oxitocinszintjének növeléséhez (Hammond és mtsai 2013). A túl rideg, ijesztő, túl sok alkalmazkodást igénylő terek, illetve a számos technikai eszköz (például infúziók, CTG, újjáélesztéshez szükséges eszközök) látványa és az odafigyelő

társas támogatás hiánya viszont a legtöbb nő számára stresszkeltő, és katekolaminok kibocsátásán keresztül a szervezetet a harcra vagy a menekülésre készítik fel (Hammond és mtsai 2013, Stenglin és Foureur 2013). Ebben az esetben viszont a kívánatos „nyugalom és összetartozás” rendszer helyett a „harcolj vagy menekülj” stresszreakció játssza a karmester szerepét, ennek okán csökken az anya szervezetében az oxitocinszint, ami vajúadás során a méhösszehúzóerők csillapodását vagy akár leállítását is eredményezheti (Stenglin és Foureur 2013). A környezet stresszorai így hát le tudják állítani a vajúadás természetes folyamatát.

Cél kell legyen tehát a szülő nő ellátása során, hogy szervezetében a „nyugalom és összetartozás” rendszer aktivitását elősegítsük. Ekkor a fizikai és szociális biztonság, mások támogatása segít a megfelelő hormonszintek kialakításában, és hozzájárul az oxitocinszint növeléséhez, és ezáltal a természetes és kielégítő szülésélményhez.

## **1.4. A szülési fájdalom és a stressz kapcsolata**

### **1.4.1. Szülési fájdalom**

A Nemzetközi Fájdalomtársaság (International Association for the Study of Pain – IASP) definíciója szerint a fájdalom „olyan kellemetlen szenzoros és emocionális élmény, amelyet a szövetek aktuális vagy potenciális károsodása okoz” (Merskey és Bogduk 1994 210.o.). Fontos kiemelni, hogy a fájdalomnak nemcsak *szenzoros komponense* van, hanem az *érzelmi, motivációs és kognitív dimenziói* legalább annyira fontosak az egyén fájdalomélményének alakulásában. Ebből következően megállapíthatjuk, hogy a fájdalom sajátos tapasztalata erősen múlik az egyén személyes interpretációján, absztrakt és szubjektív, amihez az ellátást nyújtó szakszemélyzet csak az egyén külsőleg megfigyelhető verbális vagy nem verbális fájdalomviselkedésén keresztül férhet hozzá. Hasznunkra lehet az a pragmatikus megfogalmazás is, hogy fájdalom az, amit a személy annak érez, és akkor van jelen, amikor a személy azt mondja, hogy jelen van (Lowe 2002).

A fájdalomélmények sorában a vajúadás és szülés során érzett fájdalom az elsők közt helyezkedik el (Lally és mtsai 2008). A szülési fájdalom különleges természetű: szituációfüggő, korlátozott időtartamú, és a fájdalom sokféle forrásával ellentétben nem utal háttérben meghúzódó patológiára (Lowe 2002). Mint ahogy maga a vajúadás és szülés

természetes fiziológiai folyamat, az ezzel járó fájdalom ennek természetes velejárójának tekinthető. A fájdalommal foglalkozó irodalom is hangsúlyozza a kortikális folyamatok összetett szerepét a fájdalom megtapasztalásában, ezekből eredően fontos, hogy a nő vajúdása és szülése során hogyan vélekedik fájdmáról (Melzack és Katz 2013). Vajon úgy értelmezi-e, hogy szervezetét veszély fenyegeti, vagy a szülés természetes velejárójaként ismeri el? A nő szülési fájdalomtól való erős szorongása fokozott katekolaminkibocsátást eredményez, és kortikális szinten a nociceptív ingerek erőteljesebb fájdalomérzetéhez vezet (Lowe 1996). Köztudott, hogy nagy az egyének között tapasztalható fájdalomtűrés varianciája, illetve a fájdalomélmény alakulásában fontos szerepet játszanak az egyén korábbi tapasztalatai, kultúrája, szociális környezete.

#### **1.4.2. A fájdalom és a szenvedés megkülönböztetése**

Az egyén szülési stresszel való megküzdésének teljes megértése végett Simkin és Ancheta (2013) definíciója szerint különbséget kell tennünk *fájdalom és szenvedés* között. Véleményük szerint a szenvedés egy olyan stresszt okozó pszichés állapot, amely magában foglalja a tehetetlenség, a félelem, a pánik, a kontrollvesztés és az egyedüllét érzését, és amelybe nem feltétlenül tartozik bele maga a fizikai fájdalom. Ennek ellentéte is igaz lehet, hogy a fájdalmat nem feltétlenül kíséri szenvedés.

Különböző kutatások eredményeiből arra következtethetünk, hogy a szüléstől való félelem a félelmek hierarchiájában a piramis csúcsát közelíti (Török 2015). Várandós nőkkel folytatott beszélgetésekből fény derül arra, hogy a nők általában nem is annyira a fájdalom miatt, hanem a fájdalommal való megküzdésbeli képességeik miatt aggódnak (Simkin és Ancheta 2013). Attól félnek, hogy a fájdalom miatt elveszítik a kontrollt, a rendkívüli helyzetben kiszámíthatatlanul fognak viselkedni, és tartanak környezetük reakciójától. Nem akarnak gyengének mutatkozni, szégyenkezni és magukat kiszolgáltatott helyzetben érezni. Vagyis inkább a szenvedéstől félnek. Ez egybecseng Odent későbbiekben részletezett véleményével, miszerint a megítéléstől való félelem megakadályozza a nőket abban, hogy átadják magukat a szülés fiziológiai folyamatainak, és kellőképpen lecsendesítsék elméjüket (Odent 2003b). Lazarus stresszelméletével összhangban ez a megküzdés során ugyancsak a kognitív kiértékelő folyamatok szerepét hangsúlyozza, és a stressz szubjektív színezetéhez járul hozzá (Lazarus 1993b).

### 1.4.3. A szülési fájdalom felfogásának és kezelésének klinikai és szülésznői modellje

Magyarországon és a fejlett nyugati kultúrákban napjainkban a szülészeti ellátás helyszínéül általánosan a kórházak szolgálnak, mindez azonban kevesebb mint egy évszázados fejlemény. Sok országban ezzel párhuzamosan a szülésznők általi szülészeti ellátás is jelen van, amely vagy a kórházak külön osztályán, egyéb szülésközpontokban, vagy a nők otthonában történik. Ennek megfelelően a szülési fájdalom felfogásának és kezelésének is két különféle szemlélete alakult ki. A *klinikai nézőpont* szerint a fájdalom leginkább neurofiziológiai entitásként jelenik meg, vagyis a fájdalom több komponense közül a szenzoros komponenst tartják szem előtt, ezért a fájdalomkezelés is elsősorban farmakológiai természetű (Sanders 2015, Van der Gucht és Lewis 2015), és alkalmazásával cél a stressz csökkentése is. Mint ahogy azonban megállapítottuk, hogy a fájdalomnak érzelmi, motivációs és kognitív dimenziói is vannak, ezért a fájdalom kezelésében ezeket szintén érdemes integrálni. A *szülésznői modell* szerint a szülés során tapasztalt méhösszehúzódások okozta fájdalmat inkább olyan diszkomfortként érdemes tekinteni, ami a fiziológiai szülés folyamatának természetes velejárója, és funkcionális természetű, azaz célja van (Sanders 2015, Christiaens és Bracke 2007, Gibson 2014, Klomp és mtsai 2014). Célja, hogy a szülő nő teste a fizikai és hormonális változások következtében képessé váljon a gyermek világra hozására. Ezek szerint nem az kell legyen a végső cél a szülő nő ellátása során, hogy a szülést fájdalommentessé tegyék, hanem hogy elviselését megkönnyítsék, ami minden bizonnyal csökkentené a gyógyszeres fájdalomcsillapítás nyugati kultúrákban manapság tapasztalható erős dominanciáját a többi lehetőség felett. A szülésznői ellátásban előnyt kapnak a nem farmakológiai technikák, mint a masszázs, a járkálás, a mozgás, a különböző testhelyzetek váltogatása; a fizikai elemek közül pedig az óriáslabda, a zuhanyzó- vagy kádhasználat, a szoba elsötétítése, a nyugalom biztosítása, és nagyobb szerephez jut a szülésznő bátorítása, a nő szülésének előrehaladásával kapcsolatos folyamatos tájékoztatása, a meditáció vagy akár a hipnózis, amely lehetőségek ismertetésére egy későbbi fejezetben térek ki (Klomp és mtsai 2014).

#### **1.4.4. Nőközpontú ellátás a fájdalom csillapításában és az epidurális analgészia**

A brit, ausztrál, egyesült államokbeli szülészeteken és sok intézményben hazánkban is egyre inkább explicit hangsúlyt kap a *nőközpontú ellátás*, amelynek során a nők igényeit és jóllétét szem előtt tartva próbálnak a szüléskísérők a szülő nő segítségére lenni. A fájdalomcsillapítási módok közül egyre elterjedtebben alkalmazzák az epidurális analgésziát, és számos nyugati országban a hüvelyi úton történő szülések 40-70%-a ilyen érzéstelenítés mellett történik (Klomp és mtsai 2014). Az EDA használata azonban ellentmondásos képet fest: ténylegesen hatékonyan csökkenti ugyan a fájdalmat, viszont akadályozza a szülő nőt abban, hogy sétáljon, olyan, ösztön irányította mozgásokat végezzen vagy szülési pozíciókat kipróbáljon, amelyek megkönnyítik a szülését (Hidaka és Callister 2012). Kannan és munkatársai (2001) beszámolnak arról, hogy annak ellenére, hogy a nők általánosan elégedettek az EDA fájdalomcsökkentő hatásával, 88%-uk kevésbé elégedett a szülésével. Epidurális analgésziával szülő anyák utólagos interjúiból fény derül arra, hogy az anyák általánosságban egyfajta ambivalenciáról számolnak be: örülnek, hogy fájdalmuk jelentősen csökken, de egyszerre meg is ijednek, mivel a testükben lejátszódó szülési folyamatokat nem érzik, mintha távol kerülnének saját szülésüktől, és a babával is megszakadna kontaktusuk (Jepsen és mtsai 2014). Ekkor különösen fontossá válik a szüléskísérő részéről az anya folyamatos megfigyelése és tájékoztatása szülése előrehaladásával kapcsolatban.

#### **1.5. A szülést támogató fizikai környezet**

Sok kutatás és vélemény született a kórházi környezet szülő nőre kifejtett hatásairól, valamint azokról a módokról, ahogy azok a nő szülésének kimenetelét és az anyának és újszülöttjének a jóllétét befolyásolják (Foureur és mtsai 2010, Foureur és mtsai 2011, Lepori és mtsai 2008, Lock és Gibb 2003, Singh és Newburn 2006, Walsh és Downe 2004, Hodnett és mtsai 2009, Hauck és mtsai 2008).

Egy, az Egyesült Királyságban folytatott, a szülési környezet preferenciáit felfedő vizsgálat alapján a nők 87%-a úgy vélte, hogy a fizikai környezet hatással van arra, hogy milyen könnyű vagy nehéz szülni (Singh és Newburn 2006). A nők 99%-a egyetértett abban, hogy alapvető a tiszta és higiénikus helyiség megléte, ezek után következett, hogy

ugyanabban a helyiségben maradhassanak vajúdásuk, szülésük ideje alatt (95%) és lehetőségük legyen sétálni (90%); valamint állítható ágyat (85%), egy a szobához kapcsolódó toalettet (82%) és a partnerük számára egy kényelmes ülőhelyet (82%) akartak. Ezek után fontosnak tartották a zuhany, illetve a kád meglétét; hogy képesek legyenek a fények erősségét kontrollálni; legyen elég párna, babzsák. Tapasztalataik alapján úgy érezték, hogy a szülőszoba inkább klinikai, mint otthonos hangulatú volt (58%), az esetek majdnem felében más szülő nők kiáltásait hallották, és nem volt kontrolljuk afelett, ki jön be a szobába.

Lock és Gibb (2003) felhívják a figyelmet arra, hogy a szülés általában egy adott környezetben zajlik, és fontos tudomásul vennünk, hogy az elkerülhetetlenül valakinek a territórium. A környezet – jelen esetben a kórház – a fizikai aspektusán túl szimbolikus jegyekkel is kiegészül, amelyek épp annyira meghatározók. Míg a kórházakat biztonságos környezeteknek tekinthetjük, ha valami komplikáció lépne fel, emocionális szinten nem feltétlenül nyújtanak biztonságot. Azt is megállapították, hogy az otthoni környezetben történő szülés alkalmával a nők magasabb személyes kontrollt érzelnek, mint a kórházakban (Ford és mtsai 2009).

A nők, illetve a kórházban dolgozók preferenciáit felmérő kutatások mellett egyre több olyan interdiszciplináris kutatás születik, amelyek az építészet és az idegtudományok közös tudásanyagára alapozva vonnak le következtetéseket. Azt keresik, hogy milyenfajta környezetek és belsőépítészeti elemek kapcsolhatók a páciensek és személyzet fokozottabb jóllétéhez, alacsonyabb stressz-szintjéhez.

Blomkvist és munkatársai (2005) a stresszre ható környezeti tényezők alapos vizsgálata során megállapította, hogy a kórházi zajszint világszerte folyamatosan emelkedett az 1960-as évektől, és a zaj növeli a páciensek, családtagjaik és az ott dolgozó személyzet stressz-szintjét. A természeti elemek látványa (például táj, fák látványa az ablakból vagy képen) – mint a bizonyítékokon alapuló belsőépítészet további eleme – csökkenti a stresszt. A szép kilátás és a természetes fény összefüggésbe hozhatók a fájdalom csökkenésével és elősegítik a gyógyulást (Tse és mtsai 2002). Lepori (1994), aki építészeti szemszögből vizsgálta a megfelelő szülési környezeteket, arra a következtetésre jutott otthon szülő anyák tapasztalatai alapján, hogy az anyák ritkán szülnek a hálószobájukban, sokkal inkább a nappaliban választanak egy üres, de védett területet, sarkot – sohasem a helyiség közepén. A kórházi szülőszobák ezzel ellentétben

viszont inkább olyan hálósobákra hasonlítanak, ahol a nő, mint egy színpadon, mindig az események középpontjában folyamatos felügyelet és kontroll alatt érzi magát (Lepori 1994). Hodnett és munkatársai (2009) a nők és gondozóik szülés utáni elégedettségének és szülésük kimenetelének vizsgálatára módosított, úgynevezett „*ambiens szülőszobát*” alkottak, amelyben specifikus auditív, vizuális és taktilis ingerek érték a szobában tartózkodókat, például tompították a fényeket, és a nőknek zenehallgatás céljából széles zenei választék állt rendelkezésére. Ebben a módosított kórházi szülőszobában nem volt szándék az otthoni környezet lemásolása, hanem optimális környezetet próbáltak teremteni a szüléshez. A legfontosabb elem az volt, hogy a kórházi szülőszobákat általánosan domináló szülőágyat kivették a helyiségből, és helyette a szoba egyik sarkában egy kétszemélyes matracot tettek a földre. Az *ambiens* szülőszobában a szülő nők esetében szignifikánsan kevesebb oxitocint használtak a kontrollsoporthoz képest. Ha ugyanis a szobában dominál az ágy, akkor annak az az erős üzenete a nő számára, hogy menjen fel az ágyra, ami viszont mozgásképtelenné teszi őt vajúadásának és szülésének teljes idejére. A mozgásképtelenség és a folyamatos ellenőrzés érzése az agy bal féltekéjének aktivitását ingerli, ami megnöveli a szorongást, és a félelmi, avagy stresszreakció beindítását kezdeményezi (Lepori és mtsai 2008).

Az Ausztráliában vizsgált „*Snoezelen szülőszoba*” a különféle érzékszervek stimulációján túlmenően a földszínek, „puha” berendezések, szőnyegek és falra vetített természeti képek használatával expliciten az ember természettel való kapcsolatát hangsúlyozza (Hauck és mtsai 2008). A itt szülő nők interjúiból fény derül arra, hogy a „*Snoezelen szülőszoba*” számukra relaxációs lehetőséget, figyelmük elterelését, kényelmet és a környezetük feletti kontroll érzését biztosította.

Janssen és munkatársai (2001) majd két évtizede készült tanulmányukban – a Vancouverben újonnan létrehozott, újfajta modell szerint működő nő- és családközpontú ellátás során – a nők elégedettségét vizsgálták. Az újdonság abban rejlett, hogy a nő korábbi több helyiségen keresztül történő áthelyezése szülése szakaszainak megfelelően – először vajúdoszoba, aztán szülőszoba és végül gyermekágyas osztály kórterme – megszűnjön, és egész kórházi otlléte során ugyanabban a helyiségben lehessen. A szobák mindennel fel voltak szerelve, ami a szülő nő és az újszülött ellátásához szükséges, csak a császármetszést nem tudták ott elvégezni. Ha a nőt vajúdása és szülése közben folyamatosan áthelyezik, és új fizikai környezethez kell többször is alkalmazkodnia,

dezorientálttá válik, szorong, hogy az adott pillanatban megfelelő helyen legyen, és eközben minden helyszínen új személyekkel kell találkoznia és hozzájuk igazodnia. Az új modellben viszont a szülést természetes és normális folyamatnak ismerték el, és az újszülött, sőt az apa is ott lehetett végig a szobában, aminek következtében sokkal inkább családközpontú lehetett az ellátás. Ilyen körülmények között az anyák sokkal magasabb elégedettségről számoltak be minden téren: megfelelőbb volt az információcsere, a nő támogató ellátása, az újszülöttel való bánásmód, és hatékonyabb a szoptatás megfelelő elsajátítása. Itt tulajdonképpen a privát szféra tisztelete és annak megfelelő érvényesülése volt a központi faktor.

Foureur és munkatársai (2011) egy olyan vizsgálati eszközt (Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool – BUDSET) dolgoztak ki, amellyel kvantitatív módon lehet felmérni az egyes intézmények szülészeteinek jellemzőit. Konceptuális modelljüket arra a feltevésre alapozzák, hogy az optimálisan kialakított szülészeti osztályok elősegítik a hatékony kommunikációt, csökkentik a nők és a személyzet stressz-szintjét, és ezáltal a legmegfelelőbb háttérrel szolgálnak a nő biztonságos vajúdasához és szüléséhez, ami végül elégedettséggel tölti el. Megállapítják, hogy a kórházi szülészetek tervezése biomedikális fókuszú, és ennek következményeként a természetes szülés folyamatát hátráltathatják. A BUDSET négyféle területen gyűjt információt: a félelmi reakciót kiváltó tulajdonságok, a létesítményjellemzők, az osztály esztétikai aspektusai és a nő és családja alapvető támogatását célzó aspektusok területén. Ezek közül az első, a környezet félelmet és stresszt kiváltó jellegét mérő faktort emelném ki, amely a nőnek és kísérőjének viselkedését a kórházba érkezés pillanatától veszi figyelembe. Ez magában foglalja az épület közelében a parkolóhely meglétét, az épületen belüli egyszerű eligazodást, a szülészeti könnyű megközelíthetőségét, megérkezésükkor a megfelelő fogadóterek meglétét, a zajkontrollt, az otthonosságot, a megfelelő szülőszobaméretet és ott a szülőágy dominanciáját. Ezek megfelelő volta ugyanis mind a stresszt csökkentik, megerősítéssel szolgálnak, és biztonságot ébresztenek a nőben és kísérőjében.

Mindezen vizsgálatok rávilágítanak a szülési környezet és a pozitív vajúdas- és szülésélmény közötti szoros kapcsolatra, amiről a következő részben bővebben írok.



## 1.6. Intimitás és privát szféra a vajúdás és szülés során

A szülés természetes körülményeinek vizsgálatához jó alapként szolgálhat evolúciós hátterünk végiggondolása. A fészekrakás ösztöne az embert a többi nagy emlőshöz kapcsolja. Az emlős állatok legtöbbször – akár vadon élő, akár háziiasított egyedek – csendes, félreeső helyet keresnek szülésük idejére. Az állatokhoz hasonlóan az embereknél is megtapasztalható egy olyan sajátos megnyilvánulás, amelynek célja a biztonságos, nem fenyegető szülési helyszín megtalálása. Ez rendkívül nehezen kitapintható jelenség, amelyről beszélni is nehéz. Leginkább egy érzéshez hasonlít, amit a nő azonnal észrevesz, hogyha megfelelő az atmoszféra. Felvetődik annak lehetősége, hogy amint a nő beér a kórházba, a maga biztonságos környezetének kialakítását szolgáló evolúciós ösztön megszűnik vagy minimálisra csökken, ugyanis a szülés helyszíne nincs a kontrolljuk alatt. Nem tudják ellenőrzésük alatt tartani, mivel nem képezi az ő tulajdonukat (Johnston 2004). Ennek alapján felvetődik bennünk a kérdés: milyen a nő számára a megfelelő szülési környezet és légkör?

Mint korábban írtam, a szülés eseménye az utóbbi évszázad során intézményesült, és a nők legnagyobb része a nyugati kultúrákban – és hazánkban is – kórházban szül. Ez jelentősen megváltoztatja a szülés eseményének felfogását, annak lezajlását és a szüléstámogatás mibenlétét is. Lock és Gibb (2003) amellett érvelnek, hogy a kórházi környezet a legtöbb nő számára elidegenítő hatású, valamint olyan rendkívüli erővel bír, ami felülmúlja mind a szülő nő, mind a szülésznő erejét. Véleményük szerint az intézményi környezetben az ott előírt rutinműveletek miatt szűkül a nő privát szférája, ezért kontrollérzetétől és hatalmától megfosztva érezheti magát. Lothian (2004) állítása szerint azonban minden nőnek szüksége van egy olyan környezetre, ahol nemcsak orvosi értelemben, hanem emocionális értelemben is biztonságban érzi magát, ami elősegíti a természetes fiziológiai szülést. Richardson (1984) arra hívja fel a figyelmet, hogy a vajúdó nő a kórházba érve számos változáson megy keresztül: testképe átalakul, elveszíti a mobilitását és ismerős környezetét. Testhatárainak sérthetlenségét is fel kell adnia, már csak a szülés eseménye okán. A nőnek kórházba érkezésekor számos módon kell alkalmazkodnia az új körülményekhez: a monitorok, intravénás kanülök és tűk, a kórházi ágy látványa, az egyes eljárások, rutinvizsgálatok, az idegenek jelenléte jelentősen csökkentik privát szféráját és a testét körülvevő zónájának biztonságérzetét. A nő

intellektuálisan gondolhatja, hogy a kórház biztonságos hely, de a teste egy ősi, intuitív szinten mégis stresszt jelez, mivel folyamatosan újabbnál újabb kihívásoknak van kitéve, és a „harcolj vagy menekülj” stresszreakció automatikusan aktiválódik testében.

A távolságtartás mint nem verbális kommunikációs eszköz minden bizonnyal ősi, evolúciós eredetű. Az egyed biológiailag meghatározott módon egy életteret tart fenn magának, amelynek határait védi a betolakodók ellen. Feltételezhető, hogy az emberekben az állatokhoz hasonló módon működésbe lép az automatikus „harcolj vagy menekülj” stresszreakció, ha egy potenciális veszélyt jelentő esemény történik intim terükben, egy személy váratlanul túl közel jön, vagy egyéb módokon behatolnak intim zónájába. A szülési folyamat alkalmával a rendkívüli megterhelés miatt a vajúdo és szülő nő kifejezetten sérülékenynek és kiszolgáltatottnak érzi magát. Ez különösképpen fontossá teszi a nő privát intim zónájának tiszteletét, és azt, hogy ki milyen módon lép vele interakcióba és végzi tevékenységét körülötte.

Blix (2011) megállapítja, hogy azért is könnyű megzavarni a szülést, mert az alapvetően szexuális természetű. Vajúdas és szülés folyamán a szülőszobán intim természetűek az események, és az *intimitás* ott rejlik minden cselekvésben. Ilyenek például a nő levetkőzése; a különböző szülésznői vagy orvosi vizsgálatok, beavatkozások – magukat a hüvelyi vizsgálatokat is ideértve, mivel a nő intim testrészének megérintésével járnak; minden egyéb érintés, masszázs – ide sorolható a fájdalom csillapítását célzó hát- vagy deréktáji masszázs és a gátmassázs; a magzat szülőcsatornában való előrehaladását segítő mozdulatok (például csípő ringatása), az anya partnerével való összehangolódása; valamint a vajúdas és szülés folyamata önmagában is rendkívüli intimitással telített. Ezek zavartalan lejátszódása mind megkövetelik a nő és szülése intimitásának támogatását. Ezt összefoglalva tehát az intimitás általánosan jelen van a másokkal való érintkezések során.

Az emberek társas interakcióik során bizonyos távolságot tartanak egymástól, ami az adott kultúrára jellemző módon nyilvánul meg (Hall 1987). A *proxemika*, vagyis a *távolságtartás elmélete* az amerikai kultúranthropológustól, E. T. Halltól származik. A távolságtartás egy nem verbális kommunikációs csatornaként használatos, és kifejezi a két fél egymással való kapcsolatát. Hall ezek alapján négyféle zónát különböztet meg, amelyek az egyént koncentrikus körökként veszik körül. A legkülső kör a *nyilvános tér*, ahol az ember személytelenül, anonim módon vesz részt az egyes interakciókban, majd

beljebb haladva a *szociális, vagyis társas tér* következik, ezen belül érintkezünk a kevésbé közeli ismerőseinkkel, mint amilyenek például ritkábban látott kollégáink. Ezek után még beljebb a *személyes tér* található, amelyen belül közeli barátainkkal, rokonainkkal érintkezünk. Az egyént közvetlen körülvevő kör az *intim tér*, amely mintegy „buborékként” öleli őt körbe. Ebbe a bizalmas távolságba csak a hozzánk legközelebb állók férközhetnek be, vagyis az intim kapcsolatban levők ezen belül érintkeznek egymással. Ebben a közelségben jellemző interakció lehet az egymás átölelése, megérintése. Ha valaki váratlanul belép ebbe a közeli bizalmas zónába, az egyén kényelmetlenül érzi magát, és gyakran ösztönösen hátrálni kezd.

Az intim zóna koncepciójához szorosan kapcsolódik a privát, személyes tér fogalma, amely térnek inkább a személyes oldala hangsúlyos, és egy tágabb, többféle aspektusú entitás. Az egyén privát terében képes kontroll gyakorlására, illetve ezen belül biztonságban érzi magát. A szülő nő által átélt stressz mértékét jelentősen befolyásolja az őt körülvevő légkör, hogy biztonságban érzi-e magát, milyen emberek vannak körülötte, vagyis hogy mi játszódik le *privát szférájában*. Az angol nyelvű szakirodalom „privacy” fogalma azonban enyhe eltérést mutat a magyar privát szféra elnevezéshez képest. Az angol megfelelő magában foglalja az intimitást, a visszavonultságot is; tehát a privát szféra elnevezéssel erre a kiterjesztett jelentésre is utalni kívánok. Fontos azt is megállapítani, hogy az intimitás és a privát szféra semmiképpen sem a nő egyedüllétét jelenti, és annak tisztelete nem egyenlő a nő magára hagyásával. A szüléskísérő támogatja a nőt vajúdása és szülése közben, lehetővé teszi számára, hogy a szüléssel együtt járó megváltozott tudatállapotban a szülés munkájára összpontosíthasson, ne zökkentsék őt ki különböző zavaró ingerek, és egyfajta biztonságos környezetet tart fenn a nő szülése alatt.

### **1.6.1. A privát szféra négyféle megközelítésmódja**

Nagyon korlátozott azon tanulmányok száma, amelyek a *privát szféra* jelentőségét vizsgálják szülés alkalmával. Sajnos a legtöbb tanulmány „privacy” néven a bizalmas információkezeléssel foglalkozik. A privát szférának is – akárcsak a tágabb környezetnek – bizonyára vannak elsődlegesen inkább fizikai vagy szociális vonatkozásai. A „privacy” fogalmának tisztázására Leino-Kilpi és munkatársai (2002) vállalkoztak, és négyféle

megközelítésmódját azonosították tanulmányukban: a fizikai, a szociális, az információs és a pszichológiai aspektusokat.

A *fizikai aspektus* talán a legkönnyebben megragadható. A kórházakban – a szülésközpontokkal vagy a nők otthonával ellentétben – a medikális protokoll dominanciája miatt szükséges egy privát és intim tér létrehozása, ahol a nő biztonságban érezheti magát. Az utóbbi évtizedekben a kórházakban az addig elterjedt többágyas szülőszobákat – ahol több nő szült egyszerre egymás mellett, legfeljebb egy függönnyel elválasztva – manapság már kezdik kiszorítani az egyágyas szülőszobák. Az egyágyas szobákban a szülő nők sokkal erőteljesebben megtapasztalhatják a számukra biztonságot nyújtó, őket védelmező privát teret, saját privát zónájukat. Fontos számukra egy olyan hely, ahol nem kell zavarban lenniük, akármit támad kedvük tenni, szabadon mozoghatnak és bármilyen hangot kiadhatnak. Sok nő ilyenkor tudattalanul különféle viselkedései által a világtól való elkülönülést, befelé fordulást választja. Azt is észrevették, hogy az otthonos berendezés megnyugtatja az anyákat. Így hát a dizájn eszközeivel a kezünkben sokat segíthetünk, hogy csökkentsük az anyai szülési stresszt. Nem kell feltétlenül költséges átalakításokra gondolni, hanem ezt a hatást néhány otthonosságot sugárzó elemmel is előidézhetjük. Ilyenek a hangulatos falszínezés, a tompított fények alkalmazása, faliképek, kényelmes kanapé, párnákkal ellátott pihenőhely vagy matrac elhelyezése. A korábbi fejezetben részletezett, szülést támogató fizikai környezet szerepe abban is rejlik, hogy segít a nőnek ezt a privát és intim teret biztosítani.

Alapvető azonban az is, hogy a kórházi személyzet hogyan *használja* a szülés helyszínéül szolgáló helyiségeket. Például – tiszteletben tartva a nő vajúdása és szülése során jelentkező zavartalanság és biztonság iránti igényét – csukva tartják-e az ajtókat, illetve kopognak-e, ha be szeretnének lépni, vagy a kórházak gyakran felgyorsult és hektikus életét beengedik, és a nyitva tartott ajtón bekiabálnak kollégájuknak, hangosan telefonálnak stb.

A privát szféra egyértelműen *szociális aspektusa* a szülő nő azon képessége és erőfeszítése, hogy társas környezetében másokkal való érintkezését kontrollálja. Vagyis azt, hogy kik és hányan jönnek be a helyiségbe, hogy ne keltsék a *zsúfoltság* érzését, vagy akár azt, hogy kivel milyen mértékig elegyedik beszélgetésbe. A szakirodalom alapján kiemelkedik az az eredmény, miszerint a szüléskísérő személyének azonossága, illetve az

idegen orvosok, gyakornokok megjelenésének mellőzése a nő szülésének kedvező lefolyását támogatja, és ezen feltételek megléte esetében kevesebb az orvosi beavatkozás. Mivel az intimitást alapvetően úgy határozhatjuk meg, mint a más személyhez való közelséget, a vele való összetartozás érzését és a bizalmat, ami két ember között létrejön, ezért erősen fedi a privát szféra társas, interperszonális aspektusát (Hunter 2012). Fontos a szülő nő partnerével és a szülésznővel, szülészorvosával való kapcsolata. Ebben a közeli bizalmas kapcsolatban az egyén kitárulkozik, személyes információt, mély érzéseit, aggodalmait osztja meg a másikkal, abban bízva, hogy azok elfogadásra találnak. A szociális aspektusról – amelyre lejjebb, a szüléskísérői támogatásról szóló részben fogok részletesen kitérni – még további lényeges faktorok látszódnak kirajzolódni a szakirodalom alapján.

A privát szféra védelme *információs oldalról* is alapvető, és az összes aspektus közül messze ez a leginkább kutatott szakterület (Burden 1998). Ez az ellátásban részesülő személy jogait öleli fel, miszerint a magáról kiadott, illetve a vele megosztott információk szigorúan bizalmasan kezelendők. Vagyis az ő magánügyeit, kezelését érintő közléseket más ne hallja, még a többi kismama sem a közös helyiségekben. Kórházi betegosztályokon a többágyas kórtermekben a privát szféra érzését növelendő gyakran függönyöket húznak a páciensek között. Egy új-zélandi kutatás megállapítja, hogy a függöny csupán kompromisszumos megoldás, ugyanis csak vizuális privát szférát képes teremteni, auditívát nem (Malcolm 2005). Emiatt a páciensek sok információt magukban tartanak, és nem osztják meg az őket ellátó szakszeméllyel, nehogy a szobatársak előtt kínosan kelljen érezniük magukat.

A privát szféra *pszichológiai aspektusa* talán a legnehezebben megfogható, mivel ez a korábban felsorolt aspektusok az egyes személyekre hatást gyakorló pszichológiai vetületeivel foglalkozik. Minden anyának különböző háttértörténete van, és minden megtapasztalt történés az ő sajátos személyiségjegyeivel, gondolati beállítódásával interakcióba lépve, elvezet aktuális egyéni élményeihez. Minden, a szülése közben megtapasztalt jelenség gyakran tudatosan vagy tudat alatt „emlékeztetheti” egy korábban már átélt életeseményre, különböző érzelmi, kognitív vagy viselkedéses válaszokat kiváltva. Egyéni beállítódása megnyilvánulhat abban, hogy például képes-e rábízni magát a testére, bízni annak megfelelő működésében, hallgatni annak jelzéseire, hogy mit esne jól tenni, vagy akár abban, hogy mennyire hajlamos átadni az irányítást a domináns más

személyeknek. Az is előfordulhat, hogy egy fiatalkori rossz emlék, feldolgozatlan szexuális trauma jön elő az egyes érintések, beavatkozások vagy kiváltképpen a vaginális vizsgálatok alkalmával.

Egy Skóciában végzett kutatás arról számol be, hogy annak ellenére, hogy mára már a vajúdási progresszió mérésének számos módja ismert, mégis a vaginális vizsgálat a leggyakrabban alkalmazott módszer (Shepherd és Cheyne 2013). Általában rutinszerűen alkalmazzák a szülészorvosok, és nem is tekintenek rá intervencióként. A nők viszont ezzel ellentétben kivétel nélkül kellemetlennek, feszélyezőnek és fájdalmasnak ítélik. Gyakori jelenség, hogy nem magyarázzák el a nőknek, hogy abban az időpontban éppen miért szükséges a vaginális vizsgálat, valamint a nők úgy érzik, hogy a vizsgálatot nem is utasíthaták volna vissza (Lewin és mtsai 2005).

### **1.6.2. Az érintés**

Az érintés aspektusa a privát szféra kezelésének és benne a személyek közti interakcióknak kiemelt területe, amely a vajúdo és szülő nő, valamint gondozója, szüléskísérője közti intimitást hangsúlyozza. Az érintésnek fizikai és szociális komponense is van, ezért érzelmileg erősen telített. Ahogy már korábban utaltunk rá: a „nyugalom és összetartozás” rendszeren keresztül történő stresszkezelésben a tapintásnak, az érintésnek kiemelt a szerepe. Vagyis két ember közti közeli kontaktus, érintés – oxitocin felszabadulásán keresztül – pozitív érzésekhez vezethet és növeli a bizalmat, elköteleződést két ember között. Innen eredeztethető az érintés terápiás jellege.

Az érintés az ápolás és a szüléskísérés alapvető eleme, és nélkülözhetetlen az ellátás során. Williams (2001) az ápolás során történő érintést – annak jellege és célja szerint – négyféle típusba sorolja: instrumentális, expresszív, terápiás és szisztematikus. A leggyakoribbnak számító *instrumentális érintés* a szükséges vizsgálatok, procedúrák elvégzésekor történik, ilyenek például a pulzus vizsgálata vagy az injekció adása. Az *expresszív érintés* ezzel ellentétben arra a spontán érintésre utal, amely érzelmeink, gondolataink kommunikációja során jelenik meg. Például a másik kezének megfogása, vállának átkarolása törődést, empátiát fejez ki. Hall (1987) szerint az érintés a másik egyén személyes, privát terébe való behatolással jár, amelyre az változó módokon reagálhat. Az érintést különféle módokon lehet értelmezni; néhány személynek fontos, és

az érintés gyengédséget, megnyugtatót jelent; míg más támadónak tekinti és kényelmetlen számára. A szülőszobán a nő meztelensége az intimitásnak egy erős szintjét tartja fenn, amelyet gondozóinak is tiszteletben kell tartaniuk. A nő számára minden bizonnyal külön erőfeszítést jelent, hogy ne jöjjön zavarba az őt ellátó személyek jelenlétében, sőt el kell tudni engednie magát, hogy zavara ne akadályozza a szülési folyamatra koncentrációjában.

A következőkben három, a gyakorlatban is megalapozott elmélet – a vajúdo és szülő nő támogatásakor kulcsfontosságú és az intimitás és privát szféra témaköréhez tartozó – felvetéseit, megállapításait mutatom be.

### **1.6.3. Gaskin: a záróizomtörvény**

Ina May Gaskin (2006), a világ legismertebb bábája *Útmutató szüléshez* című könyvében aggályait fejezi ki az Egyesült Államokban általánosan elfogadott „3P törvényével” kapcsolatban, amelyet sok szülő nő és – véleménye szerint – szinte az összes szülésorvos vall, miszerint a megfelelő vajúdo folyamathoz „3P-re” van szükség: az „utasra” (angolul: passenger), a „csatornára” (angolul: passage) és az „erőkre” (angolul: powers). A méhösszehúzóerő erejét mechanisztikus megközelítésben írja le, az anya fenomenológiai testi-lelki egységéről, vagyis pszichés oldaláról nem vesz tudomást. Azért támadja a „3P törvényt”, mert az az anyát hibáztatja a vajúdo során tapasztalt nehézségekért és a vajúdo nem megfelelő hatékonyságáért. Ennek a helytelen felfogásnak következményeként a helyzet „orvoslására” a szüléskísérő szakember által általában elhamarkodottan külső beavatkozásokhoz nyúl, számtalan szükségtelen császármetszést, fogóműtétet, vákuumextrakciót végezve el, amelyek gyakran további komplikációkhoz vezetnek. Ezen valóban érdemes egy kicsit elgondolkoznunk, hogy hazánkban éppúgy, mint az Egyesült Államokban, a mostani nagyjából egyharmados császármetszési arány esetében, amely évről évre határozottan emelkedni is látszik, nem a vajúdohoz és szüléshez való jelenlegi alapvető hozzáállásunkkal van-e a baj.

Gaskin a méhszaj működéséről szóló alapfeltevéseit a *záróizomtörvényben* fogalmazta meg:

„ - A kiválasztás, a méhszáj és a hüvely záróizmai intim környezetben és egyedül működnek a legmegfelelőbbben – például egy zárható ajtajú fürdőszobában vagy egy hálószobában, ahol valószínűleg vagy biztosan nem fog minket senki megzavarni. (Eredeti angol szövegben: ... in an atmosphere of intimacy and privacy...)

- Ezeket a záróizmokat nem tudjuk pusztán az akaratunkkal kinyitni, és nem engedelmessé válnak parancsoknak (például annak, hogy „nyomjál!” vagy „lazulj el!”).

- Egy záróizom a kinyílási folyamat közben hirtelen bezáródhat, ha a személy lelki egyensúlyát megzavarják, ha megijed, ha megalázva érzi magát, vagy zavarba jön.” (Gaskin 2006 135. o.)

Fontos itt megjegyeznünk, hogy a belső szervek izmai és maga a méh és a méhszáj simaizomból épülnek fel, és mint ilyenek akaratlagosan nem mozgathatók; szemben például a hüvely-, a hólyag- és a székletürítést segítő izmokkal, amelyek keverten tartalmaznak sima- és akaratlagosan mozgatható harántcsíkolt izmokat. Tudatosan tehát a méhet vagy a méhszájat nem tudjuk elengedni, viszont érzelmeink hatással vannak rájuk. A záróizmoknak még egy fontos tulajdonságáról számol be Gaskin, hogy az előzőleg laza záróizmok ijedségtől, veszélyeztetettségtől hirtelen összehúzódhatnak, mintha egy ajtó becsapódna, amit a szervezet stresszre adott „harcolj vagy menekülj” reakciójával hoz összefüggésbe. Tehát a nő pszichés támogatása szülés közben véleménye szerint elengedhetetlen.

#### **1.6.4. Odent: a zavartalan szülés**

A francia származású Odent véleményét a zavartalan szülés támogatásáról több évtizeden át tartó szülész-nőgyógyászorvosi hivatásának gyakorlása során alkotta meg. A szülés szerinte akaratlagosan nem befolyásolható esemény, ezért az a véleménye, hogy lezajlását segíteni azzal lehet kívülről leginkább, hogy *nem zavarjuk meg* (Odent 2003b).

Magát a szülési folyamatot evolúciósan ősi agystruktúrák szabályozzák. Véleménye, hogy az anyáknak a szüléshez különös mentális állapotba kell kerülniük, amelyet akár egyfajta módosult tudatállapotnak is nevezhetünk, amely a *limbikus agyi struktúrák* irányítása alá esik. Ha ez a szülésnek kedvező tudatállapot nem tud létrejönni, akkor a limbikus rendszer működését valami gátolja. Ez a gátoltság általában az agykéreg



aktivitása miatt lép fel. A fő veszélyt szerinte a természetes szülés esetében az *agykéreg* (*neocortex*), vagyis az intellektus központjának működése jelenti. Ha ugyanis az anyát az intellektusát serkentő ingerek érik, vagy megfigyelve érzi magát, a neocortex mindig aktív. Emiatt azt sem javasolja, hogy az anyát beszélgetésre ösztönözzük, mert maga a beszéd agykérgi területek irányításával valósul meg. Erős fények, egyes készülékek auditív vagy vizuális jelzése, sípolása (például folyamatos CTG) egyfajta készültségi állapotot teremt, ami képtelenné teszi a befelé fordulásra. Hangsúlyozza azt is, hogy a nő mellett olyan segítő jelenléte javasolt ilyenkor, akinek – mint egy anyafigurának – a jelenlétében megvalósulhat az intimitás, és nem kell zavarban legyen, bármit van is kedve tenni. Ha ezt szem elől tévesztjük, a fellépő feszültség komplikációkhoz vezethet és intervenciók alkalmazását teheti szükségessé.

#### **1.6.5. Fahy és Parratt szülési territórium elmélete**

Fahy és Parratt (2006) szerint amikor a szülésznő „szülésznői oltalomban” (*midwifery guardianship*) részesíti a vajúdo és szülő nőt, hogy létrehozza és fenntartsa az ő ideális *szülési territóriumát* (*birth territory*), akkor a nő nagyobb valószínűséggel szül természetes úton, elégedettebb lesz szülési élményeivel, és könnyebben alkalmazkodik a szülés utáni időszakban. Ezek az anyai hatások – az orvosi beavatkozások csökkenésével együtt – az újszülöttnak is előnyt jelentenek. Az ausztrál szerzők a megfelelő szülészkísérői ellátáshoz egy mindent összefogó keretelmélettel szolgálnak, amelyet Michel Foucault értékes felvetéseire alapoztak. A szülési territórium elnevezés elsődlegesen a szülés helyszínének jellemzőire utal, azt „terepnek” (*terrain*), az ott használt erőviszonyokat „hatáskörnek” (*jurisdiction*) nevezték el. A „terepen” belül két további fogalmat különböztetnek meg: a „*szentélyt*” (*sanctum*) és a „*felügyelt helyiséget*” (*surveillance room*), amelyek tulajdonképpen a kontinuum két végpontján helyezkednek el. A „szentély” egy olyan otthonos helyre utal, amely optimalizálja a privát szférát, és kényelmet, megnyugvást jelent a nő számára; a gyakorlatban ezekben a helyiségekben csukható ajtó és kád van, és könnyen elérhető a toalett. Minél kényelmesebb, ismerősebb és otthonosabb a nő számára a környezet, annál magabiztosabban és nagyobb biztonságban érzi ott magát és növeli érzését; ami aztán tükröződik szülése során az optimális fiziológiai működésében és érzelmi jóllétében. A „felügyelt helyiség” ezzel

ellentétben egy olyan klinikai környezetet jelöl, amely a szülő nő felügyeletével az ott dolgozó személyzet könnyű és kényelmes működésmódját segíti elő.

A szülés helyszínén fellépő erőviszonyok hatáskörének leírására Fahy és Parratt az „*integratív erő*” (integrative power) és a „*dezintegratív erő*” (disintegrative power) kifejezéseket használják. Az előbbi egy magasabb rendű cél érdekében mindenfajta erőt integrál, amelyben cél a nő teste és lelke egyesítésének támogatása, hogy képessé váljon spontán és kifejező módon reagálni testi érzéleteire és intuícióira, valamint hogy lehetővé váljon a spontán fiziológiai szülés. A „*szülésznői oltalom*” az „integratív erő” egyik megjelenési formája, a nőt és az ő szülési territóriumát védelmezi; a nő attitűdjeit, értékeit, meggyőződését tiszteletben tartva az ő biztonságát gyarapítja. Ellenőrzi továbbá – a nő vajúadásának és szülésének zavartalan lefolyása érdekében –, hogy szülési helyszínének határait ki lépheti át, és amennyire lehetséges, távol tartja azokat az embereket, akik „dezintegratív erőt” használnának. A zavartalanság azért kritikus tényező ekkor, mert lehetővé teszi számára, hogy biztonságban érezhesse magát, és ne kelljen neki éberen figyelnie a lehetséges veszélyekre. Ha ezt a felelősséget a szülésznőnek, illetve az őt támogató személyzetnek át tudja adni, akkor képessé válik arra, hogy a lehető legmegfelelőbben reagáljon saját testi észleleteire, és megtapasztalhatja az ösztönös szülés élményét. A „*szülésznői dominancia*” (midwifery domination) – amelyet hazánk gyakorlatához illesztve akár szülészervi dominanciának is nevezhetünk – a szerzők elmélete alapján azért hat zavaróan, mert interferál a szülő nő vajúadási folyamataival, mert arra ösztönzi, hogy alkalmazkodjon és engedelmességen a domináns fél akaratának.

A privát szféra nyugalmanak megzavarásával összefüggésbe hozható még a folyamatosan rögzített CTG eszközzel történő magzatiszívhang-hallgatás, a túl sok beszéd, a szemkontaktus, az anyák és egyéb rokonok túlzó aggodalma, a sok fotózás (Blix 2011, Dixon és mtsai 2013). Ezen cselekvések, történések – mivel éberen tartják az agykérget, vagy mert a stresszreakció megjelenését ösztönzik – mind kihozhatják a nőt a vajúadás módosult, befelé forduló tudatállapotából, és lassíthatják a szülés természetes előrehaladását.

A szülés folyamatának az intimitás és privát szféra szempontjából történő megközelítése tudatosíthatja bennünk a nyugalom és zavartalanság megteremtésének fontosságát, valamint elgondolkodtat a kultúránkban szokásos jelenlegi szülésvezetési móddal kapcsolatban. Mindezek mellett egyfajta tiszteletet ébreszthet bennünk a nő és

szülése egyedisége iránt, ahol nem szükséges a szülésvezető személyzetnek dominálnia az eseményeket, hanem a legjobb, ha biztos támaszként háttérből, őrző szemekkel figyelik az anya szülésének kibontakozását addig, amíg valóban szükség nem lesz rájuk.

## **1.7. A szociális támasz szerepe a szülési stresszel való megküzdésben**

Evolúciós múltunk arra emlékeztet minket, hogy a hormonális változások révén a természet évmilliók óta gondoskodott az anyákról és a szülési stresszel való megküzdésük segítségéről, amelyben az emberi fajnál a társas támogatás is fontos szerepet kapott (Bereczkei 2003, Feldman és mtsai 2007). Rosenberg és Trevathan (2002) antropológiai vizsgálódásaik során arra a következtetésre jutottak, hogy a szülés több tízezer év alatt egy, a társak jelenlétét is magában foglaló, szociális eseménnyé vált az evolúció folyamata során. A társak szerepe véleményük szerint nem a beavatkozások végrehajtása volt, hanem hogy jelenlétük enyhítette a méhösszehúzóerők fájdalmát, könnyebbé tette elviselését. A társak támogató jelenléte – az anyával kialakított bizalmas és intim kapcsolat révén – tovább fokozhatják az endogén oxitocin hormon termelődését, ami tovább segítheti a szülés természetes és rendes tempójú lefolyását (Uvnäs-Moberg 2003).

### **1.7.1. A társas támogatás elmélet, a társas támogatás puffer hipotézise**

Az 1970-es évektől nőtt az olyan publikációk száma, amelyek az egészség, a jóllét és a stresszel való megküzdés folyamatában kiemelik az egyén társas kapcsolatainak jelentőségét. Csabai és Molnár (2009) a legáltalánosabb definícióként Kaplan és munkatársai 1977-ből származó meghatározását tartja, miszerint a *társas támogatás fogalma* a jelentős mások által biztosított pszichoszociális erőforrások meglétét – vagy éppen hiányát – jelenti (Kaplan és mtsai 1977 idézi Csabai és Molnár 2009). A társas támogatottság serkenti az egyén egészségviselkedésének megjelenését, lehetővé teszi a problémák közös megbeszélésén keresztül a szorongás csökkentését, és hozzájárul a pozitívabb önértékelés, a magasabb kontroll érzéséhez (Dávid és mtsai 2014).

Az olyan akut vagy krónikus stresszkeltő tapasztalatok, mint a betegség, egyes életesemények vagy az élet egyes szakaszából másikba történő átmenetek (például pubertáskor, anyává válás), szokatlan kihívás elé állítják az egyént. Egyes események

ezek közül megnövelik a testi vagy pszichés zavarok, betegségek megjelenésének kockázatát. Az érzelmi, információs és konkrét fizikai vagy instrumentális források megosztása vagy cseréje – amely összhangban van a másik szükségleteivel – elősegíti a kihívásokkal való megküzdést és ezért védelmező hatású (Cohen és Pressman 2004). A *társas támogatás puffer hipotézise* szerint a pszichoszociális segítség stressz esetén mediálja vagy csökkenti a kockázati tényezők negatív hatásait. Ezenkívül csökkentheti a stresszt azáltal is, hogy a társak a konkrét segítségnyújtáson túl támogathatják az egyént a helyzet átértékelésében vagy a megfelelő megküzdési stratégia megtalálásában is (McCourt 2017, Dávid és mtsai 2014). A stressz pufferhipotézise eredetileg az orvos és epidemiológus John Casseltól (1976 idézi Cohen és Pressman 2004) és a pszichiáter Sidney Cobbtól (1976 idézi Cohen és Pressman 2004) származik. Felfigyeltek arra, hogy a társakkal való megfelelő kommunikáció esetén az egyének kevésbé voltak kiszolgáltatottak az egyes betegségeknek, illetve krízisek alkalmával védetteknek bizonyultak. Ki kell emelni, hogy a társas támogatás nemcsak konkrét stressz esetén fejti ki kedvező hatását, hanem már a stresszor megjelenése előtt is, növelve a személy magabiztosságát, stabilitás- és helyzet feletti kontrollérzetét és támogatja a kedvező viselkedések megjelenését (Cohen és Syme 1985).

A társak támogatása számos ponton képes beavatkozni a stressz és az egészség közötti eseményláncba (Cohen és Pressman 2004). Először, ha a személy úgy véli, támogatják, a szituációt kevésbé értékeli fenyegetőnek. Másodsorban mérsékli az érzelmi választ, csillapítja a fiziológiai választ, és megakadályozhatja az egyén maladaptív viselkedéses reakcióit. A másokkal való beszélgetés lehetősége kognitív szinten is hat, csökkenti a zavaró gondolatok megjelenését. Végül a társas támasz érzete csökkenti a stresszreakciót, lenyugtatja a neuroendokrin-rendszert, és arra ösztönzi az egyént, hogy a stresszre kevésbé reagáljon.

A szociális (társas) támogatás fiziológiai megközelítésében komplex fiziológiai mechanizmusokat vélnek felfedezni az egészség és a társas támogatás között. Ezek a kutatások megpróbálják eltüntetni a természettudományok és társadalomtudományok által képviselt test és elme dualisztikus megközelítését (Downe és McCourt 2008). Endokrinológiai bizonyítékokra alapozva megállapítják, hogy a hormonális mechanizmusok fontos szerepet játszanak a stressz és a társas támogatás kapcsolatának

kutatásában, és kiemelik azok közvetlen szerepét az egyén hosszú távú egészségének alakulásában.

### 1.7.2. A társas támogatás típusai

A perinatális időszak során jelentős változások mennek végbe a nő életében, ennek során a hatékony szociális támogatás szerepe kiemelkedő. A személy szociális hálózata vagy társas támogatási rendszere egyfajta megküzdési forrásként tekinthető, és védő hatású a stresszel és a depresszióval szemben. Lazarus és Folkman (1984), valamint Cohen és McKay (1984) társas támogatás meghatározása jól alkalmazható a vajúadás és szülés közben nyújtható segítség leírására. Mindkét elmélet a szociális támogatás három fajtáját különbözteti meg, amelyek tartalmukban tulajdonképpen ugyanazon módokat takarják, csak elnevezésükben található némi különbség.

Lazarus és Folkman a *stressz, értékelés és megküzdés kognitív-fenomenológiai modelljében* a szociális támogatás három alábbi fajtáját különböztetik meg (Lazarus és Folkman 1984, Folkman és Lazarus 1985). Az *érzelmi támogatás* véleményük szerint ahhoz járul hozzá, hogy az egyén úgy érezze, elismerik, szeretik és törődnek vele; a *kézzelfogható támogatás* közvetlen fizikai és tárgyi segítségnyújtást jelent; és végül az *információs támogatás* információval és tanáccsal látja el az egyént.

Cohen és McKay (1984) a korábbi elmülethez képest részletesebb leírással szolgál az egyes típusokról. Három típusuk a következő: 1. kézzelfogható (fizikai, technikai) támogatás, 2. kiértékelés jellegű támogatás és 3. érzelmi támogatás. A *kézzelfogható fizikai támogatás* szülés esetében olyan gyakorlati viselkedésre utal, mint a simogatás, masszázs, a nőnek pár korty ital adása, fizikai támasz nyújtása séta közben. A fentiekben felsorolt segítési módokat a szakszemélyzetten kívül a szülő nő partnere is alkalmazhatja. A *kiértékelés jellegű támogatás* során a szüléskísérő olyan információval látja el a nőt, amely bővíti tudását vagy a megfelelő beállítódást igyekszik biztosítani a kognitív struktúra módosításával. Azért is jelentős, mert a megfelelő információk birtokában kompetenssé válik a szülésének előrehaladását érintő döntések meghozatalában, és ezáltal nő a kontrollérzete is. A szülés helyzetében inkább a professzionális segítők részéről jellemző a segítségnek ez a fajtája, de csak akkor, ha a nő és támogatója közt valódi bizalmi kapcsolat van, és kölcsönösen elfogadják egymás véleményét. Végül az *érzelmi*

*támogatás* újra kiemeli a nem professzionális segítők szerepét. A bátorító szavak és gesztusok által az anyának azt az érzést adják, hogy elfogadják, támogatják, szeretik, sőt csodálják (Tarkka és Paunonen 1996, Soltész és mtsai 2015). A vajúdás és szülés folyamata során ez növeli a nő kompetencia- és helyzet felett tapasztalt kontrollérzetét és ezáltal biztonságérzetét is (Cohen és McKay 1984, Hodnett és mtsai 2011). A kézzelfogható fizikai segítségre más szerzők gyakran hivatkoznak praktikus vagy instrumentális segítségként (McCourt 2017).

### **1.7.3. A vajúdás és szülés közbeni szüléskísérői támogatás**

A történelem folyamán a nőt vajúdása és szülése alatt általában édesanyja vagy más bölcs asszony támogatta, aki végig vele volt a csecsemő megszületéséig, sőt az azt követő órákban is. A hivatásos bába a nő gondját viselte várandóssága, szülése alatt és a posztpartum időszakban is. Ahogyan azonban a szülés általános helyszíne megváltozott, és az otthoni helyszínt felváltották a kórházak, a fizikai környezettel együtt a szüléskísérés módja is megváltozott. A szülő nő folyamatos támogatása nehezen megvalósíthatóvá vált intézményi keretek között. A szülési folyamat időben és térben széttöredezett, és a gondozó személye is állandóan változik. A nő a kórházba beérkezvén először egy vizsgálatot követően a vajúdóban van, majd ha már elég erősek a méhösszehúzóerői, bekerül a szülőszobára; szülése után néhány órával pedig a gyermekágyas osztályra viszik. Ez alatt az őt ellátó szakember személye is folyamatosan változik, mindig új gondozók, szülésznők, ápolók, orvosok látják el. A nők szülés közbeni kísérése általánosan a szülésznők és szülésorvosok kezébe került. Csak pár évtizede vált elfogadottá, hogy a szülésnél az apa, egy barát vagy más közeli rokon is jelen lehet. Hazánkban az 1997-ben megjelent egészségügyi törvény tette hivatalosan is lehetővé, hogy minden szülő nő mellett ott legyen egy közeli hozzátartozója (1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről). A partner, rokon, barát vagy dúla támogatása eltér a professzionális gondozói támogatástól, és kiegészíti azt (Hodnett 1996).

*A vajúdás és szülés támogatása* Sauls (2004, 2006) meghatározása szerint a szüléskísérő és a nő szándékos interakcióit jelenti, amelyek segítenek a nőnek a vajúdás és szülés kihívásaival pozitívan megküzdni. Hotelling szerint lényegre törően írják le a várandósság, szülés és posztpartum időszakokkal foglalkozó pszichoterapeuta és a

Nemzetközi Dúla Szövetség (DONA International) egyik alapítótagjának, Phyllis Klausnak szavai az efféle támogatás mibenlétét, miszerint „nekünk szüléskísérőknek (szülésznő, dúla) az a feladatunk, hogy a nőt arról a helyről, ahol éppen van, elvigyük oda, ahová menni szeretne” (Hotelling 2009 54.o.).

Alapvető különbség van a hazai és a nyugati kultúrában a szüléskísérők által ellátott feladatok között. Az angolszász országokban, Skandináviában, Hollandiában stb. a szülésznőknek nagyobb a felelősségük, és olyan feladatokat látnak el, amely Magyarországon már az orvosok kompetenciájához tartozik. A szülésznők tevékenységéhez a felsorolt országokban általánosan sokféle beavatkozás végzése is hozzátartozik, és epidurális fájdalomcsillapítást is adhatnak. És mivel szülészorvos nincs mindig jelen, felelősségük riasztani az orvost, ha az szükséges a gyermek vagy a nő egészsége érdekében. A normál szüléseknél az orvos csak egy-egy alkalommal megy be a vajúdót megnézni, ellenőrizni. Hazánkban ezzel ellentétben a szülészorvos is a legtöbb esetben jelen van. Tekintélyénél fogva a szüléskísérők közül ő a domináns, és az intézményi orvosi háttér személye által erősebben megjelenik abban a módban, ahogyan a szülő nőt ellátja, és abban, hogy mikor és milyen beavatkozásokat lát szükségesnek. Ezek a különbségek a hazai és a külföldi szakirodalom szüléssel kapcsolatos cikkeiben szintén tükröződnek.

A szülés utóbbi évtizedekben megfigyelhető folyamatos medikalizációja erősen rányomja bélyegét a szülésznői ellátásra is. Mintha a szülésznői ellátás is eltolódna a túlzott technika és farmakológiai módszerek keresésének irányába. Az intrapartum ápolók, szülésznők által végzett tevékenységek feltárását végző kutatások azonban meglepő eredményeket közöltek. Míg tudjuk, hogy a vajúdás közbeni támogatás a szülésznői ellátás fontos eleme, a szülésznők munkavégzésük során csak idejük 6,1%-át töltötték a nő tényleges fizikai vagy emocionális támogatásával (Gagnon és Waghorn 1996). Egy másik kutatásban ez az arány 9,9% volt (McNiven és mtsai 1992). A szülésznők idejük nagy részét a vajúdó nőtől fizikailag távol egyéb különböző elfoglaltságokkal töltötték.

Mivel azonban a szülésznők általában több időt töltenek a nő társaságában, mint bárki más az egészségügyi gondozók köréből, ezért különleges helyzetüknél fogva pozitív irányban képesek befolyásolni a nő vajúdásának és szülésének alakulását. Lundgren és munkatársai (2009) valamint Howarth és munkatársai (2011) amellet

érvelnek, hogy a nő és a szülésznő közt felépülő kapcsolat és a szülésznő által kialakított légkör teremti meg a nő pozitív szülési élményéhez vezető utat. Kapcsolatuk minősége alapvetően befolyásolja a szülésznői ellátás minőségét is, mivel a szülésznő tevékenysége által a gondozás minden aspektusa összefonódik. Minden iránymutatás, tevékenység, rutinművelet, beavatkozás és információ veszt értékéből, ha a szülésznő nem elég „jó” (Hunter és mtsai 2008). Ez mind arra ösztönöz, hogy tudatosan igyekezzünk megfejteni, miben rejlik a hatékony támogatást nyújtó szülésznői ellátás.

A nő elsődlegesen személyes forrásaiból meríti a vajúdas és szülés stresszével való megküzdés képességét, de az a társak viselkedése által fokozható vagy akár korlátozható. Egy kutatás eredményei szerint nők szülési stresszük jellemzésében hangot adnak annak, hogy vajúdas és szülés közben sérülékenynek és magukra hagyottnak érzik magukat, ezt a leghatékonyabban a gondozást ellátó személy folyamatos jelenléte és pozitív támogatása oldja (Van der Gucht és Lewis 2015). A szülésznők folyamatos gondozásukkal képesek a szülést fiziológiai mederben tartani vagy oda visszaterelni, ha a nő által tapasztalt túlzott stressz a kezdetben kedvezőtlenül befolyásolta szülését. Ezáltal arra is hatással vannak, hogy milyen rövid és hosszú távú pszichoszociális következményeik lesznek a nő szülési tapasztalatainak (Payant és mtsai 2008, Adams és Bianchi 2008). Ezenkívül olyan tevékenységeket, vajúdas pózokat javasolhatnak, amelyek jótékony hatásúak lehetnek a vajúdas alakulásában. A fizikai támogatás és a nő kényelmét fokozó intézkedések kedvező irányba terelik a szülést és növelik a szüléssel való elégedettséget. Ennek elérésére a szülésznők védelmezik a nők környezetét, megfelelő testhelyzeteket javasolnak, simogatják vagy masszírozzák a nőt (Adams és Bianchi 2008, Payant és mtsai 2008). A felsorolt intézkedések mind támogatják a nőt abban, hogy vajúdas és szülési folyamatában aktívan részt vehessen, ami magabiztossággal és erővel ruházza fel; sőt csökkenti a fájdalmat, ezáltal a fájdalomcsillapítók használatát és a perineum sérülését, viszont hatékonyabb méhösszehúzóadásokat tesz lehetővé.

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO 1996) és az Egyesült Királyságbeli egészségügyi szervezet, a NICE (National Institute for Health and Care Excellence 2014) bizonyítékokon alapuló ajánlásai alapján minden nőnek szüksége lenne egy segítőre, aki szülése folyamán végig vele van, és csak órá figyel, valamint azt is kimondják, hogy a nőket nem szabad egyedül hagyni vajúdasuk és szülésük alatt.



#### **1.7.4. Intimitás a szülésznő-szülő nő kapcsolatban**

Az intimitásnak egyértelműen vannak terápiás vonatkozásai is. A gyógyító-gondozó személy és páciense közti intim természetű viszony pozitív hatású és elősegíti, gyorsítja a gyógyulási folyamatot. Florence Nightingale – angol ápolónő, az ápolónői hivatás és képzés megteremtője – elképzelése és gyakorlata alapján az ápoláshoz az első időkben hozzátartozott a páciensről való professzionális elhatárolódás. Az érzelmi elhatárolódás és távolságtartás fontos érték volt, amelyet általánosan mindenki betartott a betegápolás során. Az 1980-as és 90-es évektől azonban újfajta ápolási ideológia jelent meg, amely újradefiniálta az ápoló-beteg kapcsolatot, és a mind fizikai, mind emocionális szinten történő elköteleződés, közelség lett az új érték (Williams 2001). A gyógyítás során az ápoló jelenléte, a beteggel való türelmes bánásmód és élményének elismerése által a beteg és ápolója közelebb kerültek egymáshoz. A szülésznői viselkedés mikéntje, az egyes cselekvések, tettek nem mindig kézzelfogható okkal magyarázhatók, gyakran nonverbálisan, empátikus úton jelentkeznek, csak egy-egy hirtelen megérezésből fakadnak.

Az ápolóknak gyakran nehéz terhet jelent, hogy megfelelő ellátást nyújtsanak akkor is, amikor a beteg szexualizált testével kell törődniük és az intimitásnak egyfajta kényszerűen magas szintjén kell ellátniuk őket. Wharton és Pearson (1988 idézi Williams 2001) azonban az ápoló és beteg intim kapcsolatának vizsgálata során azt az érdekes megfigyelést tette, hogy a fizikai feltárulkozás lehetőséget adhat a mélyebb érzelmi pszichológiai kapocs kialakulásához is. Például a páciens fürdetése ahhoz vezethet, hogy az mélyebb gondolatait, aggályait és félelmeit is megosztja az őt gondozó személlyel.

#### **1.7.5. A támogató szülésznői viselkedések fajtái**

A korábbiakban felsorolt kutatási eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy a szülésznő szociális támogatása fokozza a nő megküzdési erőfeszítéseit és szülési élményeivel kapcsolatos pozitív érzéseit. A nők szülési élményének alakulásában és utólagos elégedettségében az első kutatások a szülésznői jelenlét, a megnyugtató, a biztatás, az elfogadás, a tisztelet, a barátságos és személyre szabott ellátás fontosságát

hangsúlyozták, és megállapították, hogy a szülésznő által a vajúdo és szülő nő jelenlétében eltöltött idő bejósolta az ellátással való elégedettséget, ami ténylegesen a döntő faktornak bizonyult a szüléssel való elégedettségben (Shields 1987, Kintz 1987).

Janet Bryanton kanadai kutató és munkatársai (1994) Kintz (1987) korábbi munkájára támaszkodva a vajúdo nőknek nyújtott szülésznői támogató viselkedés fajtáit gyűjtötték össze, és annak meghatározására vállalkoztak, hogy az újdonsült anyák mely szülésznői támogató viselkedéseket tartják leghatékonyabbnak a stresszükkel való megküzdésük során. Kutatásuk elméleti háttéréül a Lazarus- és Folkman-féle (1984) stressz, értékelés és megküzdés kognitív-fenomenológiai modelljét választották, ugyanis átfogóan és megfelelően jellemzi a vajúdas élményét. Ahogy arról a bevezetés korábbi részében írtam, Lazarus és Folkman modellje a társas támogatás háromfajta módját írja le: az *érzelmi, a kézzelfogható fizikai és az információs támogatást*. A kézzelfogható fizikai és információs támogatás érzelmi síkon szintén kifejtheti hatását, ha az egyén azt önkéntesnek és törődőnek észleli. Bryantonnak és munkatársainak (1994) vizsgálatában a leginkább segítőnek tartott szülésznői viselkedés a nő személyre szóló ellátása volt. Egyéb kutatások alapján a szülő nők által leginkább értékelt szülésznői viselkedések a következők: a nő dicsérete, iránta való tisztelet kimutatása, barátságos viselkedés, nyugodt és magabiztos ellátás, törődés mutatása, elfogadás, a szülésznő folyamatos jelenléte, felmerülő kérdések megválaszolása, kórházi rutinműveletek elmagyarázása, a légzésben és az ellazulásban való segítség és a nő véleményének tisztelete (Kintz 1987, Field 1987). A szülésznői támogatás korábban felsorolt három fajtája újabb vizsgálódások alapján egy negyedik kategóriával is kiegészül (2. táblázat), amely a *nő pártfogása*, igényeinek képviselője (Adams és Bianchi 2008, Gagnon és Waghorn 1996). Amikor más jelenlevőknek a nő szükségleteivel interferáló a viselkedésük, akkor a szülésznők beavatkoznak, és a nő helyett beszélnek, amikor ők képtelenek beszélni vagy sérülékenységük miatt nem tudnak kiállni magukért, igényeikért. A szülésznő ilyenkor a nő helyett beszél az orvossal vagy a folyamatosan aggodalmaskodó vagy másképp zavaró rokonokkal. Ehhez szükséges a szülésznő és a szülő nő közti bizalmas kapcsolat létrejötte.

Általános megfigyelés a vajúdas és szülés közbeni segítséget feltáró kutatásokban, hogy a legtöbbször tartott viselkedések nagyrészt affektív típusba sorolhatók, vagyis a nő érzelmi támogatását célozzák meg az ő elfogadásán, szeretetén, gyengéd törődésen, biztonság nyújtásán keresztül, ezek aztán hozzájárulnak a nő szülési élményével való

utólagos elégedettségéhez is (Bryanton és mtsai 1994, Holroyd és mtsai 1997, Abushaikha és Sheil 2006).

2. táblázat – A szüléskísérői támogatás módjai (fő forrás: Adams és Bianchi 2008)

<p><b>Kézzelfogható fizikai támogatás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Környezet feletti kontroll (szobahőmérséklet, hangok és fények tompítása, személyes tárgyak megfelelő elrendezése)</li> <li>• Különböző pozíciók javaslata és kivitelezésének segítése. Ülés, állás és egyéb függőleges testhelyzetek, járkálás, törölköző húzása, oldalt fekvő testhelyzet, partner vagy más szüléskísérő az ülő vagy guggoló nőt hátulról támasztja, guggolás</li> <li>• Masszázs, fájdalomcsillapító akupresszúra pont nyomása, gátmasszázs, kétoldali csípőszorítás, hideg borogatás nyakra, homlokra, keresztcsonttájékra, meleg borogatás hát alsó szakaszán, combokon</li> <li>• Higiéniai igények kielégítésének segítése</li> <li>• Hidroterápia (meleg vízbe merülés, zuhany)</li> <li>• Partner igényeinek elismerése, támogatása</li> </ul>
<p><b>Érzelmi támogatás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hatékony gondozói attitűd: megfelelő gyakorlati tudás, nyitottság, nyugodtság, ítélkezésmentesség, rugalmasság, nem tolakodó viselkedés, diszkréció, tiszteletli bánásmód</li> <li>• Megfelelő verbális és nem verbális kommunikáció: határozott, de lágy és nyugodt beszéd, bátorítás, megerősítés, osztatlan figyelem</li> <li>• Szülész női jelenlét: fizikai és mentális jelenlét, korai bizalmas kapcsolat kialakítása</li> <li>• Mentális támogatás: negatív gondolatok pozitívvá váló újraakterezése</li> <li>• Spiritualitás: spiritualitás elismerése, ima, meditáció, hipnózis</li> <li>• Partner megnyugtatása, bátorítása</li> </ul>
<p><b>Információs támogatás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hatékony verbális és nem verbális kommunikáció: visszatükrözés, újraakterezés, megfelelő szavak és kifejezések használata, megfelelő testbeszéd</li> <li>• Információk átadása: a szülési környezet megmutatása, gondozási mód és rutinműveletek ismertetése, információ a fájdalomcsillapítás módjáról és hatásáról, orvosi zsargon érthetővé tétele, visszajelzés a szülés előrehaladásáról</li> <li>• Instrukciók adása: útbaigazítás a légzéssel, relaxációs technikákkal és kitolás módjával kapcsolatosan,</li> <li>• Döntésekbe való bevonás</li> <li>• Partner számára történő információk és útbaigazítások nyújtása, viselkedések javaslata a nő megfelelő támogatásához</li> </ul>
<p><b>Pártfogás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A nő védelme, szükségleteinek figyelembe vétele, azok más személyek felé való képviselése</li> <li>• Kliens személyiségjogainak és szemérmességének, privát szférájának védelme</li> </ul>

Érdemes hangsúlyozni, hogy a segítő szülész női viselkedések sorában megjelenik a szülő nő partnerének támogatása is. Ez azt jelenti, hogy maguknak az apáknak a szülésélménye is komplex, több dimenzióval jellemezhető. Nekik is szükségük van arra, hogy a személyzet elismerje és jogosnak tartsa szülőszobai tartózkodásukat, továbbá megerősítsék őket abban, ahogyan párjukat vajúadásuk és szülésük során támogatják.

Szintén megfelelő információ, érzelmi útmutatásra és akár konkrét fizikai segítségre lehet szükségük nekik is apává válásuk során, és a szakorvosoknak és szülésznőknek fontos éssben tartaniuk, hogy ezenfelül instrukciókat várnak, hogy hatékonyan támogathassák párjukat (Soltész és mtsai 2015, Adams és Bianchi 2008, Bryanton és mtsai 1994).

### **1.8. További faktorok: felkészülés a szülésre, szabad mozgás- és pozícióválasztás, kontrollérzet, tudatosság, elégedettség**

A kismamák és párjaik számos módon készülhetnek a szülés eseményére. Sok információt gyűjtenek be a szüléssel kapcsolatosan, amihez az egyik legkézenfekvőbb út a *szülésfelkészítő foglalkozásokon való részvétel* – amely a választott kórházban is nagy valószínűséggel elérhető. Az előzetes *szülőszoba-látogatás* általánosan részét képezi az ilyen felkészítő foglalkozásoknak, de gyakran azon kívül is ad lehetőséget a kórházi személyzet a szülőszoba megtekintésére. Bandura (1994) *énhatékonyság-elmélete* előtérbe helyezi az előzetes információ gyűjtését egy adott szituációban levő lehetséges egyéni cselekvési módokkal kapcsolatban, amelyek befolyásolják a megküzdési képességet. Ezek szerint annak előzetes megismerése, hogy egy adott kórházi szülőszoba milyen lehetőségeket kínál a vajúadás és szülés kihívásaival való megküzdéshez, a nőt az énhatékonyság érzésével ruházza fel a majdani szülés alkalmával. A vajúadás és szülés során tapasztalt magas énhatékonyság Larsen és munkatársai (2001) és Stockman és Altmaier (2001) vizsgálatai szerint a nők pozitívabb szülésélményével áll kapcsolatban, sőt megtapasztalásával még a fájdalom is csökkenni látszik. A szüléssel való elégedettséget jelentősen befolyásolják a szüléssel kapcsolatos előzetes várakozások, amelyek számos esetben az *előzetes szülési terv készítésében* nyilvánulnak meg. A várakozások egyfajta szereprendszerhez köthetők és elvárásokat támasztanak a szülés résztvevőivel szemben, ezekbe beletartoznak a nő saját magával szemben támasztott, szüléssel kapcsolatos elvárásai is (Christiaens és Bracke 2007). Ha teljesülnek az előzetes várakozások, a nő korábbi értékei, hiedelemrendszere megerősítést nyernek, a szüléskísérőkkel való kapcsolata elmélyül, a nő önértékelése megnő, ami végső soron mind a szüléssel való elégedettségéhez járul hozzá. Ha viszont a szülés valós eseményei eltérnek az elvárttól, azok között konfliktus jelentkezik, az a nő fokozott stresszélményéhez vezethet. A szülési terv készítése manapság egyre elterjedtebb

gyakorlat a szülés előtt álló nők körében. A szülési terv előzetesen megírt formája a nő preferenciáit és véleményét tartalmazza, és ily módon segíti a kommunikációt is az őt ellátó szakszeméllyel. Rizvi és Clarke (2011) eredményei alátámasztják azt a nézetet, amely szerint az előzetes terv a szülésre való felkészülés hatékony formája, és növeli a nő szülés alatti tudatosságérzését. A tervet készítőik nagyobb arányban érezték, hogy részt vettek a szülésüket érintő döntésekben, kevesebbszer alkalmaztak esetükben epidurális analgéziát, és jelentősen alacsonyabb számú volt körükben a császármetszés és az instrumentális szülés valószínűsége.

A vajúadás és szülés során a *mozgás lehetősége és a szabad testhelyzetválasztás* biztosítása és támogatása szintén fontos eleme a nőközpontú ellátásnak. Lothian (2009) a bizonyítékokon alapuló szülési gyakorlat elterjesztése érdekében megfogalmazott hat biztonságos szülést elősegítő technika között említi a szabad járkálást, mozgást és testhelyzetválasztást. A mozgás ugyanis támogatja az anyákat a méhösszehúzódások erejével való megküzdésében és mindeközben elősegíti a magzat szülőcsatornában való megfelelő haladását. Kutatások bizonyítják, hogy lerövidíti a vajúadást, hatékony a fájdalom csillapításában, kisebb vérvesztéssel és kevesebb gátsérüléssel jár, és kevésbé valószínű a kedvezőtlen magzati szívhangmintázat (Lothian 2009). Storton (2007) eredményei alapján a vajúadás során a járkálás csökkentette a császármetszés és a fogó vagy vákuum általi instrumentális szülés valószínűségét. A függőleges testhelyzetek (ülés, állás) kutatások szerint fájdalomcsökkentő hatásúak, a nők kevésbé igényelnek ezek alkalmazása esetében farmakológiai fájdalomcsökkentő szereket, és növelik az összehúzódások minőségét és hatékonyságát (Gilder és mtsai 2002). A guggolás mindamelllett, hogy elősegíti a magzat leereszkedését és a megfelelő irányba történő rotációját, alacsonyabb fájdalomérzettel és rövidebb kitolási szakkal jár (Albers 2003, Soong és Barnes 2005).

A szülés során az *észlelt kontroll koncepciója* is kiemelendő. Akárcsak az egészség megtartásában és a betegségek kialakulásában, a szülés során érzett kontroll is fontos szerepet tölt be a későbbi testi és pszichés kimenetel szempontjából. A stressz kezelésében is alapvető a szerepe, mert segítségével hatékonyabb megküzdési stratégiák alakíthatók ki, míg a személyes kontroll észlelt hiánya a tehetetlenség érzetét váltja ki és kellemetlenebb kimenetellel hozható összefüggésbe (Smith és mtsai 2005). Azon keresztül, hogy az illető hatékonyan tartja-e magát egy adott szituációban és mennyire

érzi, hogy kontrollálni, befolyásolni tudja azt, döntő jelentőségű énképének és önértékelésének alakulásában is (Fiske és Taylor 1984 idézi Csabai és Molnár 2009). Goodman és munkatársai (2004) vizsgálatában a nők szülésükkel való elégedettségét legerőteljesebben bejósoló tényezőnek a nők által érzett személyes kontroll bizonyult.

Ehhez szorosan kapcsolódik a *tudatosság* fogalma. Manapság a természetes szülést pártolók körében gyakori igényként szokott jelentkezni, hogy a vajúdas és szülés alkalmával aktív szereplőként legyenek jelen, akik tudatában vannak a testükben és környezetükben zajló eseményeknek. Az intézményekben történő szüléseknél elterjedt fájdalomcsillapítási beavatkozás a bódulatot előidéző nitrogén-dioxidos kéjgáz belélegeztetése, ami az anya szülés közbeni tudatosságát jelentősen befolyásolja (Ford és mtsai 2009). Ennek azonban számos mellékhatása ismert: szédülés, hányinger, fejfájás. Sok kismama szülésbeszámolójából tudhatjuk, hogy kábult állapotuk miatt nem érezték, hogy lélekben is „jelen voltak” gyermekük megszületésénél. Gyakran azonban az édesanya lelki beállítódása, szorongása teszi nehezzé, hogy tudatosságát megőrizze, amiben nagy segítségére lehet a szüléskísérők megnyugtató szavai, a bizalmi kapcsolat kialakítása. A tudatosság témaköréhez meg kell jegyezni azonban, hogy a szülés közben a megváltozott tudatállapot rendszeresen leírt jelenség, amely az endogén hormonális folyamatok következményeként jelenik meg, és a nők csökkent fájdalomérzetével, sőt egyfajta boldogságérzetével szokták összefüggésbe hozni (Halldorsdottir és Karlsdottir 1996, Dixon és mtsai 2013). Tehát a tudatosság vajúdas és szülés helyzetében komplex jelenség.

Az *elégedettség* a szülési élménnyel kapcsolatosan legelterjedtebben vizsgált kvalitatív következmény (Conesa Ferrer és mtsai 2016). Azért is készül sok vizsgálat a felmérésére, mivel tudvalevő, hogy a szüléssel való elégedettség hatással van az anya későbbi egészségére és újszülöttjével való kapcsolatára. Felmérése a szülészeti ellátás minőségének fő indikátoraként kiváltképp fontos. Az elégedettséget mérő kutatások kiemelik a szülésznői támogatás jelentőségét, amelyet a szülő nő és gondozója közti kapcsolat minősége nagymértékben befolyásol (Hodnett 2002).

A bevezető részben összefoglaltam a nő szülési élményének számos vetületét, a szakirodalom alapján fontosnak bizonyuló, stresszt kiváltó tényezőket, az azokra adott kétféle válaszlehetőséget. Kitértem a fiziológiai szülés lefolyását támogató fizikai és

szociális környezetre és a privát szférát érintően a nyugodtság, zavartalanság jelentőségére. A gondozói ellátás során sokféle lehetőség kínálkozik a vajúzó és szülő nő érzelmi, információs és fizikai támogatására, amely által ratalálhat egyéni szülesi stresszel való megküzdési módjára.

## 2. CÉLKITŰZÉSEK

A dolgozat bevezető részében részletesen bemutatam a kutatómunkám alapjául szolgáló teoretikus kereteket. Alapvető kiindulópontom, hogy a szakirodalom alapján a szülési stressz túlzott mértéke interferál a szülés normális lefolyását biztosító hormonális működéssel (Olza-Fernández és mtsai 2014, Hammond és mtsai 2013, Stenglin és Foureur 2013, Jonas és mtsai 2009, Buchanan és mtsai 2012). Ha elkerülhető a „*harcolj vagy menekülj*” stresszválasz megjelenése, és az *Uvnäs-Moberg-féle „nyugalom és összetartozás” működési rendszer* keretein belül marad a szülés, akkor a biztonságot sugárzó szülési környezet és a professzionális és laikus segítők támogatása a természetes és beavatkozástól mentes fiziológiai szülést segítik elő. A szülés rendkívüli helyzetében az *észlelt kontroll koncepciója* szerint ha az anya magas kontrollt érez a szülési szituációban, az segíti a szülési stresszel való megküzdését és növeli elégedettségét (Fiske és Taylor 1984 idézi Csabai és Molnár 2009).

A vajúdás és szülés közbeni nyugalom és zavartalanság biztosítása Gaskin (2006), Odent (2003b), Fahy és Parratt (2006) munkái alapján alapvető; megköveteli a nő *privát szférájának tiszteletét* és az *intimitás elősegítését*. A türelmet és az ítélkezésmentességet, a nő szabad mozgását és hangadásait támogató társas attitűd, valamint a biztonságot sugárzó környezet és a környezeti elemek megfelelő, a nő szülését támogató igény szerinti használata ebben alapvető.

A *szociális támogatás pufferhipotézise* szerint a pszichoszociális támogatás csökkenti a stressz szintjét és a kockázati tényezők kedvezőtlen hatásait (Cohen és Pressman 2004, McCourt 2017, Dávid és mtsai 2014). A Lazarus és Folkman (1984) által kidolgozott *kognitív-fenomenológiai modellben* a szociális támogató viselkedés három fajtája – az érzelmi, kézzelfogható fizikai és az információs támogatás – esetében csökken a stressz, ami továbbá segíti a szülő nőt megfelelő megküzdési stratégiájának megtalálásában. Cohen és McKay (1984) elméletükben a társas támogatás ugyanezen elemeit sorolják fel. A vajúzó és szülő nő hatékony támogatása érdekében a szülésznőnek, az orvosnak és a hozzátartozóknak megfelelően kell tudni a segítség ezen formáit az ellátás során ötvözni és alkalmazni.



Dolgozatom vizsgálatainak célkitűzései:

1. Magyar nők körében fel kívánom mérni az észlelt szülési stressz mértékét, valamint megismerni a szülés alkalmával társas támaszt nyújtók körét és a nők ítéleteiben tükröződő támogatásuk hatékonyságát.
2. Célom a szülés közben tapasztalt privát szféra érzetének és intimitásának felmérésére használt, általam kialakított Szülési Intimitás és Privát Szféra Skálát (CIPS) jelen mintán tesztelni, a benne kirajzolódó faktorokat megismerni.
3. Fel szeretném tární, hogy a vizsgálatomban részt vevő nők mely szülésznői viselkedésmódokat érezték vajudásuk és szülésük során leginkább támogatónak. Ezt a Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőívvel (BANSILQ) mérem fel. Mivel ez a kérdőív szakértői csoportunk (ld. 70.o.) által lett angol nyelvből magyarra lefordítva, ennek megbízhatóságát szintén tesztelni kívánom.
4. Vizsgálni szeretném továbbá a szülést előmozdító beavatkozások (például szintetikus oxitocin), egyéb rutinműveletek, szülési előkészületek előfordulásának arányát; majd felmérni a nők mozgási és pozícióválasztási szabadságát, az általuk tapasztalt tudatosság- és kontrollérzetet és szülésükkel való elégedettségüket. Célom ezeken túl mindezen faktorok észlelt stresszhez való viszonyát feltárni.
5. Vizsgálatom további célja felfedni, hogy a szülési környezet biztonsága és a szociális támogatás milyen módon hozhatók összefüggésbe az észlelt stressz mértékével.
6. Célom továbbá, hogy feltérképezem a nők által a szülés egyes szakaszaiban megélt fájdalom mértékét, az epidurális analgészia és az alternatív fájdalomcsillapítási módok alkalmazásának gyakoriságát, a nők ítéletei szerinti kedvező hatását. Ezek után fel szeretném mérni, hogy az epidurális analgészia milyen változást hoz a fájdalom, a stressz és az elégedettség mutatóiban.
7. Végül meg kívánom határozni, hogy a vizsgálat során felmért tényezők közül melyek járulnak hozzá leginkább az alacsonyabb észlelt szülési stresszhez és a nők szüléssel való utólagos elégedettségéhez, illetve melyek jelentenek fokozott kockázatot a magas stressz-szint kialakulásában.

Az alábbi hipotéziseket fogalmazom meg:

1. Bryanton és munkatársai (1994), Holroyd és munkatársai (1997), valamint Abushaikha és Sheil (2006) eredményei alapján feltételezem, hogy a nők magasán fogják értékelni a szülésznői támogató viselkedéseket, és ezek közül a Lazarus és Folkman (1984) szerinti felosztást követve az érzelmi támogatás típusába sorolhatók lesznek kiemelkedőek (H1).
2. Odent (2003b), Gaskin (2006), valamint Fahy és Parratt (2006) munkái alapján megfogalmazott hipotézisem szerint a nagyobb privát szféra és intimitás megtapasztalása az alacsonyabb észlelt szülési stresszel hozható összefüggésbe. Ezenkívül – a szülésznői támogatás vizsgálatának, illetve a társas támasz természetes oxitocin kibocsátásra való hatásaival foglalkozó kutatásoknak az eredményeivel egybehangzóan – elvárásom szerint a szülési stressz alacsonyabb lesz azok esetében, akik nagyobb mértékű szülésznői támogatást tapasztaltak (Abushaikha és Sheil, 2006; H2).
3. A szakirodalmi adatok, vagyis Lothian (2009), Olza-Fernández és munkatársai (2014), Jonas és munkatársai (2009) és Buchanan és munkatársai (2012) kutatási eredményei alapján elvárásom az, hogy az egyes, szülést előmozdító beavatkozások és egyéb rutinműveletek alkalmazása esetén magasabb lesz az észlelt szülési stressz. Ezek közül kiemelem az oxitocinos fájáserősítő beavatkozást, amely kívülről jövő hatásként erősen próbára teszi a nő alkalmazkodóképességét. Ezért feltételezem, hogy az oxitocint kapó nők a nem kapókhöz képest nagyobb stresszt élnek át vajúadásuk és szülésük során. Továbbá úgy vélem, hogy az instrumentális (fogó vagy vákuum általi) szülésbefejezésben részesülők magasabb stresszt élnek át az ebben az eljárásban nem részesülőkhez képest (H3).
4. Larsen és munkatársai (2001), Christiaens és Bracke (2007) és Rizvi és Clarke (2011) eredményei alapján elvárom, hogy aki részt vesz szülésfelkészítő foglalkozáson, szülőszoba-látogatáson, és akinek van előre megfogalmazott terve, az alacsonyabb stresszt fog átélni szülése során azokhoz képest, akiknél ez nem volt jellemző (H4).

5. További hipotézisem, hogy akik vajúadásuk és szülésük során szabadságot éreznek különböző mozgások, pozíciók kipróbálására, méhösszehúzódásokat kísérő hangok kiadására, azok esetében alacsonyabb lesz az észlelt szülési stressz (H5).
6. Feltételezem, hogy a vajúadás és szülés során megélt magasabb fokú tudatosság- és – az észlelt kontroll koncepciója szerint – a magasabb fokú kontrollérzet a stressz alacsonyabb fokához járul hozzá (H6).
7. Az elégedettség és a stressz-szint kapcsolatát illetően elvárásom az, hogy azon nők esetében lesz alacsonyabb az elégedettség, akik magasabb stresszt tapasztalnak (H7).
8. Elvárásom a Foureur és munkatársai (2010) és a Fahy és Parratt (2006) által kínált elméleti keret alapján, hogy azok esetében lesz alacsonyabb az észlelt stressz mértéke, akik magasabb fizikai, illetve szociális biztonságról számolnak be (H8).
9. Mivel Wijma és munkatársai (1998) meghatározása szerint a szülési stressz egyik legfontosabb összetevője maga a fájdalom, ezért elvárásom szerint a stressz a fájdalom mértékével arányosan nő. A fájdalomcsillapítóként használt epidurális analgészia alkalmazása anyai stresszre kifejtett hatása viszont a szakirodalom alapján nem egyértelmű. Míg a biomedikális szemlélet szellemében a fájdalom csillapításával az anyai stressz csökkentése is a cél, addig a neurohormonális vizsgálatok eredményei azt sejtetik, hogy az EDA – a nő hormonális folyamataiba való beavatkozásként – egy sor további beavatkozást tehet szükségessé, ezért a stressz növekedésével hozzák összefüggésbe. Én hipotézisként ez utóbbiak szellemében azt várom el vizsgálatomban, hogy az EDA-t kapók csoportja magasabb stresszt él át. Ezzel ellentétben akik esetében alternatív fájdalomcsillapítást (víz, masszázs, speciális légzés, relaxáció stb.) alkalmaztak, elvárásom szerint alacsonyabb lesz az észlelt stressz mértéke (H9).
10. Az epidurális analgészia, Kannan és munkatársai (2001) kutatásának bizonyítéka szerint, hatékonyan képes csökkenteni a fájdalmat, viszont nem vezet a szüléssel való magasabb fokú elégedettséghez. Ezek alapján hipotézisem az, hogy a vizsgálatomban részt vevő nőknek a fájdalma EDA alkalmazása esetében alacsonyabb lesz, viszont elégedettségük nem lesz magasabb (H10).
11. A stressz esetében a magasabb fokú fájdalom és beavatkozások alkalmával számolok nagyobb mértékű stressz megjelenésével, ezek elvárásom szerint

növelik az optimális szinten túli stressz megjelenésének valószínűségét. Míg a magas fokú privátszféra- és intimitásérzet, a szülésznői segítő viselkedések magas aránya, az alternatív fájdalomcsillapítók használata, a magas tudatosság és kontrollérzet mellett feltételezésem szerint csökken a stressz. Ez utóbbiak megtapasztalása viszont feltételezésem szerint csökkenti a túl erős stressz kialakulásának valószínűségét (H11).

12. Végül feltételezem, hogy amely faktorok a stressz alacsony mértékéhez járulnak hozzá, azon faktorok hozzájárulnak az elégedettség növeléséhez. Ennek megfelelően elvárom szerint a magas privátszféra- és intimitásérzet, a megtapasztalt szülésznői támogatás magas aránya és nagyfokú tudatosság, kontrollérzet mellett nő a szüléssel való elégedettség és növelik az elégedettség kialakulásának valószínűségét. Az egyes beavatkozások alkalmazása ezekkel ellentétben viszont az elégedetlenség valószínűségét növelik (H12).

### **3. MÓDSZEREK**

Az alábbi fejezetben a kutatást előkészítő intézkedéseket, a vizsgálat lefolytatásának módját, a mérésekhez használt eszközöket és a minta jellegzetességeit mutatom be. Legvégül az összefüggések kitapintására lefolytatott elemzési módokat ismertetem.

#### **3.1. A vizsgálat előkészítése**

##### **3.1.1. Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála, CIPS**

A szülési élmények pozitív vagy negatív jellegével foglalkozó szakirodalom alapján kirajzolódott, hogy a szülő nő számára jelentős értéket képvisel, ha szülési környezetében társas és fizikai értelemben egyaránt biztonságban érzi magát, egyfajta nyugalom veszi körül, ahol tere van a szülési folyamat felépülésének, és nem jelent stresszt a nő számára a szüléskísérői sürgetés, illetve annak félelme, hogyha nem történnek meg bizonyos események egy bizonyos, általuk meghatározott időn belül, akkor beavatkozásokra lesz szükség (Odent 2003b, Gaskin 2006). Ezzel szemben egyfajta szülésznői oltalomban részesítik (Fahy és Parratt 2006), megvédve a külvilág zavaró ingereitől, hogy alá tudjon merülni a természetes szüléskor jellemző tudatállapot-változásnak, így is elősegítve a szülést irányító ősi eredetű agyi struktúrák idegpályáin a megfelelő információáramlást, és a szükséges hormonok felszabadulását. Ezek mellett a privát szféra megtapasztalását elősegíti a fizikai környezet megfelelő kialakítása és az egyes berendezési tárgyak, helyiségek elérhetősége is (Singh és Newburn 2006, Foureur és mtsai 2011, Lock és Gibb 2003, Hodnett és mtsai 2009). Mivel a vajúdas és szülés közötti intimitás- és privátszféra-érzet mérésére nem állt rendelkezésre mérőeszköz, ezért a szakirodalom alapján a témában alapvetőnek bizonyuló tényezők mérését céloztam meg a Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála kialakításakor. A skála itemei a korábban felsorolt jellemzőket mérik. Az így elkészült változatot két többéves gyakorlattal rendelkező szülésznő véleményezte, hogy megfeleljen a napjainkban használatos szülészeti protokollnak. Véleményük figyelembevételével alakítottuk ki a skála végleges itemlistáját.

A CIPS működését egy pilot vizsgálat során teszteltem, amelyben 88 nő vett részt. A későbbi kutatás részvételi kritériumainak megfelelően a vizsgálati személyeket két fővárosi kórház gyermekágyas osztályán a szülés utáni 72 órán belül kértük fel a kétoldalas kérdőív kitöltésére. A kórházak főigazgatójától engedélyt kaptam a kutatás lefolytatásához. A pilot vizsgálat adatgyűjtése 2014 őszi hónapjaiban zajlott. A kérdőív a CIPS skálán kívül szociodemográfiai jellemzőket és az észlelt szülési stresszt mérte a későbbiekben bemutatásra kerülő, négy itemből álló Perceived Stress Scale (PSS) módosított verziójával.

A skála neve az első angol nyelvű tanulmány alapján Childbirth Intimacy and Privacy Scale lett, ebből ered a rövidítés (CIPS) is (Rados és mtsai 2015). A pilot tanulmányban a CIPS skálát a demográfiai jellemzők széles körén teszteltük, valamint a skála megbízhatósága magasnak (Cronbach-alfa 0,842) bizonyult. A pilot vizsgálat eredményei a későbbi, nagyobb volumenű kutatással erősen összevágának, ezért jelen dolgozatomban nem mutatom be őket, azokat a külön erről írt közlemény tartalmazza (Rados és mtsai 2015).

### **3.1.2. Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőív, BANSILQ**

A vajúdás és szülés során a nő szülésznői támogatását a szakirodalmi olvasmányaim alapján megismert Bryanton Adaptation of Nursing Support in Labor Questionnaire (BANSILQ) mérőeszközzel kívántam felmérni. Ennek érdekében felvettem a kapcsolatot a kanadai Prince Edward Island Egyetem professzorával, Janet Bryantonnal, aki engedélyt adott a skála használatára, és elküldte annak angol nyelvű verzióját. A magyar fordítást három szakember – pszichológus, angol szakos bölcsész doktorandusz és szülésznő – egymástól függetlenül készítette el, és ezekből közösen alakították ki a fordítás végső változatát. Ezt a verziót egy angol-magyar kettős anyanyelvű személy visszafordította angol nyelvre. A két változat között lényegi jelentésbeli eltérést nem tapasztaltunk. Ezek után két, szülések kísérésében jártas szülésznő véleményével egybehangzóan a hazai gyakorlathoz igazítottuk a kérdőívet. Az eredeti angol nyelvű kérdőív 25 kvantitatív és 2 kvalitatív kérdéséhez képest egy itemmel kevesebb szerepel a magyar változatban (24+2). „A szülésznő gyógyszeres fájdalomcsillapítást adott” állítás ugyanis kikerült a kérdőívből, mivel a kanadai, egyesült

államokbeli gyakorlathoz képest a farmakológiai fájdalomcsillapítás adása nem tartozik a magyar szülész nők kompetenciáinak körébe, azt hazánkban külön orvos végzi. Emellett kisebb módosításokat végeztünk, például „a szülész nő kávét és harapnivalót hozott a partneremnek” állítás szintén szokatlan lenne, ezért inkább úgy fogalmaztunk, hogy „lehetővé tette számára, hogy egyen és igyon”.

### **3.1.3. Etikai engedély**

Kutatásom lefolytatásához a kért dokumentumok beszerzése és kérvények beadása után etikai engedélyt kaptam a részt vevő kórházak főigazgatójától, illetve az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságától (etikai engedély száma: 19789-3/2016/EKU).

## **3.2. A vizsgálat lefolytatásának módja**

Az adatgyűjtés öt budapesti kórház gyermekágyas osztályán kérdőíves módszerrel történt a szülés utáni 72 órán belül. A kórházak a fővárosban, Pest és Buda különböző kerületeiben helyezkedtek el. Ezáltal is megvalósulhatott az a célom, miszerint különböző demográfiai háttérű nők széles körében egyaránt gyűjtsek adatokat. A kérdőívek kiosztása előtt a kórházak gyermekágyas osztályainak vezető ápolóival, illetve az ott dolgozó szülész nőkkel egyeztettem a vizsgálat levezetéséről, akik jelentős segítséget nyújtottak a vizsgálat koordinálási feladataiban. Emellett ahhoz is hozzájárultak, hogy a kérdőívek kiosztóinak segítettek eligazodni abban, mely kismamák feleltek meg a részvételi kritériumoknak. Az átadott csomag részét képezte a résztvevői tájékoztató, amely a kutatás céljainak bemutatása mellett azt is ismertette, hogy a vizsgálatban való részvétel önkéntes, és a résztvevők beleegyezésüket bármikor indoklás és hátrányos következmény nélkül visszavonhatják. A nők beleegyezésüket adták a vizsgálatban való részvételhez, amit egy külön nyilatkozatban aláírásukkal tanúsítottak. Adataik kódszámmal ellátva, nevüktől különválasztva – a többi anya adataival együttesen, összesített formában – kerültek elemzésre. A kérdőívesomagok kiosztását általánosan az adott intézményben gyakorlatukat végző szülész nő vagy ápoló hallgatók végezték, azonban volt ahol az osztályon dolgozó pszichológus kolléga segítségét is igénybe

vettem. A résztvevők a hétoldalas kérdőív mellé kaptak egy borítékot, amelybe a kitöltött kérdőívet betehették, és bedobhatták a folyosón elhelyezett gyűjtődobozba. Egyes esetekben az is előfordult, hogy a kérdőív kitöltése után a szülésznőket, ápolókat kérték meg a kismamák, hogy a kitöltött kérdőívet betegyék helyettük a gyűjtődobozba. Sajnos arra vonatkozóan nincs adat, hogy a megszólított kismamák közül hányan utasították vissza a részvételt, azonban érdemes megemlíteni, hogy számos kismama azért tagadta meg a részvételt, mert – az információk bizalmas kezelésére vonatkozó tájékoztatás ellenére – nem kívánta a résztvevői nyilatkozatot aláírni.

A teljes kérdőív kitöltése a szülés körülményeitől függően 10-20 percet vett igénybe. Ha ugyanis alkalmaztak a kismama esetében valamilyen beavatkozást, eljárást, vagy fájdalomcsillapítást, akkor az azokkal kapcsolatos kérdéseket is meg kellett válaszolniuk. Amennyiben valami közbejött a kérdőív megválaszolása során, a kitöltést később is befejezhatték a szülést követő három napon belül, amíg el nem hagyták a kórházat. Úgy vélem, hogy így a szülés eseménye után nem sokkal felvett adatok talán pontosabb képet mutatnak, és kevésbé voltak az emlékezet esetleges torzító hatásának kitéve.

A kutatásban való részvétel kritériumai a 18 év feletti életkor, a 37. és 42. terhességi hetek közötti hüvelyi úton történő szülés, komplikációmentes várandósság, az egy (és nem több) magzattal való várandósság, a magzat koponyavégű méhen belüli elhelyezkedése voltak. Az adatfelvétel 2016 áprilisától 2016 októberéig zajlott.

### **3.3. A mérőeszközök bemutatása**

#### **3.3.1. Szociodemográfiai adatok**

A szociodemográfiai háttér felmérése céljából kérdőívemben rákérdeztem a nők életkorára, családi állapotára, iskolai végzettségére, a társadalom többi tagjához mért, saját megítélés szerinti anyagi helyzetére, és hogy hányadik babájuk született meg éppen.



### 3.3.2. A vajúadás és szülés során észlelt stressz mérése, PSS-L

A többoldalas kutatási kérdőív rákérdezett a szülés közben észlelt stresszre is. Ez alkalommal vizsgálatomban központi szerepet kapott a szülő nők által vajúadás és kitolás szakaszai során észlelt stressz, amelynek mérése az Észlelt Stressz Skála (Perceived Stress Scale – PSS) négy tételből álló rövidített verziójának (PSS-4) vajúadás és szülés körülményeire való adaptált változatával történt. A Cohen nevéhez fűződő PSS eredeti verziója a stressz objektív jellemzőin túlmenően annak egyéni megítélését, megélését igyekszik megragadni (Cohen és Williamson 1988). Az eredeti angol nyelvű 14 tételből álló, és a rövidített, 10, illetve 4 tételből álló verziók megbízhatóságát és érvényességét nagyszámú mintán igazolták, és ezek igazolása Magyarországon is egy kisebb mintán megtörtént (Stauder és Konkoly Thege 2006). A PSS-4 magyar verziójának magas az itemei közti konzisztencia, azaz belső megbízhatósága igen jó (Cronbach-alfa 0,79), és megállapítást nyert, hogy az eredeti 14 itemből álló teljes skála és annak rövidített, a kutatásunkban is használt 4 itemből álló változatai szoros korrelációban állnak egymással, a verziók közti korreláció 0,93 ( $p < 0,001$ ) volt (Stauder és Konkoly Thege 2006).

Kutatásom céljának megfelelően a PSS-4 eredeti kérdéseiben megfogalmazott, az elmúlt hónapra vonatkozó időtartam vizsgálatát a vajúadás és kitolás hosszára rövidítettem. Ennek megfelelően az eredeti PSS-4 kérdőívben szereplő itemek – például „Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?” és „Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?” – helyett a kérdések így hangoztak saját módosított verzióban: „A szülés során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?” és „A szülés során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?” Cohen, az Észlelt Stressz Skálák kifejlesztője és szakmai felelőse a skála által rákérdezett időtartomány rövidítésével kapcsolatban – ahogy azt én is tettem, hogy az egy hónapos időintervallumot a vajúadás és szülés hosszára rövidítettem – megjegyzi: azt akár egy napra is le lehet lerövidíteni, nem jelent változást a skála pszichometriai jellemzőire nézve (Cohen 1986, Cohen 2014). A PSS-4 a vajúadás és szülés helyzetére adaptált verzióban tehát – az eredetivel megegyezően – négy kérdés mérte fel a nők által megtapasztalt

stresszt, a fent példaként idézett két kérdésen túl még két további kérdés képezi a PSS-4 teljes itemlistáját. A PSS a vajúadás és szülés helyzetére adaptált változatát PSS-L-ként jelölöm a továbbiakban az angol nyelvű „labour” (vajúadás) szó kezdőbetűjének kiegészítésével.

A nők válaszaikat egy 0-tól 4-ig terjedő 5-fokú Likert-skálán jelölhették, ahol a „0” a „soha” válasznak és a „4” a „nagyon gyakran” válasznak felelt meg. A skála egyes kérdéseinek terjedelme 0-4 volt, ahol a „0” és „1,5” közötti értékek számítanak kutatások szerint alacsonynak, az „1,5” és „2” közöttiek átlagosnak, az e feletti értékeket magas stresszválaszként tekinthetjük az adott kérdésre vonatkozóan (Cohen és Williamson 1988, Cohen 1986). A PSS-L skála összpontszáma 0-tól 16-ig terjedhet, ahol a szakirodalom alapján az 5 és 7 közötti értékek számítanak átlagos stressz-szintnek (Cohen és Williamson 1988, Stauder és Konkoly Thege 2006), de meg kell jegyeznünk, hogy maga az Észlelt Stressz Skála kifejlesztője is megállapítja, hogy mivel a PSS nem diagnosztikus skála, ezért nincsenek általánosan elfogadott átlagos értékei sem, hanem azok mintánkra egyedileg jellemző értékeket vehetnek fel (Cohen 2014).

A bevezetőben részletesen bemutatam, hogy a fájdalommal kapcsolatos szakirodalom – Simkin és Ancheta (2013) nyomán – hangsúlyozza a fájdalom és szenvedés fogalmának megkülönböztetését, ezért a stressz mérése lehetővé teszi annak meghatározását, hogy mikor válik a fájdalom az egyén számára elviselhetetlen szenvedéssé. Ennek szellemében a fájdalommal kapcsolatosan – mivel a szenvedés maga a stresszt okozó pszichés állapottal azonosítható – többször ezt a fajta terminológiát is használom.

### **3.3.3. Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála, CIPS**

A Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála (CIPS) a korábban ismertetett módon a privát szféra és intimitás érzésének fizikai és társas vonatkozásait igyekszik megragadni. A végleges skála 21 állításból áll. A résztvevők egy ötfokú Likert-skála segítségével jelölhették válaszaikat, ahol a „0” az „egyáltalán nem jellemző” és az „4” a „teljesen jellemző” válasznak felel meg. A mérőeszköz első tételei a privát szféra fizikai aspektusait tekintve gyűjt információt, például: „az ajtó csukva volt”, „a szülés során végig ugyanabban a szobában maradhattam” és „a folyosóról az ablakon vagy ajtón

keresztül be lehetett látni”. Az ezt követő tételek az anya azon szabadságára vonatkoztak, hogy aszerint cselekedhessen, ahogy érez, és annak elengedésére, hogy hogyan „kellene” az adott körülmények között viselkednie, például: „szabadon választhattam meg, hogy milyen helyzetben vajúdok” és „szabadon sóhajtozhattam, vagy akár kiálthattam is a méhösszehúzóadások alatt”. Ezek után következtek a privát szféra szociális oldalát mérő itemek, például: „a szülést kísérők végig ugyanazok a személyek voltak”, „a szülést kísérők társaságában úgy éreztem, nem kell zavarban legyek”, és „a szülést kísérők türelmesen bántak velem”. A szakirodalom alapján további dimenziók: a biztonság, a higiénia, a „megfigyelve lenni” érzése, az érintés, az anya iránti türelem külön ezeket feltáró állítások segítségével kerültek be a mérőeszköz tételei közé (Odent 2003b, Blix 2011, Singh and Newburn 2006). A skála terjedelme az egyes itemek esetében „0” és „4”; összpontszám esetében „0” és „84” között van.

### **3.3.4. Támogató szülésznői viselkedésmódok mérése, BANSILQ**

A mérőeszközt Janet Bryanton alakította ki Kintz szülésznői viselkedésmódokat mérő kérdőíve (Nursing Support in Labor Questionnaire - NSILQ) nyomán (Bryanton és mtsai 1994). Az NSILQ a szakirodalmi adatok és Kintz klinikumbeli vajúdat és szülést kísérő ápolói<sup>2</sup> tapasztalata alapján alakította ki, és húsz itemet tartalmazott a különböző szülésznői viselkedésmódok mérésére. Bryanton módosított változata öt kiegészítő szülésznői viselkedést megfogalmazó állítást tartalmaz, valamint két további nyitott kérdéssel is kiegészült. Az első nyitott kérdés a kérdőíves felsorolásban nem említett hasznos szülésznői viselkedésre kérdez rá, a második további – a témát érintő – esetleges megjegyzés megtételére szólítja fel az anyákat. A magyar változat a korábbiakban kifejtett tényezők okán, a magyar gyakorlathoz igazodva, 24+2 itemből áll. Az egyes viselkedésfajtákat az anyák egy ötfokú Likert-skála segítségével válaszolhatják meg, amely az „ez egyáltalán nem segített” állítástól („1”) az „ez nagyon segített” állításig („5”) terjed. Ha a nő az adott viselkedést nem tapasztalta, akkor ezt az „ezt nem tapasztaltam” („0”) kategóriával jelölheti. A Bryanton-féle verzió elkészülte után négy szülésznő az egyes viselkedéseket a Lazarus és Folkman által létrehozott háromfajta

---

<sup>2</sup> Az Egyesült Államokban általánosan a szülésznői képzés előfeltétele az ápolói diploma, ezért a szülésznőkre a szakirodalomban gyakran ápolóként hivatkoznak.

kategória (érzelmi, kézzelfogható fizikai, információs) egyikébe sorolta (Bryanton és mtsai, 1994). Ha ez nem volt egyértelműen megtehető, akkor a szülésznők két kategóriát is megneveztek. A Bryanton-féle kategóriabesorolást saját vizsgálatom alkalmával újratestelttem, amihez öt magyar szülésznő véleményét kértem ki. Az eredeti és az újratestelt kategóriákat az eredmények fejezet 10. táblázata tartalmazza. Saját kutatásomban azonban a jelenleg legelterjedtebben használt szülésznői viselkedésmódok felosztásának kategóriáit használtam, azaz a Lazarus és Folkman (1984), illetve Cohen és McKay (1984) által javasolt három kategórián túl a „pártfogás” kategóriát is bevontam a jelenleg használt leggyakoribb szülésznői támogató viselkedések négyes felosztásának megfelelően (Adams és Bianchi 2008, Gagnon és Waghorn 1996). Azért is döntöttem így, mert a pártfogás kategóriájára a BANSILQ 10. tétele egyértelmű példaként tekinthető („a szülésznő tolmácsolta az orvosnak és más kórházi dolgozóknak, hogy mire van szükségem és mik az igényeim”).

A Bryanton és munkatársai által készült 80 fős vizsgálatban a kérdőív itemei magas belső konzisztenciát mutattak (Cronbach-alfa 0,99). Az angol nyelvű kérdőívvel, hasonló méretű egyesült államokbeli mintán végzett vizsgálatban ugyanez az érték 0,89 (Abushaikha és Sheil 2006), illetve a hongkongi nők ítéleteit vizsgáló kínai nyelvű fordítás megbízhatósági mutatója szintén 0,89 volt (Holroyd és mtsai 1997).

A BANSILQ kérdőív végén két nyitott kérdés szerepel a kérdőívben nem említett szülésznői viselkedésre és egyéb megjegyzések felmérésére. Ezen válaszok eredményeit a meglehetősen alacsony válaszadás és a változatos észrevételek kategorizálásának nehézsége miatt jelen dolgozatban nem mutatom be. Az ilyen irányú információgyűjtést talán egy közvetlenül ezt célzó, interjúkon alapuló kutatással lehetne megfelelően felmérni.

### **3.3.5. A szülés körülményei**

#### ***3.3.5.1. A szülés társas környezete és a támogatás megítélése***

Ezek után a szociális környezet támogató jellegét próbáltam tovább elemezni, és külön-külön rávilágítani, hogy a hivatásos (szülész orvos, szülésznő) és nem hivatásos (apa, más családtag, barát) szüléskísérők közül a vizsgálatban kik, milyen arányban voltak jelen a szüléseknél, és a szülő nők számára milyen mértékben mutatkozott

jelenlétük támogatónak. A nők válaszaikat egy ötfokú Likert-skála mentén jelölhették, ahol „0” azt jelölte, hogy egyáltalán nem érezte támogatónak, a „4” azt, hogy teljesen támogatónak érezte az adott szüléskísérő jelenlétét.

#### ***3.3.5.2. A szülés közbeni beavatkozások és más rutinműveletek***

Következő kérdéseim arra vonatkoztak, hogy a nő esetében alkalmaztak-e a szülés előmozdítása céljából valamilyen eljárást, mint például a méhszájérlelés, burokrepesztés, méhszáj tágítása, hasra gyakorolt nyomás, gátmetszés, fogó, vákuum alkalmazása. Ezek közül kiemelkedik a mesterséges oxitocin, amelyet elterjedten alkalmaznak fájáserősítőként lelassult méhtevékenység esetén. Ezek után rákérdeztem a kórházba érkezés utáni rutinszerű műveletekre, mint amilyen a kanül vagy infúzió bekötése, a beöntés, borotválás, magzati szívhang hallgatása (CTG), illetve a vajúdás és a kitolás alatti folyamatos CTG vizsgálat. Ebben az esetben is az anyák egy ötfokú Likert-skálán jelölhették, hogy az eljárásokat milyen hatásúnak érezték.

#### ***3.3.5.3. A szülésre való felkészülés, szabadság, tudatosság, kontrollérzet, elégedettség, valamint a szülés közbeni biztonság érzésének mérései*** *Szülési előkészületek*

A kismamákat megkérdeztem arról, hogy milyen előkészületeket tettek meg a szülés előtt, hogyan készültek fel magára a szülésre. Az előkészületek kapcsán rákérdeztem a szülésfelkészítő foglalkozásokon való részvételre, szülőszoba-látogatásra, valamint arra, hogy készült-e szülési terv, és ha igen, akkor mennyire alakultak tervüknek megfelelően az események; ezt szintén egy „0”-tól „4”-ig terjedő skálán jelölhették.

#### *Mozgás, pozíció, vokalizáció szabadsága*

Kérdőívem segítségével rákérdeztem a vajúdás során a szabad mozgás lehetőségére, a vajúdás, valamint a kitolás közbeni szabad pozícióválasztásra, és arra, hogy a nő megítélése szerint megvolt-e a lehetősége a vajúdás és kitolás szakaszai alatti szabad hangadásokra, sóhajtozásokra és kiáltásokra. Ez a négy kérdés a CIPS kérdőívben szerepelt, de fontosnak tartottam külön is kitérni ezekre a pontokra. A kismamák ezek esetében is egy ötfokú skálán jelölhették ítéleteiket, ahol a „0” az „egyáltalán nem jellemzőt”, a „4” a „teljesen jellemzőt” jelentette.

### *Tudatosság és kontrollérzet, elégedettség*

A vajúdás és kitolás szakaszai alatti tudatosság és kontrollérzet felmérése céljából egy-egy kérdéssel rákérdeztem az anyák véleményére. A tudatosságra a „...mennyire sikerült megőriznie tudatosságát (vagyis mennyire volt tudatában, mi zajlik vajúdásakor, szülésekor)?” kérdéssel, míg a kontrollra a „...mennyire érezte, hogy kontrollálja, kezében tartja az eseményeket?” kérdéssel kérdeztem rá.

A szülő nő szülésével való utólagos elégedettségére két kérdéssel kérdeztem rá: „Összességében mennyire elégedett szülésével?” (Elégedettség1), és „Újabb várandósság alkalmával ugyanilyen szülést szeretne?” (Elégedettség2), amely az elégedettséget felmérő kérdések között a második leggyakrabban előforduló kérdés. Az anyák válaszaikat mind a tudatosság és a kontroll, mind az elégedettség kérdései esetében egy ötfokú Likert-skálán jelölhették, ahol a „0” az „egyáltalán nem jellemző”, a „4” a „teljesen jellemző” válasznak felelt meg.

### *A szülési környezet fizikai és társas biztonsága*

Ezenkívül a saját fejlesztésű Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála (Childbirth Intimacy and Privacy Scale – CIPS) két itemének segítségével rákérdeztem, hogy a szülő nő mennyire érezte magát a szülőszobán biztonságban, illetve hogy az ott tartózkodó emberek milyen mértékben árasztottak nyugalmat és biztonságot. A kismamák mindkét esetben egy ötfokú Likert-skála segítségével jelölhették válaszaikat, ahol „0” az „egyáltalán nem” választ, a „4” a „teljes mértékben” választ jelentette. A skála terjedelme mindkét kérdés esetében „0” és „4” között változott, ahol a „0”-hoz közelebbi értékek mellett alacsony, a „4”-hez közelebbi értékek mellett nagyobb mértékű biztonságot éltek meg a szülő nők a fizikai vagy a társas környezetre vonatkozóan.

### **3.3.5.4. Szülési fájdalom és fájdalomcsillapítás**

#### *A fájdalom mérése*

A szülés folyamata során tapasztalt fájdalmat Numerikus Értékelő Skála (Numerical Rating Scale – NRS) segítségével mértem fel, amely az egyszerűsége miatt a leggyakrabban használatos fájdalommérési eszköz. A válaszadóknak egy tizenegy fokú skálán kell megjelölniük, hogy mennyire érezték fájdalmasnak a szülést összességében

és külön-külön az egyes szakaszokat: a vajúdást, a kitolást, a méhlepény megszületését, és a szülés utáni méhtisztítási, esetleges gátvarrási szakaszt. A skála két végpontját egy-egy állítással tettem érzékletesebbé: ahol „0” az „egyáltalán nem fáj” választ és „10” a „legerőteljesebb elképzelhető fájdalmat” jelölte.

#### *Az EDA és az alternatív fájdalomcsillapítás*

Arra is rákérdeztem, hogy az anya kapott-e epidurális analgéziát, illetve azt mennyire értékelte kedvező hatásúnak, amit aztán egy ötfokú skálán jelölhetett. Ezt követték az alternatív fájdalomcsillapítás kérdései, amelyek az elektrostimuláció, víz (kádfürdő vagy zuhany révén), masszázs (derék, hát, comb), speciális légzés, relaxáció és képzelet segítségével, gyógytea, homeopátia alkalmazására vonatkoztak. Ebben az esetben is „0”-tól („0”= egyáltalán nem ) „4”-ig („4”= teljesen ) terjedően jelölhették a kismamák, hogy mennyire érezték azt kedvező hatásúnak.

### **3.4. A minta bemutatása**

A 3. táblázat mutatja be a minta főbb szociodemográfiai jellemzőit. Jelen vizsgálatban 342 nő adatát elemeztük. A kutatásban részt vevő nők átlagéletkora 31,01 év volt (szórás  $\pm 5,15$ ; terjedelem 18-46 év). Családi állapotukat tekintve a házasok domináltak (69,9%), emellett magas volt az élettársi kapcsolatban élők aránya (27,8%). Iskolai végzettség alapján a minta több mint fele felsőfokú végzettségű, a főiskolát végzettek aránya 23,4%, míg az egyetemet végzetteké 28,6% volt. Anyagi helyzetét a többség átlagosnak vélte (59,6%), egyharmaduk (37,2%) a felső kategóriák egyikébe sorolta magát.

3. táblázat – A minta szociodemográfiai jellemzői (n=342)

	Gyakoriság (%-ban)
<i>Családi állapot</i>	
Házas	69,9
Élettársi kapcsolat	27,8
Egyedülálló	1,5
Egyéb	0,9
<i>Iskolai végzettség</i>	
Általános iskola	5,6
Szaktanácsképző	5,6
Szakközépiskola	10,2
Gimnázium	7,0
OKJ-s képzés/ 1-2 éves tanfolyam	17,3
Főiskola	23,4
Egyetem BSc	11,1
Egyetem MSc	17,5
Posztgraduális tanulmányok	2,3
<i>Anyagi helyzet</i>	
Sokkal jobb	9,6
Kicsit jobb	26,6
Átlagos	59,6
Kicsit rosszabb	3,2
Sokkal rosszabb	0,9
<i>Gyermekszám</i>	
1	45,3
2	39,5
3	10,8
4	2,9
5	0,6
7	0,6
8	0,3

### 3.5. Elemzések

A statisztikai elemzések SPSS programmal készültek. A PSS-L, a CIPS és a BANSILQ esetében összpontszámokat számítottam, amelyekre a két első skála esetében a fordított ítemek átkódolása után került sor. Ezek után értékeltem, hogy a minta mekkora részénél voltak jelen az egyes szüléskísérők, mennyire ítélték támogatónak jelenlétüket, majd a fájdalom átlagértékeit számítottam ki.

Következő lépésként megvizsgáltam, hogy a minta mekkora részénél alkalmaztak oxitocinos fájáserősítést, illetve egyéb rutineljárást, és azt milyen százalékban értékelték a nők kedvező hatásúnak. Ugyanígy tettem a többi mért változó esetében. Az egyes, általam vizsgált jellemzők átlag szerinti cut-off pont (vágópont) mentén szétválasztott csoportjaiban független kétmintás t-próbával vizsgáltam a PSS-L átlagokat. Az észlelt



szülési stressz és az egyes jellemzők közti összefüggést korrelációelemzéssel is teszteltem.

A vizsgált jellemzők és skálák értékei közötti összefüggések kitapintása érdekében először korrelációs elemzéseket végeztem. Ezután az észlelt szülési stressz és elégedettség változóival való összefüggések további megismerése céljából regressziós elemzéseket futtattam. Elsőként lineáris regresszióval ellenőriztem, hogy mely tényezőknek van szignifikáns bejósoló hatásuk az észlelt szülési stressz szintjére és az elégedettségre. Ezt követően logisztikus regresszióval azt vizsgáltam, hogy a meghatározott változók mekkora eséllyel csökkentik vagy éppen növelik a stressz megélésének és az elégedettség kialakulásának valószínűségét.

## 4. EREDMÉNYEK

A most következő fejezetben a vizsgálatomban használt mérőeszközök jellegzetességeinek ismertetése után a segítségükkel feltárt észlelt szülési stresszt, a vajúadás és szülés során tapasztalt privátszféra- és intimitásérzetet, valamint a támogató szülésznői viselkedéseket mutatom be. Ezek után a vizsgálati célkitűzéseim és hipotéziseim jegyében fel kívánom tárni az egyes változók közti összefüggéseket. A vizsgálat mintájának részletes bemutatása a módszerek részben található.

### 4.1. Az Észlelt Stressz Skála, a Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála és a Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőív jellemzői

A 4. táblázat mutatja be az elemzésben felhasznált mérőeszközök leíró statisztikáit. Felmértem a szülés közbeni észlelt stressz mértékét (PSS-L), vizsgáltam a szülés intimitás- és privátszféra-élményét (CIPS), valamint a vajúadás közbeni szülésznői támogatást (BANSILQ). A jelenlegi mintán mindhárom mérőeszköz megbízhatósági mutatója kielégítő volt, tehát megbízhatónak tekinthetjük őket.

4. táblázat – A mérőeszközök leíró statisztikái (n=342)

Skála	Átlag	Szórás	Terjedelem	Megbízhatóság
PSS-L	5,83	±3,3	0-16	0,791
CIPS	61,7	±10,3	26-84	0,746
BANSILQ	98,0	±23,5	2-120	0,944

Megjegyzés: A megbízhatósági mutató Cronbach-alfa értékei

#### 4.1.1. A PSS-L által felmért észlelt szülési stressz

A szüléskor észlelt stressz mértékét a PSS-L skálával mértem fel. A PSS-L skála megbízhatósági mutatója 0,791 volt a jelenlegi mintán (4. táblázat), tehát a PSS magyar validáló vizsgálatában kapott értékkel tulajdonképpen azonosnak (Cronbach-alfa 0,79) foghatjuk fel, és a mérőeszközt megbízhatónak tekinthetjük. Az elemzés alkalmával a PSS-L2 és PSS-L3 tételeket megfordítottam. A skála egyes kérdéseire adott válaszokénti érték alacsonynak mutatkozott a mintában (1,16 és 1,61 átlagok között). A

kismamák szüléskor alkalmanként szembesültek azzal, hogy a nehézségek felhalmozódásán képtelenek úrrá lenni (M=1,61), vagy a fontos dolgokat képtelenek kézben tartani (M=1,58); illetve ritkábban azzal, hogy a dolgok nem a kedvük szerint alakultak (M=1,49) és nem képesek megoldani a felmerülő problémákat (M=1,16), (5. táblázat). Az összesített skála (PSS-L) átlaga 5,83, szórása  $\pm 3,3$  értéket vett fel, és normál eloszlást követ a Kolmogorov–Szmirnov-teszt alapján ( $p < 0,05$ ). Emellett az észlelt stressz itemek együttjárását vizsgálva, az itemek között szoros összefüggéseket mutatott a korrelációelemzés (5. táblázat).

5. táblázat – Az Észlelt Stressz Skála bemutatása (n=342)

	Átlag (Szórás)	Terjedelem	PSS1	PSS2	PSS3	PSS4
PSS1	1,58 ( $\pm 1,1$ )	0-4	-	0,478*	0,378*	0,623*
PSS2	1,16 ( $\pm 0,9$ )	0-4	0,478*	-	0,542*	0,508*
PSS3	1,49 ( $\pm 1,1$ )	0-4	0,378*	0,542*	-	0,457*
PSS4	1,61 ( $\pm 1,2$ )	0-4	0,623*	0,508*	0,457*	-
<b>PSS-L</b>	<b>5,83 (<math>\pm 3,3</math>)</b>	<b>0-16</b>	<b>0,772*</b>	<b>0,765*</b>	<b>0,754*</b>	<b>0,828*</b>

Megjegyzés: a PSS2 és PSS3 inverzét használtuk az elemzésben, Spearman Rho, \* $p < 0,001$

#### 4.1.2. Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála (CIPS)

A Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála (CIPS) 21 item segítségével méri fel a szülés körülményeit. Megbízhatósági mutatója 0,746-es értéket mutatott jelen mintán (4. táblázat), ami a megbízhatósági küszöbérték feletti, tehát a mérőeszköz megbízhatónak mondható. A skálában szereplő fordított tételeket visszafordítottam. Az összesített CIPS skála átlaga 61,7, szórása  $\pm 10,3$  értéket vett fel a jelenlegi mintán, és normál eloszlást követ a Kolmogorov–Szmirnov-teszt alapján ( $p < 0,05$ ). Az összesített skála leíró statisztikáit megvizsgálva látható, hogy 55 pont alatt alacsony, 69 pont felett pedig magas volt a privát szféra érzete és magas intimitást tapasztaltak a szülő nők. Az alsó kvartilisba a megkérdezettek 26,3%-a, a felsőbe pedig 22,8% tartozott.

6. táblázat – A CIPS skála itemeinek bemutatása (n=342)

Item	Átlag (Szórás)	Egyetértés mértéke %- ban
20. A szülést kísérők türelmesen bántak velem.	3,77 (±0,6)	94,5
6. A szülés során végig ugyanabban a szobában maradhattam.	3,75 (±0,9)	93,3
16. A szülőszobán tartózkodó emberek biztonságot árasztottak.	3,70 (±0,7)	91,8
14. A szülést kísérők végig ugyanazok a személyek voltak.	3,67 (±0,9)	88,6
18. A szülést kísérők társaságában úgy éreztem, nem kell, hogy zavarban legyek.	3,65 (±0,8)	91,5
21. A szülés alatt mindenre kellő időt hagytak nekem.	3,62 (±0,8)	88,9
15. Váratlanul megjelenő idegenek (más orvos/ szülésznő/gyakornok) megzavarták a szülésemet.	3,56 (±0,9)	88,6
5. A szülőszobában biztonságban éreztem magam.	3,52 (±0,8)	87,1
19. A szülést kísérők érintése, simogatása figyelmes és megnyugtató volt.	3,52 (±0,9)	86,2
17. A vajúdás szakaszában a hüvelyi vizsgálatok számával és módjával elégedett voltam.	3,48 (±0,5)	85,1
13. Szabadon sóhajtozhattam, vagy akár kiálthattam is a méhösszehúzódások alatt.	3,27 (±1,1)	79,8
9. A társam fényképeket vagy felvételeket készített a vajúdás vagy a kitolás szakaszában.	3,14 (±1,5)	76,3
3. A folyosóról az ablakon vagy ajtón keresztül be lehetett látni.	2,97 (±1,5)	71,1
11. Szabadon választhattam meg, hogy milyen helyzetben vajúdok.	2,97 (±1,3)	69,4
10. A vajúdás és szülés során szabadon mozoghattam.	2,61 (±1,4)	55,5
8. A szülés alatt a szomszédos helyiségekből más zajok, hangok hallatszottak.	2,37 (±1,6)	51,7
4. Amikor benyitott valaki, egyből teljesen látszódtam.	2,19 (±1,5)	45,0
2. Az ajtó csukva volt.	2,01 (±1,7)	43,9
12. Szabadon választhattam meg a kitolás szakaszában, hogy milyen helyzetben vagyok, szülök.	1,58 (±1,5)	30,1
1. Ha belépett valaki a szülőszobába, előtte kopogott.	1,24 (±1,4)	20,8
7. A szülőszobához tartozott egy fürdőszoba, amit csak én használtam.	1,11 (±1,7)	24,1
CIPS-Total	61,7 (±10,3)	-

A 6. táblázatban feltüntetett megoszlásértékek azt mutatták, hogy a 20-as, a 6-os és a 16-os itemek esetében volt a legmagasabb az egyetértés, tehát a szülést kísérők türelmesek voltak, a szülés ugyanabban a szobában zajlott és a jelenlévők biztonságot árasztottak. A negatív élmények között az anyák leginkább a kopogás hiányát és a saját fürdőszoba hiányát említették, valamint a szabad kitolási póz választásának hiánya és a nyitott ajtó melletti szülés, külső szemlélő számára nyitott hozzáférés itemei esetében voltak alacsonyak az értékek.

A CIPS skálát exploratív (feltáró) faktoranalízisnek vettem alá, hogy megvizsgáljam, milyen faktorok húzódnak meg a háttérben, milyen látens struktúra húzódik meg az itemek mögött (7. táblázat). Összesen hét főkomponens rajzolódott ki 60,9%-os magyarázott variancia mellett, ahol elkülöníthetők a következő dimenziók: 1. Társas privát szféra – intimitás, 2. Elengedés szabadsága (szabad mozgás és pozícióválasztás), 3. Fizikai privát szféra, 4. Szüléskísérők folytonossága (idegenek zavarása), 5. Fizikai környezet azonossága és tudatossága, 6. Társas kiszolgáltatottság és 7. Megfigyeltség érzése – fotózás (saját fürdőszoba használata).

Az előző pilot munkám 88 szülő nő körében vizsgálta és tesztelte a CIPS skála működését. A korábbi elemzés hat csoportot azonosított a látens struktúra alapján (Melléklet – 26. táblázat), ahol a hat dimenziót a következőkkel jellemeztem: 1. Társas privát szféra – intimitás, 2. Elengedés szabadsága (szabad vokalizáció, mozgás és pozícióválasztás), 3. Fizikai privát szféra, 4. Fizikai környezet azonossága és tudatossága, 5. Saját fürdőszoba használata és 6. Megfigyeltség érzése – fotózás. Ellenőrző faktorelemzéssel megvizsgáltam, hogy a jelenlegi mintán is igazolható-e a korábbi pilot vizsgálat által kapott kapcsolatrendszer (Melléklet – 27. táblázat). A hatfaktoros elemzésben a magyarázott variancia – megfelelő kommunalitás mellett – 56,1%. Az ellenőrző faktoranalízis azt mutatta, hogy négy dimenzió továbbra is stabilan megjelenik: 1. Társas privát szféra – intimitás, 2. Elengedés szabadsága (szabad mozgás és pozícióválasztás), 3. Fizikai privát szféra, 4. Fizikai környezet azonossága és tudatossága. Ezek mellett a 5. Társas kiszolgáltatottság és a 6. Szüléskísérők folytonossága (idegenek zavarása) dimenziói körvonalazódtak. A jelenlegi mintán lefuttatott feltáró elemzéshez képest a 7-es kérdés a fürdőszoba használatára vonatkozóan és a 9-es kérdés a Megfigyeltség érzése (fotózás) komponense nem különálló, nem hangsúlyos.

7. táblázat – Exploratív faktoranalízis (n=342)

Item	1	2	3	4	5	6	7
20. A szülést kísérők türelmesen bántak velem.	0,795						
21. A szülés alatt mindenre kellő időt hagytak nekem.	0,772						
19. A szülést kísérők érintése, simogatása figyelmes és megnyugtató volt.	0,725						
17. A vajúdas szakaszában a hüvelyi vizsgálatok számával és módjával elégedett voltam.	0,674						
16. A szülőszobán tartózkodó emberek biztonságot árasztottak.	0,647						
18. A szülést kísérők társágában úgy éreztem, nem kell hogy zavarban legyek.	0,560						
5. A szülőszobában biztonságban éreztem magam.	0,539						
13. Szabadon sóhajtozhattam, vagy akár kiálthattam is a méhösszehúzóadások alatt.	0,486						0,303
11. Szabadon választhattam meg, hogy milyen helyzetben vajúdok.		0,832					
10. A vajúdas és szülés során szabadon mozoghattam.		0,811					
12. Szabadon választhattam meg a kitolás szakaszában, hogy milyen helyzetben vagyok, szülök.		0,723					
2. Az ajtó csukva volt.			0,809				
3. A folyosóról az ablakon vagy ajtón keresztül be lehetett látni.			0,727				
1. Ha belépett valaki a szülőszobába, előtte kopogott.			0,717				
14. A szülést kísérők végig ugyanazok a személyek voltak.				0,736			
15. Váratlanul megjelenő idegenek (más orvos/ szülésznő/gyakornok) megzavarták a szülésemet.				0,678		0,307	
6. A szülés során végig ugyanabban a szobában maradhattam.					0,803		
8. A szülés alatt a szomszédos helyiségekből más zajok, hangok hallatszottak.					0,534		
4. Amikor benyitott valaki, egyből teljesen látszódtam.						0,886	
9. A társam fényképeket vagy felvételeket készített a vajúdas vagy a kitolás szakaszában.							-0,828
7. A szülőszobához tartozott egy fürdőszoba, amit csak én használtam.			0,408				0,425

Megjegyzés: Principal Component method

Konklúzióként megfogalmazhatjuk, hogy alapvetően jellemző átfedések figyelhetők meg a faktorstruktúrát illető elemzések alapján, a Társas privát szféra – intimitás, Elengedés szabadsága (szabad mozgás és pozícióválasztás), Fizikai privát szféra és a Fizikai környezet azonossága és tudatossága kategóriák csekély különbözőség mellett a pilot tanulmányban és a jelenlegi vizsgálatban egyaránt megjelentek, ezt egészítették ki az ellenőrző faktoranalízissel nyert adatokkal egybecsengően a Társas kiszolgáltatottság és a Szüléskísérők folytonosságának (idegenek zavarása) kategóriái.

#### **4.1.3. A vajúadás közbeni szüléshői támogatás (BANSILQ)**

A teszt magyar változata 24 kvantitatív és 2 kvalitatív szabadon kifejtethető item segítségével méri a szüléshői viselkedések támogató jellegét. A nyitott kérdésekre adott válaszokat, a módszer részben nevezett oknál fogva, jelen vizsgálatban nem értékeltem ki. A skála megbízhatósága magas Cronbach-alfa értéket jelzett a jelen mintán: 0,944 (4. táblázat), így a mérőeszközt megbízhatónak vélhetjük. A 8. táblázat részletesen mutatja be az egyes itemekre adott válaszokat és az összesített skálát ( $M=98,0$ ,  $SD=\pm 23,5$ ). A maximális 120 pontot megközelítő átlagértéket kaptam, tehát megállapíthatjuk, hogy a szüléshők segítségét vizsgálatomban az anyák magasán értékelték. A skála normál eloszlású a Kolmogorov–Szmirnov-teszt alapján ( $p<0,001$ ). A Bryanton-skála itemeit három fő csoportban értelmezhetjük: információs, érzelmi és kézzelfogható fizikai támogatás dimenziókban. Az általam megkérdezett szüléshők kategóriabesorolása az eredetivel szinte teljes átfedésben van, legfeljebb egy további kategóriát is megjelöltek a meghatározás során. Ezek eredményeit a 8. táblázat utolsó oszlopában jelöltem. Egy itemnél változott a kategóriameghatározás (10. item), amely a pártfogás kategóriájának bevezetése miatt történt „a szüléshő tolmácsolta az orvosnak és más kórházi dolgozóknak, hogy mire van szükségem és mik az igényeim” állítás esetén. A kategóriák Bryanton-féle kategóriái szerinti leíró statisztikáit szintén feltüntettem a táblázatban.

8. táblázat – A BANSILQ bemutatása (n=342)

Item	Átlag (Szórás)	Egyet-értés mért. (%)	Vis. jell. 1994	Vis. jell. 2018
3. Úgy éreztem, a szülésznő személyre szólóan törődött velem. Pl. kedves és barátságos volt, és szívesen fogadott.	4,78 (±0,7)	94,7	É	É
20. A szülésznő nyugodtan és magabiztosan látott el.	4,76 (±0,7)	94,8	KF/É	KF/É
7. A szülésznő a kérdéseimre nyíltan és őszintén, számomra is érthető nyelven válaszolt.	4,68 (±0,9)	94,2	É	I/É
2. A szülésznő tisztelettel bánt velem. Pl. bemutatkozott, és amennyire csak lehetett, becsben tartotta a privát szférámat.	4,67 (±0,9)	92,7	É	É
18. A szülésznő megdicsért. Pl. mondta, hogy jól csinálom, és valósnak ismerte el a fájdalimat.	4,60 (±1,0)	90,3	I/É	É
4. A szülésznő elmagyarázta a szükséges kórházi rutinvizsgálatokat, eljárásokat: <i>mi történik és miért</i> . Pl. magzati szívhang hallgatása, hüvelyi vizsgálatok.	4,53 (±1,1)	87,1	I	I
12. A szülésznő biztonságérzetet nyújtott. Pl. meg tudta ítélni, mikor van rá szükségem és mikor nincs, illetve ha el kellett mennie, gyakran benézett hozzám, és hamar jött, ha szólítottam.	4,45 (±1,2)	87,4	É	É
11. A szülésznő megpróbálta az igényeimet kielégíteni, amennyire csak lehetett.	4,39 (±1,2)	86,9	KF	KF
8. A szülésznő elmagyarázta, hogyan lélegezzek és hogyan tudok ellazulni.	4,39 (±1,2)	86,3	I	I
16. A szülésznő ítélezésmentesen elfogadta, amit mondtam és csináltam. Pl. nem kritizált, nem becsmérelt, ha hangoskodtam vagy sírtam, ehelyett biztosított afelől, hogy a viselkedésem megfelelő.	4,38 (±1,3)	85,1	É	É/P
6. A szülésznő elmondta, hogy mi történik a vajúdásom során, és folyamatosan tájékoztatott, hogyan haladok. Pl. elmagyarázta, mit jelentenek a szakszavak, elmondta, éppen mennyire nyitott a méhszájam, és tájékoztatott, hogy az egyes változások rendben vannak-e vagy sem.	4,31 (±1,3)	85,1	I/É	I
9. A szülésznő segített a légzésben és az ellazulásban.	4,21 (±1,4)	80,1	KF	KF
15. A szülésznő próbált kíméletesen bánni velem. Pl. gátolta a zavaró zajokat, gyengéden látott el.	4,09 (±1,4)	78,4	KF/É	KF/É
21. A szülésznő felismerte, ha szorongtam; meghallgatott, ha nyugtalanított valami és próbált megnyugtatni.	3,94 (±1,7)	76,3	KF/É	É
5. A szülésznő bevont a döntések meghozatalába a vajúdásom alatt. Pl. ismertette a különböző lehetőségeket, és amikor csak lehetett, magam választhattam.	3,92 (±1,6)	73,1	I/É	I/P
1. A szülésznő segített megismerkedni az engem körülvevő környezettel. Pl. megmutatta, mi hol van.	3,85 (±1,7)	73,6	I	I
24. A szülésznő támogatott és megerősített abban, ahogyan a férjemmel/partneremmel együttműködtünk.	3,77 (±1,8)	74,6	I/É	É
10. A szülésznő tolmácsolta az orvosnak és más kórházi dolgozóknak, hogy mire van szükségem és mik az igényeim.	3,74 (±1,8)	70,2	KF/É	P
23. A szülésznő bátorította a férjem/partnerem, hogy vegyen ő is részt, és megerősítő visszajelzéseket adott neki.	3,63 (±1,9)	69,8	I/É	É
19. A szülésznő beszélgetéssel próbálta lekötni a figyelmemet.	3,63 (±1,9)	68,5	É	I/É
17. A szülésznő segített, hogy testileg jól érezzem magam. Pl. hideg kendővel törölgette az arcomat, segített pózt változtatnom.	3,54 (±1,9)	65,5	KF	KF



13. A szülésznő akkor is együtt volt velem a szülőszobán, ha nem volt semmi különös tennivalója.	3,42 (±1,8)	60,8	É	É
22. A szülésznő gondoskodott a férjem/partnerem szükségleteiről. Pl. biztosított számára pihenőszüneteket, illetve lehetővé tette, hogy egyen és igyon.	3,30 (±2,0)	59,3	KF	É/KF
14. A szülésznő megérintett. Pl. fogta a kezem, masszírozta a hátam.	2,99 (±2,0)	51,8	KF/É	KF
Információs támogatás	33,0 (±8,3)	-	-	-
Érzelmi támogatás	69,8 (±16,4)	-	-	-
Kézzelfogható fizikai támogatás	35,0 (±10,3)	-	-	-
Összesített skála	98,0 (±23,5)	-	-	-

Megjegyzés: É: érzelmi, KF: kézzelfogható fizikai, I: információs, P: pártfogás típusú társas támogatás. Vis. Jell. 1994: szülésznői viselkedések Bryanton-féle kategóriabesorolása. Vis. Jell. 2018: kategóriák hazai újratestelése

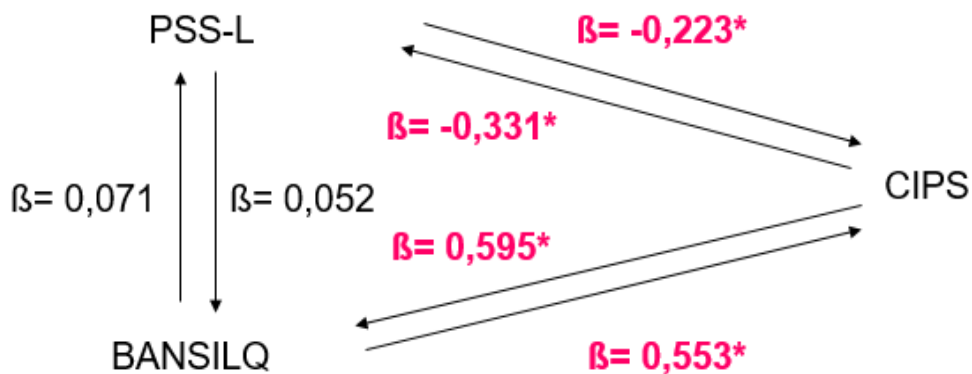
A megoszlás értékei azt mutatták, hogy a 3-as, a 20-as, a 7-es, a 2-es és a 18-as itemek esetében volt a legmagasabb az egyetértés, elsőként a szülésznő személyre szóló törődése, barátságossága volt a kismamáknak leginkább segítségére, ezt követték a szülésznő nyugodt és magabiztos ellátásmódja, a kérdésekre adott nyílt, őszinte és érthető válaszok, a kismamával való tiszteletteljes bánásmód, valamint a dicséret és a fájdalom valósnak való elismerése. A kismamák legkevésbé jellemzőnek a szülésznők érintését, a partnerek fizikai szükségleteiről való gondoskodást tartották, és azt, hogy akkor is a szülőszobán voltak, amikor nem volt ott különös tennivalójuk.

#### 4.1.4. A mérőeszközök közötti összefüggések

A bemutatott skálák korrelációját tekintve megfigyelhető, hogy a PSS-L, valamint a CIPS és BANSILQ összesített skálák között gyenge fordított irányú kapcsolat van ( $r=-0,258$   $p<0,001$  és  $r=-0,107$   $p<0,05$ ). Ugyanakkor a CIPS és a BANSILQ között pozitív irányú erősebb kapcsolat látható ( $r=0,516$   $p<0,001$ ), ami azt jelenti, hogy a szülés intimitásának, és a nő privát szférájának tisztelete és a szülésznői támogatás megítélése között együttjárás tapasztalható. A szülés intimitásának és az érzett privát szféra értékelésére adott magas pontszám a szülésznői támogatás értékelésére adott magas pontszámmal járt együtt.

Az összefüggések mélyebb feltárása érdekében útmodellt készítettem, lineáris regressziókat futtattam, amelyek eredményét az 1. ábra mutatja. Az ábrán jól látható, hogy amennyiben együtt vizsgáljuk az elemzésben szereplő skálákat (\* $p<0,001$ ), a PSS-

L és a CIPS, valamint a BANSILQ és a CIPS közötti hatások egyértelműen látszanak. Azonban a PSS-L és a BANSILQ között nem találunk szignifikáns utakat. Mindez azt jelenti, hogy a CIPS skálára mint függő változóra szignifikáns hatással van a PSS-L és a BANSILQ skála külön-külön úton közvetlenül, együttes vagy közvetett utas szignifikáns hatásuk nem igazolható.



1. ábra – Többlépcsős lineáris regresszió elemzés útmodell ábrázolása (n=342)  
 Megjegyzés: CIPS= szülés alkalmával érzett privát szféra és intimitás; BANSILQ= támogató szülésznői viselkedések, PSS-L= észlelt szülési stressz,  $\beta$ = regressziós együttható, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

A szülés alkalmával érzett privát szférát és intimitást (CIPS), valamint a támogató szülésznői viselkedések megtapasztalását összevettem az észlelt szülési stressz (PSS-L) összesített skálával (9. táblázat).

9. táblázat – CIPS, BANSILQ és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Előfordulás %	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
CIPS dichotóm	55,8	-0,210**	6,60 ( $\pm 3,2$ ) <sup>a</sup> 5,23 ( $\pm 3,2$ )	3,96**
BANSILQ dichotóm	62,3	-0,131*	6,38 ( $\pm 3,5$ ) <sup>a</sup> 5,50 ( $\pm 3,1$ )	2,43*

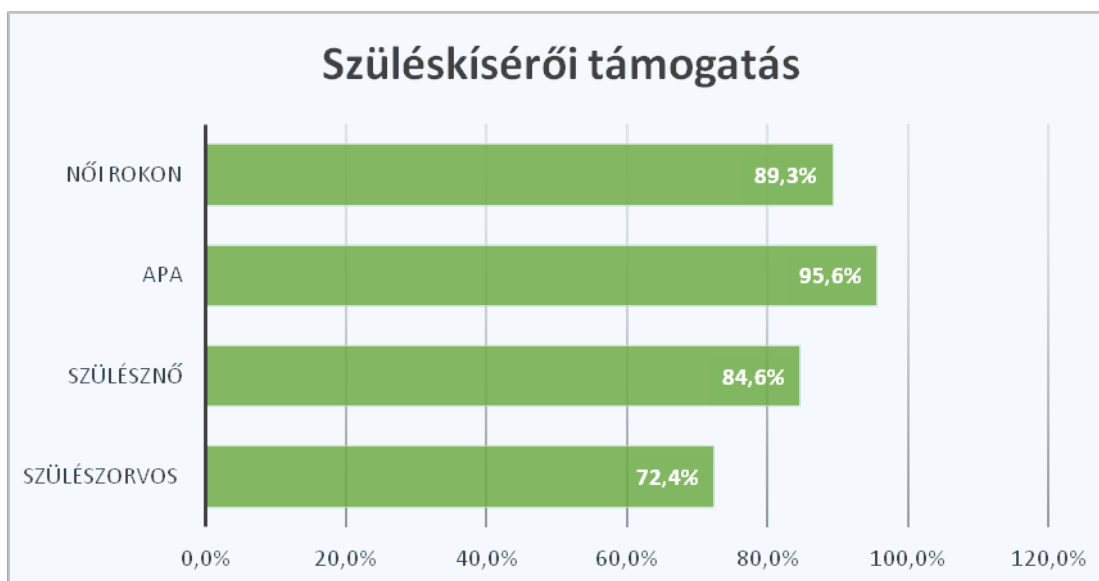
Megjegyzés: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$ , Pearson-korreláció, <sup>a</sup>átlag alatti értékeket elérő csoport

Az elemzés azt mutatta, hogy gyenge a kapcsolat a Pearson-korreláció alapján. Ezek után a CIPS és a BANSILQ skála átlagértékei szerint kettéválasztott csoportjainak t-próbával való összehasonlítása következett. Ennek alapján megállapíthatjuk, hogy

szignifikáns a különbség az észlelt stressz átlagértékeket tekintve az átlag alatti és átlag feletti privát szférát és szülésznői segítséget tapasztalók csoportjai között. Vagyis a magas privát szférát és intimitást tapasztalók és a nagyobb mértékű szülésznői segítségben részesülők kisebb szülési stresszt éltek át.

## 4.2. A szülés társas környezete és a támogatás megítélése

Míg természetesen a szülészorvosok és szülésznők jelenléte általánosan jellemző volt a szüléseknél, az apa a nők 85,7%-ánál, női rokon – aki egy-két eset kivételével az édesanya volt – a nők 7,9%-ánál nyújtott támogatást. A hivatásos és nem hivatásos szüléskísérők által nyújtott támogatást mélyebben feltárva azt kaptam, hogy a szülő nőknek a leghatékonyabb érzelmi támaszt az apák (95,6%), majd a női rokonok nyújtották (89,3%). A szülésznők jelenlétét a nők 84,6%-ban, a szülészorvosokét 72,4%-ban érezték teljes mértékben támogatónak (2. ábra).



2. ábra – A hivatásos és nem hivatásos szüléskísérők támogatása (n=342)

Megjegyzés: Az ábra azon %-értéket tünteti fel, amilyen arányban a nők „teljes mértékben” támogatónak ítélték az adott szüléskísérő jelenlétét

### 4.3. A szülés előmozdítása érdekében végzett beavatkozások és más rutinműveletek

#### 4.3.1. Beavatkozások a szülés előmozdítására

Kérdőívemben hangsúlyt helyeztem a szülést előmozdító eljárások alkalmazására, megfigyelhetjük, hány és milyen eljárást alkalmaztak, és ezek hatását hogyan értékelik a kismamák. Nagy arányban alkalmaztak szülést előmozdító eljárásokat, gyakran többet is. A 10. táblázat részletesen mutatja, hogy milyen eljárásokat alkalmaztak a megkérdezettek körében a szülés előmozdítása érdekében, és hogyan ítélték meg a kismamák ezek hatékonyságát.

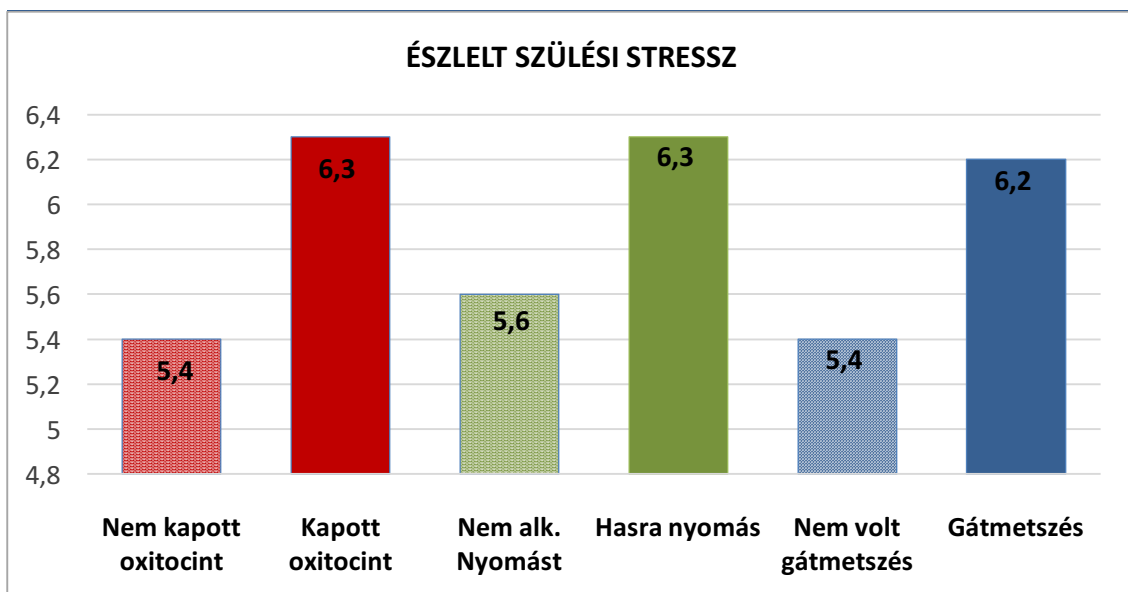
10. táblázat – Szülést előmozdító eljárások alkalmazása és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Előfordulás (%)	Kedvező hatás	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
<i>Méhszájérelés</i>	5,8	3,1 (±1,1)	0,036 (n.s.)	5,80 (±3,3) <sup>a</sup> 6,30 (±3,3)	-0,7 (n.s.)
<i>Burokrepesztés</i>	59,9	3,5 (±0,9)	0,000 (n.s.)	5,83 (±3,4) <sup>a</sup> 5,83 (±3,2)	-0,0 (n.s.)
<i>Oxitocin</i>	50,9	3,4 (±0,9)	0,147**	5,35 (±3,1) <sup>a</sup> 6,30 (±3,3)	2,8**
<i>Méhszájtágítás</i>	17,3	3,3 (±0,9)	0,038 (n.s.)	5,78 (±3,3) <sup>a</sup> 6,10 (±2,8)	0,7 (n.s.)
<i>Hasra gyakorolt nyomás</i>	33,6	3,4 (±0,9)	0,107*	5,59 (±3,4) <sup>a</sup> 6,32 (±3,0)	-2,0*
<i>Gátmetszés</i>	51,5	3,3 (±0,9)	0,121*	5,43 (±3,3) <sup>a</sup> 6,22 (±3,2)	-2,3*
<i>Fogó</i>	0,6	3,0 (-)	0,039 (n.s.)	5,82 (±3,3) <sup>a</sup> 7,50 (±0,7)	-0,7 (n.s.)
<i>Vákuum</i>	1,2	3,3 (±1,0)	0,022 (n.s.)	5,83 (±3,3) <sup>a</sup> 6,50 (±1,3)	-0,4 (n.s.)
<i>Méhlepény leválasztása</i>	7,6	3,1 (±1,1)	0,018 (n.s.)	5,82 (±3,3) <sup>a</sup> 6,04 (±3,0)	-0,3 (n.s.)

Megjegyzés: n.s. = nem szignifikáns, \*p<0,05, \*\*p<0,001, <sup>a</sup>azon csoport, amelynél nem alkalmazták a fentieket

A válaszadó kismamák több mint felénél végeztek burokrepszertést (59,5%) és gátmetszést (51,5%), valamint adtak oxitocint (50,9%). A megkérdezettek a burokrepszertést tartották a legkedvezőbb hatásúnak (M=3,5 SD=±0,9). Az oxitocint szintén kedvezőnek értékelték (M=3,4 SD=±0,9), az oxitocint kapók közül 83,8% jellemzően kedvezőnek ítélte annak hatását.

A 10. táblázat megmutatja, hogy Pearson-korreláció szerint ugyan gyenge, ám detektálható összefüggés tapasztalható az oxitocin, a gátmetszés és a hasra gyakorolt nyomás szülést előmozdító eljárások alkalmazása és az észlelt szülési stressz-szint között. A Pearson-korreláció mellett független kétmintás t-próbával megvizsgáltam a stressz átlagpontoszámokat. Azt tapasztalhatjuk, hogy az oxitocint kapók csoportja szignifikánsan magasabb stressz-szintről számolt be, mint az oxitocint nem kapók csoportja (M1=6,3 SD1=±3,3 vs. M2=5,4 SD2=±3,1). Hasonló eredményeket kaptam a hasra gyakorolt nyomás (M1=6,3 SD1=±3,0 vs. M2=5,6 SD2=±3,4) és a gátmetszés (M1=6,2 SD1=±3,2 vs. M2=5,4 SD2=±3,3) esetén (3. ábra).



3. ábra – Észlelt stressz csoportátlagok ábrája az egyes beavatkozások függvényében (n=342)

#### 4.3.2. Rutinszerű kórházi eljárások

A rutinszerű eljárások alkalmazását az előzőekhez hasonlóan vizsgáltam. A 11. táblázat mutatja a részletes adatokat. A rutineljárások alkalmazása igen gyakorinak

bizonyult, ugyanis a minta negyedénél négyféle, csaknem harmadánál pedig háromféle módszert is alkalmaztak.

A rutineljárások között a CTG, folyamatos CTG a legjellemzőbb, valamint ezek hatása bizonyult a leghatékonyabbnak a megkérdezettek körében. Ami a rutineljárások és az észlelt stressz közötti korrelációt illeti, az analízis nem mutatott szignifikáns korrelációs együtthatókat, emellett a független kétmintás t-próba tesztje sem jelzett szignifikáns eltéréseket, tehát megállapítható, hogy a rutineljárások alkalmazása nem járt együtt magasabb észlelt stressz-szinttel.

11. táblázat – Rutin kórházi eljárások alkalmazása és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Előfordulás (%)	Kedvező hatás	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
Kanül	62,6	3,3 (±1,1)	0,012 (n.s.)	5,78 (±3,1) <sup>a</sup> 5,86 (±3,4)	-0,2 (n.s.)
Beöntés	49,4	3,6 (±0,9)	0,070 (n.s.)	5,61 (±3,2) <sup>a</sup> 6,01 (±3,4)	-1,3 (n.s.)
Borotválás	27,5	3,5 (±0,8)	-0,003 (n.s.)	5,84 (±3,2) <sup>a</sup> 5,82 (±3,2)	0,05 (n.s.)
CTG	91,5	3,8 (±0,6)	-0,006 (n.s.)	5,90 (±3,1) <sup>a</sup> 5,83 (±3,3)	0,1 (n.s.)
Folyamatos CTG	74,0	3,7 (±0,7)	0,047 (n.s.)	5,57 (±3,2) <sup>a</sup> 5,92 (±3,3)	-0,8 (n.s.)

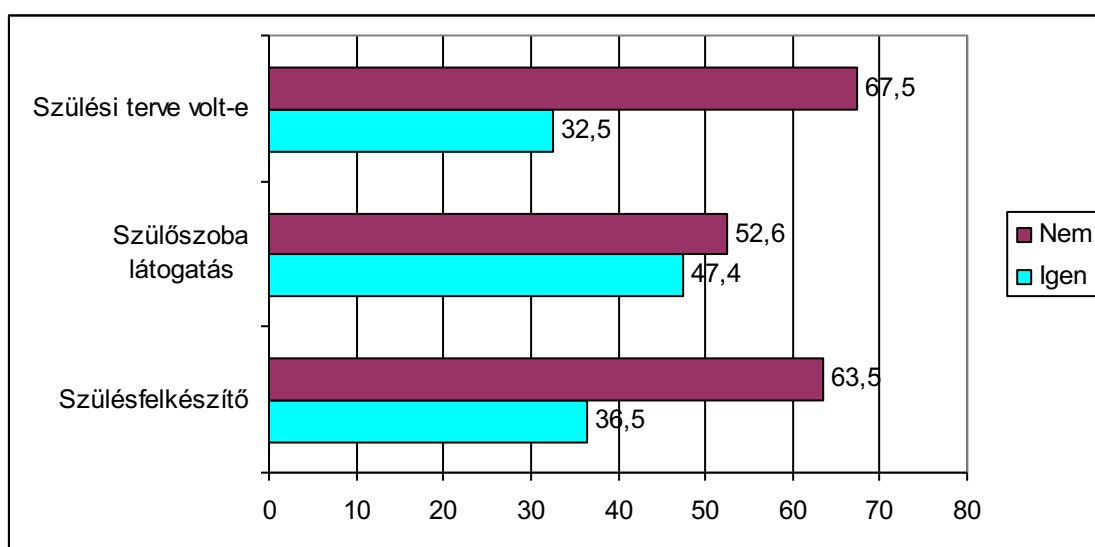
Megjegyzés: n.s. = nem szignifikáns, \*p<0,05, \*\*p<0,001, <sup>a</sup>azon csoport, amelynél nem alkalmazták a fentieket

#### 4.4. A szülésre való felkészülés, szülés közbeni szabadság érzése, tudatosság és kontrollérzet

##### 4.4.1. Szülési előkészületek

A szülési előkészületek kapcsán felmértem a szülésfelkészítő foglalkozáson való részvételt, az előzetes szülőszoba-látogatást és a szülési terv készítését, és azt, hogy vajon a szülési tervnek megfelelően zajlottak-e az események. A 4. ábra jól mutatja, hogy szülési terve a kismamák 32,5%-ának volt, szülésfelkészítő foglalkozáson 36,5% vett részt, és szülőszobát 47,4%-uk látogatott meg a szülés előtt. Ez alapján elmondhatjuk, hogy a szülőszoba-látogatás a leggyakoribb a szülésre való felkészülés során, míg a

szülési terv meghatározása a legkevésbé jellemző. Ha előre megfogalmazott szülési tervük volt a válaszadóknak, az események lefolyását igen vegyesen élték meg: 18,1% szerint egyáltalán nem a tervnek megfelelően alakultak a dolgok, 7,4% szerint kissé jellemző, hogy a tervnek megfelelően alakultak az események, 20,8%-nál nagyjából a tervek szerint alakult minden, és 26,8% teljesen egyetértett azzal, hogy a terveiknek megfelelően zajlott a szülés. Tehát összesítve megállapítható, hogy a minta negyedénél (25,5%) nem a tervek szerint alakultak az események, míg a minta csaknem felénél (47,6%) a terveknek megfelelően zajlott a szülés.



4. ábra – Szülési előkészületek mintabeli aránya százalékban (n=342)

A szülési előkészületek áttekintése után ismét összevettem a változókat az észlelt stresszel. Pearson-korrelációs eljárással és t-próbával teszteltem a változók közötti kapcsolatokat. A szülésfelkészítő foglalkozáson való részvétel gyenge korrelációt mutatott az észlelt stresszel ( $r=0,114$   $p<0,05$ , 12. táblázat). Tovább vizsgálva ezt az összefüggést, a független kétmintás t-próba azt mutatta, hogy magasabb átlagértéket jeleztek az észlelt stressz skálán azok, akik nem vettek részt felkészítésen ( $M_1=6,1$   $SD_1=\pm 3,4$  vs.  $M_2=5,3$   $SD_2=\pm 3,0$ ). Továbbá közepes erősségű negatív összefüggést figyelhetünk meg a szülési tervnek megfelelő események lefolyását illetően ( $r=-0,459$   $p<0,001$ ). A kétmintás t-próba alátámasztotta, hogy szignifikánsan magasabb észlelt stresszről számoltak be azok a kismamák, akik szerint nem terv szerint zajlott a szülésük ( $M_1=7,7$   $SD_1=\pm 3,4$  vs.  $M_2=4,5$   $SD_2=\pm 2,7$ ). Ez azt mutatja, hogy magasabb észlelt

stresszel járt együtt, ha valaki nem vett részt szülésfelkészítő foglalkozáson, vagy akiknél az események nem a megfogalmazott szülési tervnek megfelelően zajlottak. Érdekes módon magának a szülési tervnek a megléte nem mutatott szignifikáns összefüggést, tehát maga a tény, hogy van-e terv vagy nincs, nem mutatott együttjárást sem magasabb, sem alacsonyabb stressz-szinttel ( $r=0,055$   $p>0,05$ ), a t-próba nem indikált magasabb vagy alacsonyabb átlag stresszértékeket a két csoportban ( $t=-1,0$   $p>0,05$ ). A szülőszoba látogatása nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a változók között sem korreláció ( $r=0,034$   $p>0,05$ ), sem kétmintás t-próba lefuttatásakor ( $t=-0,6$   $p>0,05$ ).

12. táblázat – Szülési előkészületek és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Előfordulás (%)	Korreláció PSS-L	PSS-L (Szórás)	Átlag	t érték
Szülésfelkészítő foglalkozáson való részvétel	36,5	0,114*	6,12 ( $\pm 3,4$ ) <sup>a</sup> 5,34 ( $\pm 3,0$ )		-2,2*
Szülőszoba-látogatás	47,4	0,034 (n.s.)	5,94 ( $\pm 3,4$ ) <sup>a</sup> 5,72 ( $\pm 3,1$ )		-0,6 (n.s.)
Szülési terv volt	32,5	0,055 (n.s.)	5,96 ( $\pm 3,3$ ) <sup>a</sup> 5,58 ( $\pm 3,2$ )		-1,02 (n.s.)
Szülési tervnek megfelelő szülés <sup>b</sup>	65,1	-0,459**	7,68 ( $\pm 3,4$ ) <sup>a</sup> 4,49 ( $\pm 2,7$ )		4,99**

Megjegyzés: n.s. = nem szignifikáns, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , <sup>a</sup>azon csoport, amelynél nem történtek meg a fentiek, <sup>b</sup> szülési terv (n=109)

#### 4.4.2. A mozgás, pozíció és vokalizáció szabadsága

A szabad mozgást, a vajúdási és kitolási pozíció szabad megválasztását és a vokalizációt is felmértem kérdőívem segítségével. A 13. táblázatban feltüntettem az eredeti ötfokú skálával felmért kérdések átlag- és szórásértékeit, majd a későbbi elemzések érdekében dichotóm változókat hoztam létre (cut-off pontként az átlagot vettem figyelembe). Az előfordulási arány megmutatja, hogy a megkérdezettek hány százaléka vélekedett úgy, hogy szabadsága volt az egyes területeken. A megkérdezettek több mint háromnegyede jelezte, hogy szabadon sóhajtozhatott (79,8%), ugyanakkor csupán harmaduk (30,1%) választhatta meg a kitoláskori helyzetét. Ha az észlelt stresszel való kapcsolatot vesszük górcső alá, láthatjuk, hogy néhány helyen jelzett gyenge összefüggéseket a Spearman-korreláció és szignifikáns összefüggéseket a kétmintás t-



próba. A szabadság kapcsán megfigyelhető, hogy minél nagyobb szabadságot érzékeltek a szülő nők, annál kisebb stresszel járt együtt. Azok, akik a szülésnél szabadon mozoghattak (M1=6,2 SD1=±3,3 vs. M2=5,5 SD2=±3,2) vagy szabadon sőhajtozhattak (M1=6,5 SD1=±3,4 vs. M2=5,4 SD2=±3,2), szignifikánsan alacsonyabb stresszről számoltak be ( $p<0,05$ ).

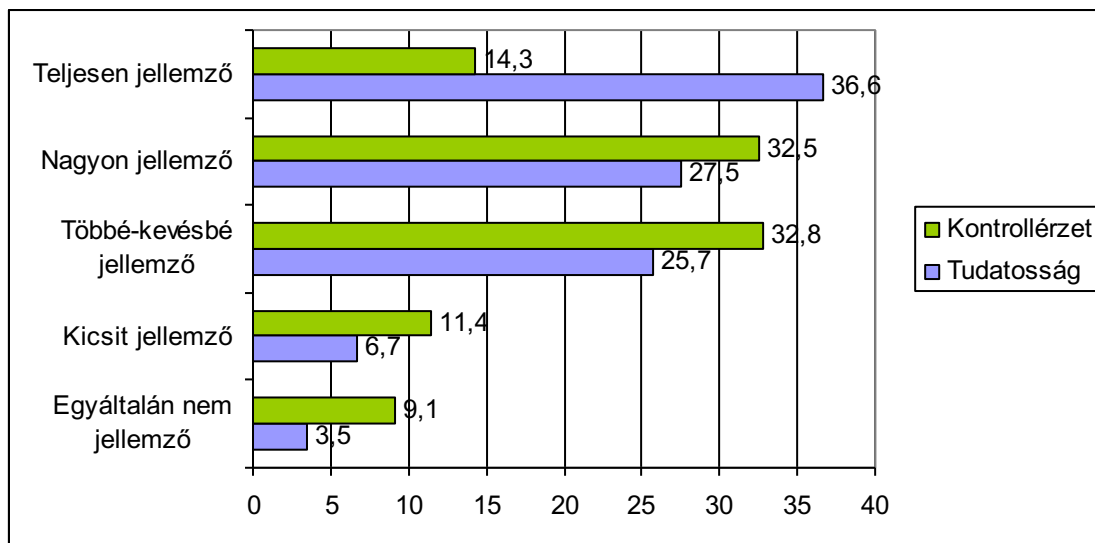
13. táblázat – A mozgás, a pozíció, a vokalizáció szabadsága és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Átlag (szórás)	Előfordu- lás (%)	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
A vajúadás és szülés során szabadon mozoghattam.	2,61 (±1,4)	55,5	-0,122*	6,24 (±3,3) <sup>a</sup> 5,51 (±3,2)	-2,05*
Szabadon választhattam meg, hogy milyen helyzetben vajúdok.	2,97 (±1,3)	69,6	-0,094 (n.s.)	6,32 (±3,3) <sup>a</sup> 5,62 (±3,2)	-1,8 (n.s.)
Szabadon választhattam meg a kitolás szakaszában, hogy milyen helyzetben vagyok, szülök.	1,58 (±1,5)	30,1	-0,050 (n.s.)	5,91 (±3,2) <sup>a</sup> 5,74 (±3,4)	-0,5 (n.s.)
Szabadon sőhajtozhattam, vagy akár kiálthattam is a méhösszehúzóadások alatt.	3,27 (±1,1)	79,8	-0,135*	6,53 (±3,4) <sup>a</sup> 5,41 (±3,4)	-3,1*

Megjegyzés: n.s. = nem szignifikáns, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , <sup>a</sup>azon csoport, amelynél a szabadság nem jellemző

#### 4.4.3. Tudatosság és kontrolléret

Két kérdés vonatkozott a vajúadás és a kitolás közben megélt tudatosságra és kontrolléretre. A kismamák több mint fele, 64,1%-a úgy vélte, hogy meg tudta őrizni a tudatosságát végig, a kontrolléret azonban ennél alacsonyabb arányt mutatott, 46,8%-ot (5. ábra).



5. ábra – Tudatosság és kontrolléret alakulása százalékban kifejezve (n=342)

Az előző táblázathoz hasonlóan a 14. táblázatban feltüntettem az eredeti ötfokú skálával felmért kérdések átlag- és szórásértékeit, majd a későbbi elemzések érdekében dichotóm változókat hoztam létre. Az így kialakított felosztás szerint a kismamák 86,2%-a tudta megőrizni a tudatosságát és 69,6%-uk érezte, hogy kézben tudja tartani az eseményeket.

14. táblázat – Tudatosság és kontrolléret és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Átlag (Szórás)	Előfordulás %	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
Tudatosság megőrzése	2,87 (±1,1)	86,2	-0,547*	7,98 (±3,0) <sup>a</sup> 4,63 (±2,8)	10,5*
Események feletti kontroll	2,32 (±1,1)	69,6	-0,604*	7,48 (±3,0) <sup>a</sup> 3,96 (±2,5)	11,9*

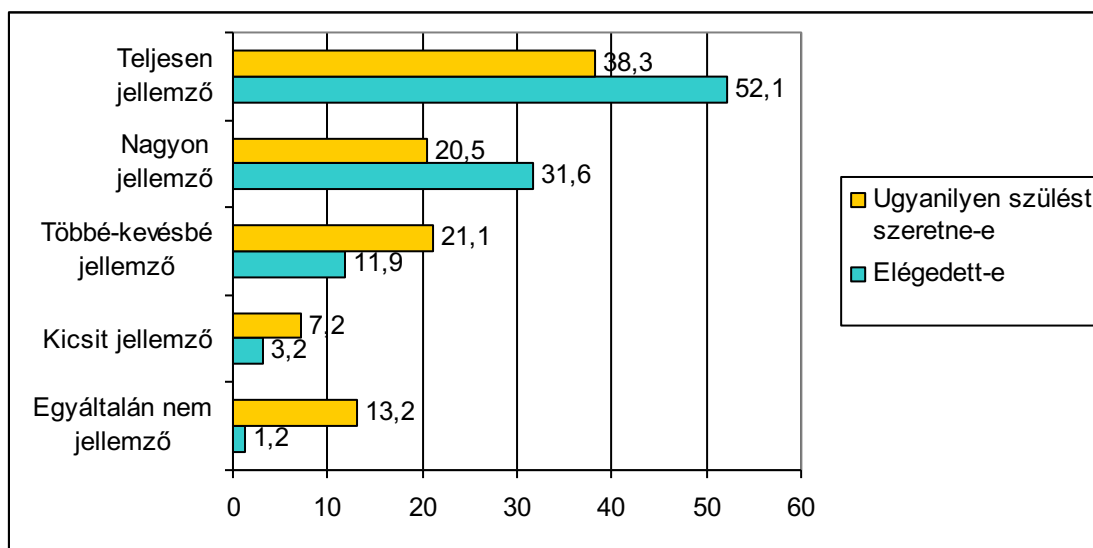
Megjegyzés: \*p<0,001, <sup>a</sup>azon csoport, amelynél tudatosság, kontroll nem jellemző

Az elemzések alapján megállapíthatjuk, hogy erős összefüggést fedezhetünk fel a tudatosság és kontrolléret ( $r=0,671$   $p<0,001$ ) közt. Valamint az előzőnél valamivel gyengébb negatív összefüggést találunk a tudatosság és kontrolléret és az észlelt stressz között ( $r_1=-0,547$   $p<0,001$  és  $r_2=-0,604$   $p<0,001$ ). A Spearman-korrelációs együtthatók alapján látható, hogy minél magasabb értéket jelöltek meg a kismamák a tudatosság és kontrolléret tekintetében, annál alacsonyabb értéket vett fel az észlelt stressz.

Amennyiben független kétmintás t-próbával ellenőrizzük az összefüggést, megállapíthatjuk, hogy szignifikánsan magasabb észlelt stresszről számoltak be azok a kismamák, akik a tudatosság- (M1=8,0 SD1=±3,0 vs. M2=4,6 SD2=±2,8) és kontrollvesztett csoporthoz tartoztak (M1=7,5 SD1=±3,0 vs. M2=4,0 SD2=±2,5).

#### 4.5. Elégedettség

A szüléssel való elégedettségéről szintén megkérdeztem az alanyokat. A kismamák 52,1%-a teljesen elégedett volt a szüléssel, és 38,3%-uk újabb terhesség esetén ugyanolyan szülést szeretne, mint a napokban megtapasztalt (6. ábra). Az elégedettségre vonatkozóan azt láthatjuk, hogy lineárisan csökken a kismamák száma az elégedetlenség irányában, viszont ha az újabb terhességgel kapcsolatosan kérdeztünk rá indirekten az elégedettségre, akkor már nem egyértelmű a lineáris kapcsolat. A megkérdezettek 20,4%-a nem szeretne újabb terhesség esetén ugyanolyan szülést, mint amit most megtapasztalt.



6. ábra – Elégedettség százalékban kifejezve (n=342)

Az előző táblázatokhoz hasonlóan, a 15. táblázatban ismertetem az eredeti, ötfokú skálával felmért kérdések átlag- és szórásértékeit, majd a későbbi elemzések érdekében dichotóm változókat hoztam létre.

15. táblázat – Elégedettség és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Átlag (Szórás)	Előfordu- lás %	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
Szüléssel való elégedettség	3,30 (±0,9)	83,6	-0,444*	7,14 (±3,0) <sup>a</sup> 4,63 (±3,1)	-7,7*
Újra ugyanilyen szülést szeretne	2,64 (±1,4)	58,8	-0,462*	7,45 (±3,1) <sup>a</sup> 4,70 (±2,9)	-8,5*

Megjegyzés: \*p<0,001, <sup>a</sup>azon csoport, amelynél a szüléssel való elégedettség és hogy újra ugyanilyen szülést szeretne, nem jellemző

Megvizsgáltam az elégedettség és az észlelt stressz kapcsolatát (15. táblázat). A Spearman-korrelációs elemzés kimutatta, hogy a két elégedettséget mérő változó között szoros kapcsolat van ( $r=0,647$   $p<0,001$ ). Emellett az elégedettség pontszámok és a stressz-szint között közepes erősségű negatív együttjárás tapasztalható ( $r_1=-0,444$   $p<0,001$  és  $r_2=-0,462$   $p<0,001$ ). Ezután független kétmintás t-próbával teszteltem, hogy milyen átlagok közötti eltérés tapasztalható az elégedettség mentén létrehozott csoportokban (cut-off pontként itt is az átlagot használtam). A próba alapján megállapíthatjuk, hogy szignifikánsan magasabb észlelt stresszről számoltak be azok a kismamák, akik az inkább elégedetlen csoportban helyezkedtek el a fenti két kérdésben ( $M_1=7,1$   $SD_1=\pm 3,0$  vs.  $M_2=4,6$   $SD_2=\pm 3,1$ ;  $M_1=7,5$   $SD_1=\pm 3,1$  vs.  $M_2=4,7$   $SD_2=\pm 2,9$ ).

#### 4.6. A fizikai és szociális biztonság és a stressz összefüggései

A fizikai és szociális biztonságot felmérő kérdéseket a CIPS skála tartalmazza. A megkérdezettek túlnyomó többsége, azaz 87,1% biztonságban érezte magát a szülőszoba fizikai környezetében, és 91,8% értékelte úgy, hogy a szüléskísérők társaságában biztonságban érezte magát, vagyis szociális tekintetben biztonságban volt.

Az észlelt stressz és a fizikai és szociális biztonságérzetre vonatkozó tételek változói között a korrelációelemzés szoros összefüggéseket mutatott. A fizikai, illetve társas biztonságérzet tételek egymással – vagyis skálán belül – szoros pozitív összefüggésben állnak (fizikai biztonság és társas biztonság  $r=0,541$   $p<0,001$ ). Emellett az észlelt stressz és a fizikai, illetve szociális biztonságra vonatkozó tételek gyengébb, negatív összefüggésekre engednek következtetni ( $r=-0,348$  és  $r=-0,240$   $p<0,001$ ).

A fizikai és szociális biztonságra vonatkozó válaszok átlagértékei szerint szétválasztott csoportok PSS-L értékei között szignifikáns különbségeket tapasztalhatunk. A 16. táblázat mutatja az átlag alatti és feletti csoportok PSS-L átlagértékeit. Megállapíthatjuk, hogy a fizikai és szociális biztonság kérdéseiben átlag alatti értékeket jelzők csoportja szignifikánsan magasabb átlagértékeket ért el az észlelt szülési stressz skálán.

16. táblázat – Észlelt stressz alakulása a fizikai és szociális biztonság tükrében (n=342)

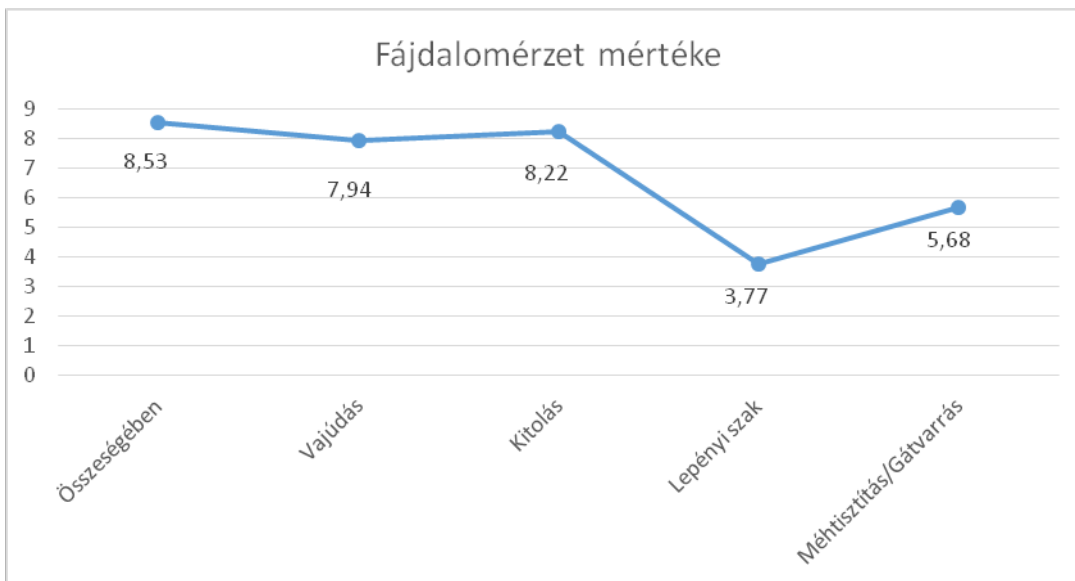
	Fizikai biztonság átlag alatti	Fizikai biztonság átlag feletti	Szociális biztonság átlag alatti	Szociális biztonság átlag feletti
PSS-L	7,43 ( $\pm 3,3$ )*	5,08 ( $\pm 3,0$ )	7,38 ( $\pm 3,3$ )*	5,42 ( $\pm 3,1$ )

Megjegyzés: PSS-L Észlelt Stressz Skála összesített átlagértékei, a zárójelben a szórásértékek vannak feltüntetve. \* $p < 0,001$

## 4.7. A szülés egyes szakaszaiban tapasztalt fájdalom, epidurális analgészia, stressz és elégedettség összefüggései

### 4.7.1. Szülési fájdalom

Az NRS segítségével felmért, szülés alkalmával összességében és annak alszakaszaiban megélt fájdalomérzetet a 7. ábra mutatja. A szülést összességében 8,53-as átlagúra értékelték a tizenegy fokú skálán ( $SD = \pm 1,7$ ). Jól látható, hogy a szakaszok tekintetében a kitolást tartották a legfájdalmasabbnak ( $M = 8,22$ ,  $SD = \pm 2,1$ ), a vajúdás szintén hasonló értékeket mutatott ( $M = 7,94$ ,  $SD = \pm 2,0$ ), majd a méhtisztítás, gátvarrás közepes szintű fájdalomérzetet jelzett ( $M = 5,68$ ,  $SD = \pm 3,0$ ), és végül a méhlepény megszületése alacsony, 3,77-es átlagértéket vett fel ( $SD = \pm 2,7$ ).



7. ábra – A fájdalomérzet mértéke (n=342)

Megjegyzés: A teljes szülés és alszakaszainak fájdalomítéletei a 0-tól 10-ig terjedő Numerikus Értékelő Skálán

#### 4.7.2. Fájdalomcsillapítás epidurális analgéziával

Vizsgálatomban a nők 12,9%-a, tehát 44 fő kapott epidurális érzéstelenítést (17. táblázat). Arra a kérdésre, hogy milyen mértékben értékelték azt kedvező hatásúnak, 3,3-as átlagértéket detektáltam (SD=±1,1), a kismamák 59%-a nagyon kedvező, 22,7%-a pedig kedvező választ adott. Így megállapíthatjuk, hogy az epidurális érzéstelenítést kapók háromnegyede pozitívan értékelte az érzéstelenítést.

17. táblázat – Epidurális analgézia és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Előfordulás (%)	Kedvező hatás	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
Epidurális analgézia	12,9	3,3 (±1,1)	0,004 (n.s.)	5,83 (±3,3) <sup>a</sup> 5,86 (±3,2)	-0,1 (n.s.)

Megjegyzés: n.s. = nem szignifikáns, <sup>a</sup>azon csoport, amelynél nem alkalmazták a fentieket. PSS-L = Észlelt szülési stressz összpontszám

Az epidurális analgézia alkalmazását összevetve az észlelt stressz összesített skálával azt találtam, hogy nincs szignifikáns kapcsolat Pearson-korreláció alapján és nincs szignifikáns különbség az észlelt stressz átlagértéke kapcsán az EDA-t kapók és

nem kapók csoportjai között. A fájdalom, epidurális analgészia, stressz és a későbbiekben bemutatott elégedettség változó összefüggéseit egy külön alfejezetben tárgyalom.

#### 4.7.3. Alternatív fájdalomcsillapítás

A következőkben rákérdeztem arra, hogy a kismamák maguk, vagy szüléskísérőik szüléskor alkalmaztak-e alternatív fájdalomcsillapító technikát. A válaszadók kevéssel több mint egynegyede használt valamilyen módszert. Ami az alternatív fájdalomcsillapítási technikákat illeti, a megkérdezettek közül 19% vélekedett úgy, hogy alkalmazott valamilyen alternatív fájdalomcsillapítót, további 7,9% pedig kétféle módszerről is beszámolt.

Az alternatív eljárások között a speciális légzés, a relaxáció, a masszázs és a vízben vajúdás szerepét emelték ki, amelyek jótékony hatása jellemző volt (18. táblázat). Érdekes módon a legkedvezőbb hatást a gyógyteának tulajdonították, annak ellenére, hogy nagyon alacsony arányban használták.

18. táblázat – Alternatív fájdalomcsillapítók alkalmazása és az észlelt szülési stressz alakulása (n=342)

	Előfordulás (%)	Kedvező hatás	Korreláció PSS-L	PSS-L Átlag (Szórás)	t érték
Vízben vajúdás	9,1	3,0 (±1,0)	-0,071 (n.s.)	5,91 (±3,3) <sup>a</sup> 5,10 (±2,4)	1,7 (n.s.)
Masszázs	10,8	3,0 (±1,0)	0,018 (n.s.)	5,81 (±3,3) <sup>a</sup> 6,00 (±2,7)	-0,4 (n.s.)
Speciális légzés	15,8	3,4 (±0,8)	-0,054 (n.s.)	5,91 (±3,3) <sup>a</sup> 5,43 (±2,9)	1,1 (n.s.)
Relaxáció	5,6	3,2 (±1,0)	-0,082 (n.s.)	5,90 (±3,3) <sup>a</sup> 4,74 (±2,9)	1,5 (n.s.)
Gyógytea	1,8	3,7 (±0,8)	0,021 (n.s.)	5,82 (±3,3) <sup>a</sup> 6,33 (±2,3)	-0,4 (n.s.)
Homeopátia	5,6	2,8 (±1,4)	-0,023 (n.s.)	5,85 (±3,3) <sup>a</sup> 5,53 (±3,0)	0,4 (n.s.)

Megjegyzés: n.s. = nem szignifikáns, <sup>a</sup>azon csoport, amelynél nem alkalmazták a fentieket. PSS-L = Észlelt szülési stressz összpontszám

Az alternatív fájdalomcsillapítók alkalmazását összevettem az észlelt stressz összesített skálával. Az elemzés azt mutatta, hogy nincs szignifikáns kapcsolat a Pearson-

korreláció alapján, és nincs szignifikáns különbség az észlelt stressz átlagértéke kapcsán az alternatív fájdalomcsillapítót alkalmazók és nem alkalmazók csoportjai között.

#### 4.7.4. Az EDA, a fájdalomérzet, az észlelt szülési stressz és az elégedettség kapcsolata

Az epidurális érzéstelenítést kapó és nem kapó nők csoportjának független kétmintás t-próbával történő összehasonlítása alapján elmondható, hogy nem található statisztikailag szignifikáns különbség a két csoportban sem a fájdalomérzet, sem a szenvedéssel azonosított stressz, sem az elégedettség átlagértékeinek tekintetében. Amennyiben megvizsgáljuk a csoportátlagok értékeit, azt tapasztaljuk, hogy a szülés egészére vonatkozó és a vajúdáskori fájdalomérzet csekély mértékben, de magasabb volt az EDA-t kapó csoport körében, majd a többi szakasz fájdalomérzete azoknál mutatott valamivel magasabb átlagértékeket, akik nem kaptak EDA-t (19. táblázat,  $p>0,05$ ).

19. táblázat – Fájdalom, elégedettség és stressz alakulása EDA-t kapó és nem kapó nőknél (n=342)

	Nem kapott EDA-t	Kapott EDA-t	t érték	Szignifikancia
Szülés fájdalma	8,48 ( $\pm 1,7$ )	8,85 ( $\pm 1,5$ )	-1,219	0,224
Vajúdás fájdalma	7,90 ( $\pm 2,0$ )	8,23 ( $\pm 1,9$ )	-1,036	0,301
Kitolás fájdalma	8,26 ( $\pm 2,0$ )	7,93 ( $\pm 2,6$ )	0,972	0,332
Lepényi szak fájdalma	3,84 ( $\pm 2,7$ )	3,30 ( $\pm 2,9$ )	1,232	0,219
Méhtisztítás/ Gátvarrás fájdalma	5,75 ( $\pm 2,9$ )	5,20 ( $\pm 3,3$ )	1,140	0,255
Elégedettség 1	3,31 ( $\pm 0,9$ )	3,25 ( $\pm 0,9$ )	0,410	0,682
Elégedettség 2	2,65 ( $\pm 1,4$ )	2,55 ( $\pm 1,4$ )	0,470	0,639
PSS-L	5,83 ( $\pm 3,3$ )	5,86 ( $\pm 3,2$ )	-0,066	0,947

Megjegyzés: független kétmintás t-próba, átlag- és szórásértékek feltüntetve. PSS-L: a 4 tételből álló Észlelt Stressz Skála összpontszáma

A következő lépésként végrehajtott korrelációelemzéssel feltérképeztem a megélt fájdalom, a stressz és az elégedettség együttjárását, amelyet a 20. táblázat cellái szemléltetnek. A korrelációelemzés eredményei azt mutatják, hogy a fájdalomérzet esetében a szülés egészére vonatkozó fájdalom szoros együttmozgásokat mutatott a vajúdás és kitolás szakaszaiban megélt fájdalomérzettel. A stressz és a fájdalom



kapcsolatát elemezve megállapíthatjuk, hogy a stressz gyenge erősségű korrelációt mutatott a szülés egészére vonatkozó ( $r=0,283$   $p<0,001$ ), illetve a vajúdás fázisában ( $r=0,288$   $p<0,001$ ) megélt fájdalomérzettel.

20. táblázat – A szülési fájdalom, észlelt stressz és elégedettség korrelációs mátrixa (n=342)

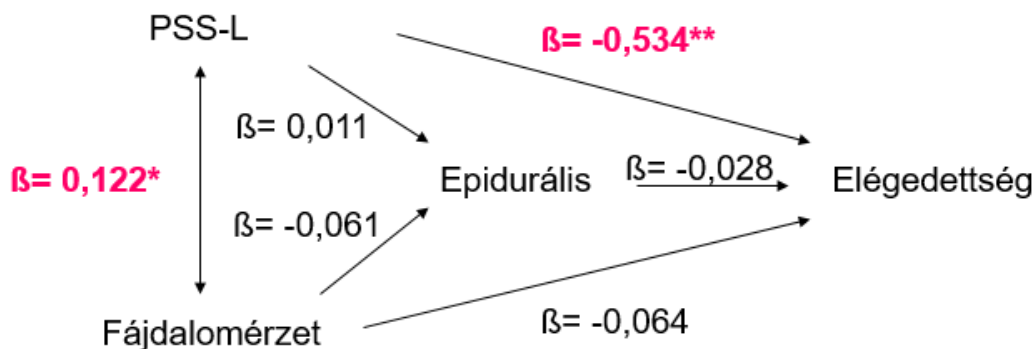
	Szülés fájdalma	Vajúdás fájdalma	Kitolás fájdalma	Lepényi szak fájdalma	Méh- tisztítás /Gát- varrás fájdalma	Elégedett- ség1	Elégedett- ség2
PSS-L	0,283** <sup>1</sup>	0,288**	0,118*	0,100	-0,055	-0,444**	-0,462**
Szülés fájdalma	-	0,489**	0,490**	0,117*	0,147**	-0,162**	-0,223**
Vajúdás fájdalma		-	-0,044	0,027	0,024	-0,146**	-0,231**
Kitolás fájdalma			-	0,253**	0,191**	-0,075	-0,088
Lepényi szak fájdalma				-	0,406**	-0,066	-0,067
Méhtisztítá s/ Gátvarrás fájdalma					-	-0,024	0,010
Elégedett- ség1						-	0,647**

Megjegyzés: <sup>1</sup>Spearman Rho értékek feltüntetve, \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ . PSS-L: a 4 tételből álló Észlelt Stressz Skála összpontszáma

Az epidurális érzéstelenítés hatásának további feltérképezésére végzett lineáris regressziók sorozatának segítségével alkotott útmodellből jól látható (8. ábra), hogy az elégedettségre a szenvedés, vagyis a megtapasztalt stressz mutatott bejósoló hatást, tehát minél magasabb az észlelt szülési stressz, annál kisebb az elégedettség ( $\beta=-0,534$   $p<0,001$ ). Ami a modellben szereplő változókat illeti, láthatjuk, hogy a stressz-szint és a fájdalomérzet között is megjelenik a szignifikáns út ( $\beta=0,122$   $p<0,05$ ), ezért minél magasabb a fájdalomérzet, annál magasabb a stressz és mindez közvetve hatással van az elégedettségre is. Az epidurális érzéstelenítés viszont nem mutatott szignifikáns hatásokat.

Miután a szenvedéssel azonosított észlelt stressz kulcstényezőnek bizonyult, alaposabban megvizsgálva a stressz-szint emelkedését jósoló tényezőket, a stressz-szintre futtatott lineáris regressziós elemzés azt mutatta, hogy a vajúráskor ( $\beta=0,134$   $p<0,05$ ) és

a méhtisztítás és gátvarrás szakaszában ( $\beta=-0,131$   $p<0,05$ ) megélt fájdalom, valamint az elégedettség volt szignifikáns bejósoló erő ( $\beta_1=-0,286$   $p<0,001$ ;  $\beta_2=-0,254$   $p<0,001$ ) a stressz emelkedésében. Összegezve megállapíthatjuk, hogy az epidurális érzéstelenítés nem befolyásolja, hanem inkább a stressz-szint közvetlenül és a fájdalomérzet közvetve határozza meg az elégedettséget.



8. ábra – Az elégedettségre befolyást gyakorló tényezők útmodell ábrázolása (n=342)  
 Megjegyzés: PSS-L= észlelt szülési stressz,  $\beta$ =regressziós együttható, \* $p<0,05$ ,  
 \*\* $p<0,001$

## 4.8. A skálák, a kérdőív és az elemzésekből kiemelkedő változók összefüggései

### 4.8.1. Korrelációelemzés

A következő lépésben korrelációelemzéssel vizsgáltam a változókat, kitüntetett figyelmet szentelve a korábbi vizsgálatokban szignifikáns összefüggéseket mutató változóknak. A 21. táblázatában mutatom be a korrelációs együtthatókat.

21. táblázat – Korrelációs mátrix (n=342)

	CIPS	BANSIL Q	EDA	Oxi-tocin	Nyomás hasra	Gát-metszés	Szü-lésf.	Terv megf.	Fájd.	Elég.1	Elég.2	Tuda-tosság	Kontroll	Mozgás szab.	Vokaliz. szab.
PSS-L	-0,290**	-0,121*	0,004	0,147**	0,107*	0,121*	0,114*	-0,423**	0,258**	-0,489**	-0,498**	-0,582**	-0,625**	-0,098	-0,142**
CIPS	-	0,580**	0,005	-0,099	-0,047	-0,082	-0,010	0,298**	-0,118*	0,419**	0,370**	0,203**	0,287**	0,548**	0,367**
BAN SILQ		-	0,142**	-0,055	-0,0014	0,003	0,038	0,078	-0,009	0,283**	0,255**	0,091	0,152**	0,322**	0,280**
EDA			-	0,203**	0,115*	0,111*	-0,017	-0,111	0,066	-0,022	-0,025	-0,002	-0,007	-0,029	0,038
Oxitocin				-	0,192**	-0,006	0,007	-0,160	0,060	-0,155**	-0,223**	-0,177**	-0,134*	0,025	0,093
Nyomás hasra					-	0,382**	-0,012	-0,173*	0,045	-0,130*	-0,148**	-0,101	-0,106	-0,069	0,051
Gátm.						-	0,040	-0,152	0,025	-0,046	-0,110*	-0,144**	-0,153**	-0,102	0,039
Szülésf.							-	-0,118	-0,029	-0,023	-0,093	-0,030	-0,051	0,025	-0,132*
Terv megf.								-	-0,188*	0,416**	0,458**	0,211**	0,275**	0,249**	-0,090
Fájd.									-	-0,171**	-0,195**	-0,191**	-0,173**	-0,127*	-0,020
Elég.1										-	0,650**	0,398**	0,443**	0,175**	0,295**
Elég.2											-	0,407**	0,433**	0,143**	0,156**
Tuda-tosság												-	0,668**	0,131*	0,029
Kontroll													-	0,152**	0,062
Mozgás szab.														-	0,093

Megjegyzés: Pearson-korrelációs együtthatók feltüntetve, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$ . (Gátm.: gátmetszés, szülésf.: részvétel szülésfelkészítésen, terv megf.: tervnek megfelelő szülés, fájd.: fájdalom, elég.: elégedettség, szab.: szabadság, vokaliz. szab.: vokalizáció szabadsága)

A korrelációs mátrixban látható, hogy az észlelt szülési stressz skálája (PSS-L) az EDA-n és a Mozgás szabadsága változón kívül mindegyik, az elemzésbe bevont változóval mutatott szignifikáns kapcsolatot. Legerősebb kapcsolatot – ahogy azt a korábbi fejezetben is láthatjuk – az elégedettség ( $r=-0,489$  és  $r=-0,498$   $p<0,001$ ), valamint a kontrollérzet ( $r=-0,625$   $p<0,001$ ) és a tudatosság ( $r=-0,582$   $p<0,001$ ) változók esetében tapasztalhatunk. Ezekon kívül kiemelendő a PSS-L szülés terv szerinti alakulásával és a CIPS-sel mutatott közepesen szoros korrelációs együttható ( $r=-0,423$  és  $r=-0,290$   $p<0,001$ ).

A CIPS összesített skálája szignifikáns együttmozgást mutatott az elemzésbe bevont változók többségével, azonban a különböző beavatkozásokkal nem mutatott együttjárást. A CIPS a BANSILQ-val mutatta a legerősebb kapcsolatot ( $r=0,580$   $p<0,001$ ), amely a privát szféra és a támogató szülésznői viselkedésmódok megtapasztalása közti szoros kapcsolatra utal. Illetve – ahogyan azt korábban jeleztem – megjelenik a PSS-L-lel mutatott inkább gyengébbnek minősülő kapcsolat is ( $r=-0,290$   $p<0,001$ ). A CIPS a mozgás szabadságán ( $r=0,548$   $p<0,001$ ) és a vokalizáció szabadságán ( $r=0,367$   $p<0,001$ ) kívül az elégedettség kérdéseivel ( $r=0,419$  és  $r=0,370$   $p<0,001$ ) áll kapcsolatban, viszont a szülés terv szerinti lezajlásával ( $r=0,298$   $p<0,001$ ), a kontrollérzettel ( $r=0,287$   $p<0,001$ ) és a tudatosság érzetével ( $r=0,203$   $p<0,001$ ) ezeknél gyengébb kapcsolatot mutat.

A BANSILQ skála esetében a szabadságérzet eredményezett 0,3-as erősségű együtthatókat, valamint 0,3 alatti együtthatók jelentek meg az elégedettség kérdéseivel ( $r=0,283$  és  $r=0,255$   $p<0,001$ ) összefüggésben.

Emellett az EDA alkalmazása gyenge összefüggést mutatott a szintetikus oxitocin ( $r=0,203$   $p<0,001$ ) beavatkozásával. Az is megfigyelhető a táblában, hogy a beavatkozások negatív kapcsolatban állnak az elégedettség, a kontrollérzet és a tudatosság változókkal. Az elégedettség esetében szintén gyengének mutatkozó ellentétes kapcsolatot találtam a külső oxitocinos beavatkozással ( $r=-0,155$  és  $r=-0,223$   $p<0,001$ ), a hasra gyakorolt nyomás beavatkozásával ( $r=-0,130$   $p<0,05$  és  $r=-0,148$   $p<0,001$ ) és a gátmetszéssel ( $r=-0,110$   $p<0,05$ ).

A szülésfelkészítés kevés szignifikáns kapcsolatot mutatott a bevont változókkal. A szülési tervnek megfelelő szülés ennél már több változó esetén detektálta az együttjárást: az

észlelt stressznél a korreláció  $r=-0,423$   $p<0,001$ , emellett az elégedettség mutatott 0,4 feletti korrelációs együtthatókat.

A fájdalomérzet az észlelt stressz esetében mutatta a legszorosabb kapcsolatot ( $r=0,258$   $p<0,001$ ), és az előbbinél alacsonyabb értékek mentén fordított irányú korreláció volt megfigyelhető az elégedettség kérdéseivel ( $r=-0,171$  és  $r=-0,195$   $p<0,001$ ), a kontrollérzettel ( $r=-0,173$   $p<0,001$ ) és a tudatosság ( $r=-0,191$   $p<0,001$ ) változókkal.

Ahogy az korábban jeleztem, az elégedettséget mérő két kérdés között erős korrelációt láthatunk ( $r=0,650$   $p<0,001$ ). A felsorolt eredményekből is jól látszik, hogy a változók közül kiemelkedik, mivel számos esetben tapasztalunk magasabb korrelációs együtthatókat. Kiemelendő ezek közül a stresszskálával való közepes erősségű negatív korreláció ( $r=-0,489$  és  $r=-0,498$   $p<0,001$ ), valamint a szülés terv szerinti alakulásával, a tudatosság és kontrollérzet kérdésekkel, továbbá a CIPS-sel detektált 0,4-es erősségű korreláció.

Szintén hasonlóan viselkedett a tudatosság- és a kontrollérzet-változó, köztük igen erős összefüggést láthatunk ( $r=0,668$   $p<0,001$ ). Az észlelt stresszre vonatkozóan a táblában magas korrelációértékeket figyelhetünk meg a tudatosság ( $r=-0,582$   $p<0,001$ ) és kontrollérzet ( $r=-0,625$   $p<0,001$ ) esetében. Illetve a korábbiak szerint az elégedettséggel, a terv szerinti szülésalakulással állnak pozitív kapcsolatban, valamint a fájdalommal, az oxitocinos és a gátmetetszés beavatkozásával egyértelmű negatív kapcsolatuk.

Végül a mozgásos és vokalizációs szabadságot mérő kérdések a CIPS skálával ( $r=0,548$  és  $r=0,367$   $p<0,001$ ) mutattak közepes erősségű kapcsolatot, a BANSILQ skálával ( $r=0,322$  és  $r=0,280$   $p<0,001$ ) ennél gyengébb kapcsolatban álltak.

#### **4.8.2. Regressziós elemzések**

Az elemzés utolsó fázisában regressziós elemzéseket végeztem annak érdekében, hogy feltárjuk az észlelt stresszre, illetve az elégedettségre ható változókat.

#### 4.8.2.1. Regressziós elemzések a stressz vizsgálatára

Először lineáris regresszióval ellenőriztem, hogy a meghatározott változók közül melyeknek van szignifikáns bejósoló hatásuk az észlelt stressz szintjére. A 22. táblázat mutatja be az eredményeket.

22. táblázat – Lineáris regressziós modellek az észlelt stresszre (n=342)

	<b>Modell 1</b>		<b>Modell 2</b>
Hányadik babája született?	-0,147*	Tervmegfelelés	-0,175*
		Fájdalomérzet	0,232**
		Kontroll	-0,525**
Konstans	7,1**	Konstans	7,7**
R négyzet	0,077**	R négyzet	0,599**

Megjegyzés: Enter method, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

Az első modellben a szociodemográfiai változókat ellenőriztem (életkor, iskolai végzettség, családi állapot, társadalmi osztály, gyermekek száma), ahol a gyermekszám volt szignifikáns bejósoló faktor ( $\beta = -0,147$   $p < 0,05$ ). Tehát jelentős bejósoló hatása van a gyermekszámnak a stressz-szintre, az első gyereknél szignifikánsan magasabb stresszre számíthat az anya. A második modellben az észlelt stressz szintjének emelkedésére három változónak volt szignifikáns hatása: az előzetes terveknek való megfelelés, a fájdalom- és kontrollérzet játszott jelentős szerepet. Leginkább a kontrollérzet hiánya ( $\beta = -0,525$   $p < 0,001$ ), majd a fájdalomérzet ( $\beta = 0,232$   $p < 0,001$ ) jósolt magasabb észlelt stressz pontszámokat. Emellett az előzetes várakozásoknak, terveknek való megfelelés hiánya bejósolta a magasabb észlelt stressz-szintet ( $\beta = -0,175$   $p < 0,05$ ).

A következő lépésben logisztikus regressziós elemzést futtattam le az észlelt stressz függő változóra az átkódolás után. Az átkódolásban az átlag szerinti cut-off pontot használtam a folytonos változók dichotomizálásához. Az analízis segítségével megfigyelhetővé váltak az esélyhányadosok, tehát megállapíthatjuk, hogy bizonyos változók mekkora eséllyel csökkentik vagy növelik az észlelt stresszt.

23. táblázat – Bináris logisztikus regresszió esélyhányadosai észlelt szülési stressz esetében (n=342)

	Esélyhányadosok (OR)
CIPS átlag alatti <sup>a</sup>	1,00
CIPS átlag feletti	0,434 (0,28-0,67)**
BANSILQ átlag alatti <sup>a</sup>	1,00
BANSILQ átlag feletti	0,604 (0,39-0,94)*
Nem kapott EDA-t <sup>a</sup>	1,00
Kapott EDA-t	1,049 (0,56-1,98)
Nem kapott oxitocint <sup>a</sup>	1,00
Kapott oxitocint	1,522 (0,99-2,33) <sup>b</sup>
Nyomást hasra nem alkalmaztak <sup>a</sup>	1,00
Nyomás hasra	1,569 (0,99-2,48) <sup>b</sup>
Gátmetszést nem alkalmaztak <sup>a</sup>	1,00
Gátmetszés	1,446 (0,94-2,22)
Nem vett részt szülésfelkészítőn <sup>a</sup>	1,00
Részt vett szülésfelkészítőn	1,217 (0,78-1,89)
Nem a tervnek megfelelően alakult <sup>a</sup>	1,00
Tervnek megfelelően alakult	0,214 (0,11-0,43)**
Alacsony elégedettség <sup>1a</sup>	1,00
Magas elégedettség	0,190 (0,12-0,30)**
Alacsony elégedettség <sup>2a</sup>	1,00
Magas elégedettség	0,171 (0,11-0,28)**
Átlag alatti fájdalomérzet <sup>a</sup>	1,00
Átlag feletti fájdalomérzet	1,980 (1,28-3,06)*
Átlag alatti tudatosság <sup>a</sup>	1,00
Átlag feletti tudatosság	0,162 (0,01-0,27)**
Átlag alatti kontrollérzet <sup>a</sup>	1,00
Átlag feletti kontrollérzet	0,133 (0,08-0,21)**

Megjegyzés: OR=Odds Ratio, <sup>a</sup>Referenciakategória, 95%-os konfidenciaintervallum, <sup>b</sup>p≤0,05 \*p<0,05, \*\*p<0,001

A 23. táblázat alapján jól látszik, hogy míg a magas fokú privát szféra és intimitás érzete (CIPS), a szülésznői segítő viselkedések magas aránya (BANSILQ), a tervnek megfelelő szülés, az elégedettség, a tudatosság és a kontrollérzet megemelkedése szignifikánsan csökkentette a magas észlelt stressz megélésének valószínűségét. A CIPS emelkedése csaknem 60%-kal (OR=0,43 p<0,001), a BANSILQ 40%-kal (OR=0,60 p<0,05), a tervnek megfelelő szülés 80%-kal (OR=0,21 p<0,001), az elégedettség, a tudatosság és a

kontrollérzet megléte több mint 80%-kal (OR=0,19, OR=0,17, OR=0,16 és OR=0,13  $p<0,001$ ) csökkentette a magas stressz megélésének valószínűségét. A felsorolt változókról tehát megállapíthatjuk, hogy védőfunkciót látnak el a stresszel szemben.

Ezzel szemben a fájdalomérzet és az oxitocin, valamint a hasra gyakorolt nyomás szignifikánsan magasabb eséllyel eredményezett magasabb stressz-szintet. A fájdalom magas volta kétszeresére (OR=1,98  $p<0,05$ ), az oxitocin és a hasra gyakorolt nyomás másfélszeresére emelte a magas stressz észlelésének valószínűségét (OR=1,52 és OR=1,57  $p\leq 0,05$ ). Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy a fájdalom, az oxitocin és a hasra gyakorolt nyomás rizikótényezőt jelent az észlelt stresszre vonatkozóan.

#### 4.8.2.2. Regressziós elemzések az elégedettség vizsgálatára

A következőkben lineáris és logisztikus regresszió analízist futtattam az elégedettség függő változóra. A 24-25. táblázatok szemléltetik az elemzés eredményeit. Az első modellben a szociodemográfiai változókat vizsgáltam (24. táblázat).

24. táblázat – Lineáris regressziós modellek az elégedettségre (N=342)

	Modell 1		Modell 2
<b>Anyagi helyzet</b>	-0,149*	Terv megfeleléség	<b>0,205*</b>
		Kontroll	<b>0,271*</b>
		PSS-L	<b>-0,174<sup>b</sup></b>
<b>Konstans</b>	3,8**	Konstans	<b>2,3**</b>
<b>R négyzet</b>	0,027	R négyzet	<b>0,396**</b>

Megjegyzés: Enter method, <sup>b</sup> $p\leq 0,05$ , \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$

A regresszióelemzés azt mutatta, hogy az anyagi helyzet szignifikánsan bejósolta az elégedettséget. A második modellben pedig a kontrollérzet mutatta a legmagasabb  $\beta$  értéket, tehát az a tény, hogy a szülés közben az anyák érzik a kontrollt ( $\beta=0,270$   $p<0,05$ ), valamint a terveknek megfelelően zajlik a szülés ( $\beta=0,205$   $p<0,05$ ), szignifikánsan hatott az elégedettségük szintjére.

A logisztikus regresszió elemzésben megvizsgáltam az esélyhányadosokat (25. táblázat), tehát hogy melyik változó emeli vagy csökkenti szignifikánsan az elégedettség érzésének valószínűségét.



25. táblázat – Bináris logisztikus regresszió esélyhányadosai az elégedettség esetében (n=342)

	<b>Esélyhányadosok (OR)</b>
PSS átlag alatti <sup>a</sup>	1,00
PSS átlag feletti	0,190 (0,12-0,30)**
CIPS átlag alatti <sup>a</sup>	1,00
CIPS átlag feletti	4,573 (2,89-7,23)**
BANSILQ átlag alatti <sup>a</sup>	1,00
BANSILQ átlag feletti	2,037 (1,31-3,18)**
Nem kapott EDA-t <sup>a</sup>	1,00
Kapott EDA-t	0,910 (0,48-1,72)
Nem kapott oxitocint <sup>a</sup>	1,00
Kapott oxitocint	0,553 (0,36-0,85)*
Nyomást hasra nem alkalmaztak <sup>a</sup>	1,00
Nyomás hasra	0,627 (0,40-0,99)*
Gátmetszést nem alkalmaztak <sup>a</sup>	1,00
Gátmetszés	1,068 (0,70-1,63)
Nem vett részt szülésfelkészítőn <sup>a</sup>	1,00
Részt vett szülésfelkészítőn	1,10 (0,71-1,72)
Nem a tervnek megfelelően alakult <sup>a</sup>	1,00
Tervnek megfelelően alakult	5,737 (2,83-11,63)**
Átlag alatti fájdalomérzet <sup>a</sup>	1,00
Átlag feletti fájdalomérzet	0,617 (0,40-0,95)*
Átlag alatti tudatosság <sup>a</sup>	1,00
Átlag feletti tudatosság	2,830 (1,79-4,48)**
Átlag alatti kontrollérzet <sup>a</sup>	1,00
Átlag feletti kontrollérzet	3,688 (2,35-5,78)**

Megjegyzés: OR=Odds Ratio, <sup>a</sup>Referenciakategória, 95%-os konfidenciaintervallum, \*p<0,05, \*\*p<0,001

A CIPS, a BANSILQ, a szülési terv megfelelése, a tudatosság és a kontrollérzet szignifikánsan emelte az elégedettséget. A szülési intimitás és privát szféra átlag feletti megélése 4,5-szeres, a támogató szülésznői viselkedések magas aránya 2-szeres, a terv megfelelése majdnem 6-szoros, a tudatosság 3-szoros, a kontrollérzet pedig csaknem 4-

szerez valószínűséget mutatott az elégedettség szintjére vonatkozóan. Emellett a stressz megélése 80%-kal, a magas fájdalomérzet és a hasra gyakorolt nyomás 40%-kal, az oxitocin megkapása pedig felére csökkentette az elégedettség érzetet.

## **5. MEGBESZÉLÉS**

A tézisem alapjául szolgáló kutatás célja a szülés eseményének egyértelmű testi és medikális vonatkozásán túlmenően annak biopszichoszociális keretben való vizsgálata volt; vagyis annak felderítése, hogy a szülés során a nőre ható számos tényező közül melyek hozhatók összefüggésbe az általa tapasztalt magasabb stressz-szinttel és az utólagos elégedettségével.

Dolgozatom egyik legfontosabb mondandója az eredmények alapján, hogy a megtapasztalt szülési stressz szoros kapcsolatot mutat az egyes beavatkozások alkalmazásával, a mozgásos és vokalizációs szabadság-, tudatosság- és kontrollérzettel, illetve a szülés fizikai környezetével. Ezenkívül a szülés természetes lefolyását nem akadályozó stressz-szint alakulásában a privát térben megtapasztalt biztonságérzet és intimitás, valamint a szüléskísérő érzelmi jellegű támogatása kiemelkedő jelentőségűek.

### **5.1. Szülési stressz, intimitás és privát szféra, szülésznői támogatás**

#### **5.1.1. Az észlelt szülési stressz és a szülés alkalmával támogatást nyújtók köre**

Kutatásom központi kérdése annak meghatározása, hogy mely tényezők járnak együtt átlag alatti és afeletti stressz-szinttel, hogy meghatározhassuk, mely jellemzők, viselkedések és technikák támogatása javasolt, illetve melyek kerülendők a vajúdo és szülő nő kísérése folyamán. Elmondhatjuk, hogy a PSS-L skálával felmért észlelt szülési stressz mértéke átlagosnak mondható a jelenlegi mintán (Cohen és Williamson 1988, Stauder és Konkoly Thege 2006). Az átlagértékhez viszonyítva továbbá azt is felmérhetjük, hogy az egyes beavatkozások, jellemzők esetében milyen mértékű eltérést tapasztaltunk. Az alábbi fejezetek mindegyikében céлом meghatározni, hogy milyen szintű stressz-szintbeli különbséget tapasztalhatunk az egyes technika, beavatkozás alkalmazásában részesülők és nem részesülők, illetve az egyes körülményeket tapasztalók, illetve nem tapasztalók csoportjai között. Ennek okán ehelyütt nem emelek ki külön egyes körülményeket, mivel minden további külön alfejezetben részletesen ismertetem majd azokat.

Kutatásomban következőként felmértem a szülő nők körül támogatást nyújtók körét, illetve hogy a nők mennyire ítélték támogatónak jelenlétüket. Az apák és más kísérők jelenléte a szülő nő mellett a szülőszobán az 1980-as években kezdett elfogadottá válni intézményeinkben. Vizsgálatomban azt az eredményt kaptam, hogy az apák jelenléte az anyák mellett mára már általánosan elterjedt (85%), és az összes résztvevő közül az ő jelenlétüket ítélik a nők a legtámogatóbbnak (95,6%), ezek után következett a női rokon, a szülésznő és az orvos által nyújtott támasz.

Az apák szociális támogatása azért is jelentős a vajúdas és szülés során, mivel az ő segítségük az egyetlen biztos és konzisztens támogatás a nő számára. Egyéb vizsgálatok adatai szerint nők szülésük után arról számolnak be, hogy a várandósság és a szülés alatt az apák támogatása kiemelkedő, jelenlétükben pozitívabbnak ítélik szülésüket, vajúdasuk ideje lerövidül, és szülővé válásuk zökkenőmentesebb lesz (Tarkka és Paunonen 1996, Bondas-Salonen 1998, Kainz és mtsai 2010). Soltész és munkatársai (2015) – saját eredményeimmel egybecsengően – rámutatnak arra, hogy a segítség szubjektív fontosságában nem feltétlenül a szakmai hozzáértés a hangsúlyos.

### **5.1.2. A szülési intimitás és privát szféra érzete**

Több tanulmány beszámol a szüléskísérők gyakorlati munkája során kirajzolódó női privát szféra és intimitás tiszteletének jelentőségéről. Odent a szüléskísérők figyelmét arra szeretné felhívni, hogy az intimitás (privacy) gyakran a legjobb mód a szülés elakadásának feloldására (Odent 1985). Az általam kialakított Szülési Intimitás és Privát Szféra Skála megbízhatósága megfelelő volt, amely a pilot tanulmányom 88 fős mintáján még magasabb értéket is mutatott. Az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a CIPS skálán a magas privátszféra- és intimitásérzetéhez leginkább a szüléskísérők türelmes bánásmódja, az ugyanabban a szobában való maradás lehetősége, az ott tartózkodó emberek változatlanlansága, az általuk megtapasztalt biztonság, jelenlétükben való zavartságérzés hiánya, a nő számára a kellő idő biztosítása járult hozzá, illetve hogy nem zavarták meg váratlanul megjelenő idegen orvosok, gyakornokok. Az alacsony privát szféra érzetéhez a saját fürdőszoba hiánya, a

szobába való bejövételkor a kopogás hiánya, a nyitott ajtó mellett zajló szülés, a szabad kitolási póz választásának hiánya és a külső szemlélő számára szabad hozzáférés voltak.

A faktorok elkülönítésére végzett analízisek alapján látható, hogy a mérőeszközben négy dimenzió jelenik meg stabilan. Feltűnő eredmény, hogy a magas privát szféra és intimitás érzetéhez elsődlegesen a *Társas privát szféra – intimitás*, illetve a *Szüléskísérők folytonossága (idegenek zavarása)* faktorához tartozó itemek járultak hozzá. Ezek szerint az intimitás és a privát szféra megélésében a szociális környezet kiemelkedő helyet foglal el. Ezt támasztja alá az a Norvégiában készült tanulmány is, amely otthon szült anyák szülési élményeit vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a legfontosabb faktor az anya szülésznői gondozása során a „*megzavarás elhárítása*” volt (Blix 2011). A nőt szülés közben sokan megzavarhatták, akár maga a szülésznő, a partner vagy bárki a nőt támogató segítők közül, ami mind megnehezítették, hogy teljességgel a vajúdsra koncentrálhasson. Ez összefüggött azzal, hogy méhösszehúzódnásai kevésbé voltak hatékonyak és vajúdsának időtartama megnyúlt. Majd a nők interjúiból kiviláglik, hogy a nők a vajúdsát és a szülést egyfajta elvégzendő „munkának” érzékelték, és a szülésznő alapvető feladata a nő zavarásának megakadályozása volt. Vagyis akármi legyen is a nő szülésének helyszíne, közvetlen környezetének kialakítása és támogatása során fő szempont kell legyen egy olyan – számára biztonságot jelentő – „buborék” létrehozása, amelyet tiszteletben tartanak a szülő nő körül megjelenő személyek. Ez egyfajta ütközőzónát képez körülötte, amely mintegy megszűri a kívülről jövő ingereket, és amelyen belül már nem zavarják meg; valamint lehetővé teszi számára a befelé fordulást és a szülés módosult tudatállapotába történő alámerülést. A nyugalom megteremtése kulcsfontosságú az anyák szüléssel kapcsolatos várakozásait tekintve Huber és Sandall (2009) kvalitatív kutatása szerint is, ezért annak biztosítása a szülészeti ellátás fő célja kell legyen.

Gaskinra (2006) visszautalva, mivel a nők nem képesek tudatosan elengedni vagy megfeszíteni a méh és a méhszáj izmait, megfelelő „érzelmek” előidézésén keresztül hamarabb tudunk rájuk hatást kifejteni. Vagyis a cél a türelmes és a „megengedő”, toleráns légkör megteremtése, ahol nincsenek elvárások, és a nő szabadon választhat pózt, vokalizálhat, és megtehet mindent, amit úgy érez, ösztönösen jólesne neki. Ezeket

egybevetve megállapíthatjuk, hogy a privát szféra és a szülésznői támogatás szorosan összefüggenek.

Sajnos saját vizsgálatomban nagyon alacsony volt a dülák jelenléte, a nagyszámú mintából mindössze két anya mellett nyújtottak támogatást. Hunter (2012) dülákkal és dülával szült asszonyokkal készült interjúi alapján megállapította, hogy minden, a vizsgálatában részt vevő személy intim élményként írta le a nő és a dúla közti különleges viszonyt (Hunter 2012). Legfontosabb feladatuk abban áll, hogy „fenntartják a teret” a szülési élmények kibontakozásához. Ha létrejön köztük az intim bizalmas kapcsolat, akkor a nő rá tudja bízni magát a dülára, és igazán el tudja engedni magát. Külön hangsúlyozni szeretném, hogy a nő privát szférájának tisztelete semmiképp sem a nő egyedüllétét jelenti, hanem egy folyamatos fizikai és érzelmi támogatást és biztonságot jelentő légkör biztosítását.

### **5.1.3. A vajúdás közbeni szülésznői támogatás**

A Bryanton-féle Szülésznői Támogatás Kérdőív (BANSILQ) szakértőink által készített magyar változata magas Cronbach-alfa értéke alapján megbízhatónak bizonyult, és egy kínai fordítást és egy eredeti angol nyelvű változatot használó vizsgálat értékeinél magasabb értéket jelzett (Holroyd és mtsai 1997, Abushaikha és Sheil 2006). Az Abushaikha és Sheil (2006) által számított BANSILQ összpontszám átlaga 104,9 volt, amely saját vizsgálatomban szintén magas (98,0) volt. Alacsonyabb pontértéket esetemben azért is tapasztaltam, mert a hazai szülésznői gyakorlathoz való igazítás miatt a magyar változat egy kérdéssel rövidebb. Érdekességként ki szeretném emelni, hogy a magyar anyák vizsgálatomban ugyanazt a szülésznői viselkedést ítélték leginkább segítségükre levőnek a szülés kihívásaival való megküzdésük során, mint az eredeti, Bryanton és munkatársai által készített vizsgálatban, valamint Corbett és Callister (2000) vizsgálatában. Ez az *„úgy éreztem, a szülésznő személyre szólóan törődött velem”* állítás volt. Ezek után következett *„a szülésznő nyugodtan és magabiztosan látott el”* állítás, amely az eredetiben a harmadik legfontosabb szülésznői viselkedésmódként szerepelt. A saját vizsgálatomban 24 közül az első tíz helyen megjelölt állítás az eredetiben is az első tizenegy hely egyikén állt, csak a sorrend tért el némileg. Amennyiben közelebről szemügyre vesszük a legtámogatóbbnak

ítélt szülésznői viselkedéseket, akkor szembetűnik, hogy – a Lazarus és Folkman (1984), valamint Cohen és McKay (1984) elméleteiben megjelenő háromféle (illetve az újabb felosztások alapján a pártfogással együtt négyféle) szociális támogatási típus alapján – az első tízből hét az érzelmi segítség kategóriájába tartozik. Ez szintén a Bryanton és munkatársai (1994) által készített vizsgálattal megegyező eredmény. Ezek nyomán nagyon fontos megállapítanunk, hogy a kórház orvosi hangsúlyú környezetében mégis az érzelmi segítség mutatkozik a leginkább támogatónak a társas támogatási módok közül, túlszárnyalva az információs és a konkrét fizikai segítségnyújtási módokat. Az elsőként megfogalmazott hipotézisem tehát igazolódott (H1). A szülésznői jelenlét esszenciája Barrett és Stark (2010) szerint a nővel való együttlétben rejlik, és nem abban, hogy a szülésznő különböző műveleteket végez el a nő testén. A nő személyére való ráhangolódással megvalósulhat egyfajta odafigyelés, ami lehetővé teszi az ő igényei szerinti, személyre szóló ellátását; ami tehát – a vizsgálatbeli nők úgy érzik – leginkább segítségükre van a szülés nehézségeivel való megküzdésben. Gagnon és Waghorn (1996) kutatásuk eredményei alapján felhívják a figyelmet arra, hogy maguk a technikai eszközök a nő és a szülésznő közé állhatnak, és akadályozhatják a szülésznőt abban, hogy valósággal „a nővel együtt”, ne csak vele egy térben legyen. Természetesen a szülésznői támogatás mindhárom típusának nyújtása szülésznői szemszögből is igen megterhelő. A magas stressz és a túlterheltség hozzájárulhat saját kimerültségükhöz. Egy kiegészítő tanulmány arra hívja fel a figyelmet, hogy annak ellenére, hogy a szülésznők legtöbbször elégedett munkájával, nagy a túlterheltségük és hivatásukban 44%-uk alacsony mértékű, 30%-uk közepes mértékű megbecsültséget tapasztal társas környezetéről munkája során (Lipienné és mtsai 2016). Tapasztalva, hogy munkájuk nagy jelentőséggel bír az anyák, családok számára, az ő lelki egészségük védelme is fontos szerepet kellene kapjon az egyes intézményekben például szupervíziós lehetőség, szülésznői teamek létrehozása, nagyobb munkavégzési önállóság, az anyákkal való hosszabb, akár több hónapot felölelő együttműködés biztosítása által (Mollart és mtsai 2009, Mollart és mtsai 2013).

#### **5.1.4. Az észlelt szülési stressz, a privát szféra és intimitás, illetve a szülésznői segítségnyújtás összefüggései**

Vizsgálatom alapján a női intimitás és a privát szféra, valamint a szülésznői segítségnyújtás között szoros pozitív kapcsolat van. Minél magasabb a megtapasztalt szülési intimitás és privát szféra érzete és a szülésznői támogatás pozitív értékelése, az észlelt szülési stressz annál alacsonyabb. Stressz tekintetében különbség mutatkozik a magas és az alacsony intimitást és privát szférát tapasztalók, valamint szülésznői segítségben részesülők csoportjainak összevetése alapján. Igazolódott tehát az a feltevés, miszerint azok az anyák, akik magas intimitást és privát szférát tapasztaltak, illetve nagy arányban részesültek szülésznői segítségnyújtásban, szignifikánsan kisebb stresszt érzeltek szülés közben (H2). Ezek az eredmények megfelelnek a szociális támogatás pufferhipotézisében foglaltaknak, amely kimondja, hogy a pszichoszociális támogatás csökkenti a stressz szintjét (Cohen és Pressman 2004, McCourt 2017, Dávid és mtsai 2014). Ezek az eredmények egyértelműen kijelölnek egy utat, amely elvezet a nők által tapasztalt alacsonyabb stressz érzetéhez, és amely a társak pozitív támogatásán, az intimitás és nyugalom biztosításán keresztül feltehetőleg a szülés kedvező lefolyását serkentő természetes oxitocinszint kialakításának is kedvez.

A folyamatosság és a nyugalom biztosítása prioritás kellene legyen a szülészeti-nőgyógyászati ellátás megtervezésében is (Huber és Sandall 2009). Kutatásom eredményei alapján egyetértek Hodnettnek és munkatársainak (2007) azon megállapításával, amire egy összefoglaló közleményükben jutnak, hogy bizonyítékok szerint a folyamatos szüléskísérői támogatás egy olyan költséghatékony és biztonságos „intervenció”, amely sok nőnek előnyös. Megállapítják továbbá, hogy a személyre szóló folyamatos támogatás, ahol a nővel egy másik szüléskísérő a szülése végéig együtt van, nem ritkaság, hanem a norma, vagyis az általános ellátási mód kellene legyen.



## **5.2. A szülés előmozdítása céljából végzett beavatkozások és más rutinműveletek**

A nemzetközi irodalom áttekintése alapján megállapíthatjuk, hogy a különféle beavatkozások jelentős stresszt jelentenek az anya és a magzat számára egyaránt (Olza-Fernández és mtsai 2014, Lothian 2009). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 1996) és a Nemzetközi Anya- és Bababarát Szülészeti Ellátásért Szervezet (International MotherBaby Childbirth Organisation – IMBCO) tudományos bizonyítékokon alapuló ajánlásai szerint tanácsos a szülést természetes medrében hagyni zajlani, minél kevesebb külső beavatkozással. Ám megfelelő érzelmi és társas támogatás mellett, nyugodt, meghitt légkörben. A kutatásomban csak hüvelyi úton szült anyák vettek részt, akiknek továbbá várandósságuk komplikációmentes volt, vagyis általánosságban az alacsony kockázati besorolásba estek. Ennek ellenére korántsem mondhatjuk, hogy szülésük természetes volt, mert a beavatkozások magas arányát figyelhetjük meg esetükben. A leggyakoribb beavatkozás, amely a nők majdnem 60%-át érintette, a burokrepesztés volt, ezek után következett a gátmetszés és az oxitocin általi szülésindítás vagy fájáserősítés, amelyekben a nők több mint fele részesült. A nők egyharmada tapasztalta szülés közben a hasra gyakorolt nyomás beavatkozását.

A mesterséges oxitocinnal – amelyet a nők 50,9%-a kapott – az alábbiakban azért is foglalkozom kiemelten, mert sok tekintetben összefüggésbe hozzák a kismamák kellemetlen szülésélményével, magasabb stressz-szintjével. Érdeemes azon elgondolkodni, mi állhat annak hátterében, hogy ilyen magas volt ez az arány, és valóban elhisszük-e azt, hogy a nők fele csak szintetikus oxitocin segítségével képes szülni. Feltételezhetjük, hogy a kórházi alkalmazottak már szinte rutinszerűen alkalmazzák a mesterséges oxitocint, illetve nem hagynak elég időt a kismamának, hogy természetesen, a maga ütemében történjen a szülése. Valószínűsíthető, hogy nincsenek egységes elvek arra vonatkozóan, hogy milyen hosszú szünet után beszélhetünk dystociáról, vagyis a vajúdási folyamat lelassulásáról, leállításáról, és ez a szüléskísérők egyéni megítélésén múlik. Svéd szülésznők beszámolóiból egyértelműen fény derül arra, hogy a szülésznők egyfajta belső konfliktust élnek át munka közben (Ekelin és mtsai 2015). Egyrésztől megfelelően szeretnék támogatni a szülő nőt,

másrészről kompetens szak személyzetként szeretnének mutatkozni kollégáik előtt, harmadrészt a szülészeti osztály munkahelyi kultúrájával összhangban szeretnék munkájukat végezni. Ez gyakran oda vezet, hogy mindig egy lépéssel a folyamatok előtt próbálnak járni, és meg akarják előzni a méhösszehúzódnak folyamatának lelassulását, leállítását. Ezért a szülési folyamatot gyorsítják, és mivel Svédországban és sok egyéb országban ez kompetenciájukhoz hozzátartozik, az indokoltnál hamarabb nyúlnak a mesterséges oxitocin alkalmazásához. Viszont abban általánosan egyetértenek, hogy a szülési folyamat gyorsítására a mesterséges oxitocin adása mellett vagy helyett egyéb módokat is érdemes alkalmazni, mint amilyen a szülő nővel való együttléte, nyugodt légkör megteremtése, és az anyák testhelyzet-változtatásra való ösztönzése. Simkin és Ancheta (2013) a szülési folyamatával kapcsolatos könyvükben a szülési fájdalmak gyengülése okainak feltérképezésekor felvetik, hogy a dystocia diagnózisának felállítása önmagában túl redukcionista magyarázat. A lelassulásban valószínűsíthetően egy-egy pszichológiai tényező jelentheti a hiányzó komponens, és felszólítják a szülészeti ellátást végző személyzetet, hogy legyen érzékeny erre a lehetőségre.

Az egyes beavatkozások alkalmazásának szülési stresszel való kapcsolatáról a vizsgálatom eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy egyes beavatkozások alkalmazása kapcsolatban áll a nők szülési stresszének megnövekedésével. Ezenkívül fel kell hívni a figyelmet arra az ellentmondásra, hogy bár tudatosan a nők 83,8%-os arányban azt a választ adták, hogy inkább kedvező hatásúnak ítélték a mesterséges oxitocin alkalmazását, stressz-szintjük mégis jelentősen magasabb volt. Ugyanilyen mértékű kedvező ítéleteket alkottak az anyák a hasra gyakorolt nyomás, a burokrepesztés, a méhszájtágítás, a gátmetszés és a vákuum alkalmazása esetében is, és a fogó alkalmazása sem maradt el sokkal ezek mögött.

Az oxitocint kapók csoportja azonban – korábbi ítéleteiknek ellentmondó módon – szignifikánsan magasabb stressz-szintről számolt be, mint az oxitocint nem kapók csoportja. Hasonló stressz-szint-növekedés mutatkozott a hasra gyakorolt nyomás és gátmetszés beavatkozásainak esetén. Ezek szerint az erre vonatkozó feltevéseim kutatásom eredményei alapján igazolást nyertek (H3). Mivel ezen eljárások alkalmazása nagy arányban fordul elő, érdemes figyelemmel kísérni és szem előtt tartani ezt az eredményt, ezek alkalmazása ugyanis jelentősen növelheti a kismamák stressz-szintjét. Viszont annak ellenére, hogy azt

tapasztaltam, hogy az instrumentális (fogóval vagy vákuummal történő) szülésbefejezésben részesülő anyák kiemelkedően magas stressz-szintről számoltak be, valószínűleg az ezen csoportba tartozók csekély elemszáma miatt, nem jelentkezett szignifikáns eltérés az ebben részesülők és nem részesülők csoportjai között. A hasra gyakorolt nyomással kapcsolatban a WHO kiadványa (1996) óvatosságra int, mivel nincs rá elégséges bizonyíték, hogy eldöntsék, javasolt vagy kerülendő-e az eljárás. A fogó és a vákuum alkalmazása esetén a szakirodalom azonban bizonyítottan az anyák rendkívüli stresszterheltségéről számol be, amelyet követően nagyobb valószínűséggel alakul ki az édesanyák körében posztpartum posztraumás stressz zavar (P-PTSD) (Creedy és mtsai 2000, Ryding és mtsai 1998). Sőt azt is megállapíthatjuk, hogy a szülés után megjelenő posztraumás stressz zavar mögött általában a szülészeti intervenciók – leggyakrabban a vákuum vagy a szülészeti fogó általi beavatkozás – nagyon magas arányát, illetve a szülést vezető személyzet nem megfelelő és rideg ellátási módját találhatjuk (Beck 2004).

Úgy vélem, azért mutatkozott ez az eltérés az anyák ítéletei és stressz-szint mutatóik között, mert tudatosan elfogadták azt, hogy esetükben alkalmazni kellett szintetikus oxitocint vagy egyéb intervenciókat, és nem kérdőjelezték meg alkalmazásuk indokoltságát. Ez viszont minden bizonnyal hozzájárult ahhoz, hogy kevésbé érezték magukat aktív ágensnek (Hodnett és Simmons-Tropea 1987) és kevésbé érezték, hogy kezükben tartják, azaz kontrollálják az eseményeket szülésük során. Ez viszont tudvalevően a stressz kialakulásának valószínűségét növeli (Smith és mtsai 2005). Ezenkívül az oxitocin, a gátmetszés és a hasra gyakorolt nyomás beavatkozásainak alkalmazása esetében az elégedettség, a kontroll és a tudatosság szignifikánsan alacsonyabb volt.

Az olyan rutineljárások alkalmazása az alacsony kockázati besorolású anyáknál, mint a vajúdas során a beöntés, a borotválás, a kanül betétele a WHO szülésvezetési ajánlása alapján a „bizonyítottan káros vagy hatástalan, ezért kerülendő eljárások” listáján első helyeken állnak (WHO 1996). A folyamatos CTG alkalmazását a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a nők – általában mozgásuk korlátozása okán – negatívan értékelik, és esetükben magasabb a beavatkozások és a császármetszések aránya (Ford és mtsai 2009). Saját vizsgálatom kismamáiban esetében ezen eljárások – a korábbiakban megfogalmazott hipotézissel ellentétben – nem jeleztek szignifikáns stressz-szint-növekedést (H3).

Közvetlenül ezt célzó kutatásokkal érdemes lenne ennek a témának még inkább mélyére menni, és felfedni, milyen összefüggések rajzolódnak ki.

Továbbfelemezve a stressz és az oxitocin kapcsolatát, számot kell adnunk összefüggésük fiziológiai megalapozottságáról is. Ahogy a bevezetőben bemutattam, az endogén oxitocin felszabadulása hozzájárul a stressz csökkentéséhez, ami alapvető a szülési fájdalommal való megküzdés során (Dixon és mtsai 2013). A szintetikus oxitocin adagolása viszont csökkenti vagy akár le is állítja a természetes oxitocin termelődését (Olza-Fernández és mtsai 2014), vagyis alkalmazásával egy fontos fiziológiai alapon nyugvó stresszkezelési mechanizmustól fosztjuk meg a szülő nőt. Feltételezhetjük ezek alapján, hogy a vizsgálatban szereplő nők esetében ez hasonlóan történt, vagyis a mesterséges oxitocin hatására lecsökkent az endogén oxitocin termelődése a nők testében, így nem tudott segíteni stresszszintjük szinten tartásában, miáltal magasabb fokú stresszt éltek át, mint akik nem kaptak mesterséges oxitocint. A természetes oxitocin hiányában a kétféle stresszkezelési mechanizmus közül a „nyugalom és összetartozás” rendszer helyett a „harcolj vagy menekülj” rendszer aktiválódott esetükben (Uvnäs-Moberg 2003), stresszszintjük megemelkedett, ami a méhösszehúzóerő további lelassulását, leállítását vonhatja aztán maga után (Stenglin és Foureur 2013). Ekképpen tehát egy negatív öngerjesztő kör veheti kezdetét, ami megnöveli a helyi érzéstelenítés, az instrumentális szülésbefejezés, a császármetszés és különféle anyai és újszülött-elváltozások valószínűségét (Olza-Fernández és mtsai 2014). A beavatkozások alkalmazása korábbi kutatások tanúsága szerint pszichés szinten is kifejti hatását: szorosan összefügg az anyák szülés utáni alacsonyabb elégedettségével, csökkent önértékelésével, ezek következtében a szoptatás kialakulásának sikertelenségével, illetve esetükben a különböző pszichés zavarok kialakulásának kockázata is megnő (Zelkowitz és mtsai 2014, Beck 2004).

### **5.3. Felkészülés a szülésre, szabad mozgás és pozícióválasztás, kontrollérzet, tudatosság és elégedettség**

#### **5.3.1. Szülésre való felkészülés**

A leggyakoribb az általam felmért, szülés eseményére való előkészületi módok közül az előzetes szülőszoba-látogatás volt, amely a minta megközelítően felére volt jellemző. Ezt követte – a minta nagyjából harmadára jellemző módon – a szülés-előkészítő foglalkozáson való részvétel a mostani vagy egy korábbi várandósság alkalmával, és az előre meghatározott szülési terv készítése. A leendő történések egymásutánosságának és a rutineljárásoknak az ismerete, kórházban történő felkészítés esetén a helyszín és a személyzet előzetes megismerése, szüléssel kapcsolatos információk gyűjtése – Bandura (1994) énhatékonyság-elméletével összhangban – nagyobb magabiztosságot adnak az anyának a szülés alkalmával. Eredményeim idevonatkozó feltevéseimmel csak részben vágnak össze; mivel csak a szülésfelkészítő foglalkozáson való részvétel és az előzetes szülési tervek szerint zajló szülés esetén mutatkozott jelentős stressz-szintbeli különbség az adott feltétellel rendelkező és nem rendelkező csoportok között (H4). A szülőszoba előzetes látogatása és önmagában az előzetes szülési terv készítésének feltételei esetében nem csökkent jelentősen az anyák által észlelt stressz. Rizvi és Clarke (2011) kutatásukban azonban arról számolnak be, hogy a szülési terv készítése önmagában nagyobb tudatosságot feltételez a nők részéről, ők inkább részt vettek szülésük alkalmával az őket érintő döntésekben, valamint alacsonyabb volt körükben a művi úton történő szülésbefejezés. Vagyis mindaz valószínűbben megvalósulhat, aminek alapján csökkenhet az anyák szülési stressz érzete.

#### **5.3.2. A mozgás, a pozícióválasztás és a hangadás szabadsága**

A vajúdas alatti mozgás, járkálás és helyzetváltogatás lehetősége támogatja a nőket a méhösszehúzóerők fájdalmával való megküzdésben, és egy időben elősegíti a magzat szülőcsatornában való előrehaladását, sőt hatására a vajúdas is lerövidül (Lothian 2009). Eredményeim alapján a vizsgálatomban részt vevő nők leginkább a szabad hangadások

lehetőségével éltek (80%), ezek után kétharmaduk maga választhatta meg, hogy milyen helyzetben vajúdott, a kitolás szakában viszont, úgy tűnik, még nem élvezhették ezt a szabadságot. Hazánkban jelenleg a kitolás szakaszában a nők általánosan a szülőágyon vannak, ami valószínűsíthetően a szülést kísérő kórházi személyzet könnyebb munkavégzését segíti. Számos bizonyíték szól azonban emellett, hogy a kitolási szakban a függőleges testhelyzetek, különösen a guggolás, kifejezetten kedvez a magzat leereszkedésének, megfelelő rotációjának, ami által maga a kitolási szak is lerövidül (Albers 2003, Soong és Barnes 2005, Thies-Lagergren és mtsai 2013). Ezekkel összecsengően saját kutatásom is bizonyítja a vajúdás és szülés során a szabad mozgás esetében megjelenő pozitívabb élményt – ezek az anyák ugyanis kisebb stresszt tapasztaltak szülés közben. Amennyiben a nők szabadon sőhajtozhattak vagy kiáltozhattak, szintén jelentősen csökkent esetükben a megélt stressz (H5). Erre a kérdéskörre vonatkozóan azonban a másik két esetben – a szabadon megválasztott vajúdási és kitolási helyzetek esetében – a különbségek nem voltak szignifikánsak saját vizsgálatom kismamáinak mintájában. Emellett alacsony mértékben ugyan, de megfigyelhető volt a kismamák vajúdás és szülés közbeni szabad mozgása és fájdalomérzete közti összefüggés. A szüléskísérő személyzetnek érdemes tehát megkísérelni, hogy – saját esetleges kényelmetlenségeik ellenére – a szülés egyes szakaszaiban a nőknek biztosítják a szabadságot, hogy megérzéseikre hallgatva mozoghassanak, sétálhassanak, maguk választhassanak pózt, amely aztán fájdalmuk, stresszük csökkenését és szülésük kedvező haladását szolgálja.

### **5.3.3. Kontrollérvet és tudatosság**

Tudvalevően – a bevezetőben is említett módon – stresszhelyzetben az alacsony kontroll érvete magasabb stressz-szintekkel jár együtt. A magas kontrollérvet azonban csökkenti az észlelt stressz-szintet és annak káros hatásait, amely összefüggés a szülés helyzetére is vonatkoztatható. Napjainkban a nőközpontú ellátást megcélzó intézmények egyre inkább arra törekszenek, hogy a nők aktívan részt vehessenek a szülésüket és ellátásukat érintő döntésekben. Természetesen, ha a nőknek szabadságukban áll az őket érintő kérdésekben döntéseket hozni, az nagymértékben megnöveli a szituáció felett érvett

kontrolljukat. Ez döntő jelentőségű lehet a szülési elégedettségük alakulásának szempontjából is. Christiaens és Bracke (2007) több, anyák szülési elégedettségével kapcsolatos faktort mérve azt találták, hogy az anya azon érzete, hogy kontrollálja az eseményeket, magas fokú énhatékonyságot él át, és előzetes várakozásai teljesülnek, alapvetően befolyásolják elégedettségét. Waldenström és munkatársai (2004) és Green és Baston (2003) szoros összefüggést találtak a vajúadás alatti kontrolléret és a gondozótól kapott támogatás szintje és a nő szülési élményeivel kapcsolatos érzései között. A kontrollvesztés és magárahagyottság esetén megjelenő fenyegetettség érzése viszont averzív hatású, és a stressz fokozódásával jár – fiziológiai és pszichés szinten egyaránt (Simkin és Bolding 2004).

Nem volt ez másképp esetünkben sem. A tudatosság és kontrolléret saját kutatásomban is kiemelkedik a többi faktor közül. Az anyák 86%-a érezte úgy, hogy a szülés helyzetében megőrizték tudatosságukat – vagyis tudatában voltak, mi zajlik környezetükben –, és 70%-uk kontrollt tudott gyakorolni az események alakulása felett. Nagy volt a különbség az észlelt stressz átlagokban az ezeket tapasztalók és nem tapasztalók között. Korábbi feltételezésemet eredményeim is igazolták (H6). Azok az anyák, akik ezeket érezték – azokhoz képest, akik nem –, számottevően alacsonyabb szülési stresszről számoltak be. Továbbá ki szeretném emelni, hogy a tudatosság és a kontroll összefüggést mutatott a fájdalom csökkenésével is. A saját kutatásomban szereplő tudatosság fogalma egy, a kontrollhoz közelebb álló entitásként jelenik meg, amely talán a helyzetben való „jelenléttel” és a figyelmi fókusz megtartásával lehet kapcsolatos. Whitburn és munkatársai (2014) azt találták, hogy ha a nő nem a jelenre koncentráll, olyan – a szülés folyamatának nem kedvező – gondolatok jelenhetnek meg nála, mint a fájdalom katasztrófizálása vagy a kritikus önmegítélés. Valószínűsíthető, hogy a vajúadás és szülés közbeni tudatosság bonyolult jelenség, és pontosabb adatokat kaphatnánk egy közvetlen erre irányuló kutatás által. Összefoglalva tehát, ha a nő stressz-szintjének csökkentése a célunk a nő ellátása során, akkor fontosnak bizonyul, hogy szülészeti ellátást nyújtó személyként milyen fokú kontrollt tudunk neki biztosítani a szülés szituációjában.

#### 5.3.4. Elégedettség

A szüléssel kapcsolatos vizsgálatokban az elégedettség az egyik leggyakrabban vizsgált faktor annak felmérésére, hogy a nő milyennek értékeli szülését. Annak ellenére, hogy a vizsgálatombeli, elégedettséget felmérő két kérdés szoros korrelációban áll egymással, a konkrét szülési elégedettségre rákérdezve a nők több mint fele teljes mértékű elégedettséggel válaszolt, „az újabb szülés alkalmával ugyanilyen szülést szeretne” kérdésre azonban csak a nők kicsivel több mint egyharmada adott teljes elégedettségre vonatkozó választ. Annak a mítosza – eredményeim alapján úgy tűnik – továbbra is tartja magát, hogy a nők biológiailag mintha arra lennének programozva, hogy a szülés összes kellemetlenségét elfelejtsék, amint egészséges gyermeküket végre kezükben tarthatják. Mintha már nem is emlékeznének arra a fájdalomra, az esetleges kellemetlen beavatkozásokra, amivel a gyermek világrahozatala járt. Természetesen az öröm és az egészséges újszülött jutalma átszínezi a korábbi kellemetlen emlékeket. Ez a jelenség Thorndike nyomán a *holdudvarhatás* néven vált ismertté (Niven és Murphy-Black 2000). Ennek következtében a végső jó kimenetel fényében hajlamosak vagyunk a korábbi történéseket is jó színben látni, illetve azokról megfeledkezni. Viszont akiknek a szülése mégis negatív élményt hagyott, sőt akiknek az traumatikus volt, azok esetében ez a hatás nem jelentkezik, és ugyanolyan kellemetlen emlékként marad meg az idő múlása ellenére is (Waldenström és Schytt 2009). Véleményem szerint a holdudvarhatás miatt is lehetséges, hogy az „elégedett-e szülésével” közvetlen kérdésre inkább hajlamosak igennel válaszolni, viszont a „következő alkalommal is ugyanilyen szülést szeretne” kérdés mégis feltárta mélyebben gyökerező és valósabb elégedettségi ítéletüket.

Eredményeim alapján igazolást nyert az a várakozásom, miszerint azok a kismamák, akik elégedetlenebbek voltak szülési élményeikkel, sőt akikre nem jellemző, hogy újabb terhességük esetén ugyanilyen szülést szeretnének, azok jelentősen magasabb szülési stresszt tapasztaltak (H7). Természetesen ez a viszony a fordított esetre is igaz: a szülésükkel elégedettebbek alacsonyabb szintű stresszt éltek át.



#### **5.4. A fizikai és társas környezet biztonságának szülési stresszel való kapcsolata**

Kutatásomban azt tapasztaltam, hogy a kismamák többsége biztonságban érezte magát mind fizikai, mind szociális értelemben a szülőszobán. Ezenkívül azt is kijelenthetjük, hogy azok a nők, akik átlagon felül biztonságban érezték magukat a szülőszoba fizikai környezetében, valamint a szüléskísérők társaságában, azok jelentősen alacsonyabb stresszt észleltek szülésük közben. Ezzel ellentétben, akik viszont nem érezték magukat biztonságban, azok magasabb stresszt éltek át (H8). Ezzel elmondhatjuk, hogy a kutatás igazolta ezzel kapcsolatos feltételezésemet. Érdekes, hogy a nő talán intellektuális szinten azt hiszi, hogy a kórház biztonságos környezet, de a szervezete fiziológiai szinten mégis másképp reagál (Lock és Gibb 2003). Fahy és Parratt (2006) rámutatnak, hogy minél inkább kényelmes, otthonos és ismerős a nő számára a szülés helyszíne, annál nagyobb biztonságban érzi ott magát, ami növeli magabiztosságát is. Megállapítják, hogy a biztonságosnak érzett terek nyugalmat árasztanak, ami kedvez a befelé fordulásnak és az elmélyedésnek. A vajúadás során jellemző, hogy a nők a méhösszehúzódások fájdmával való szembenézéskor szükségét érzik, hogy magukra összpontosítsanak, és kizárják a külvilág zavaró ingereit. Tehát a biztonságosnak érzett terek lehetővé teszik ezt a befelé fordulást, és adatainkból is úgy tűnik, ennek köszönhetően csökken az észlelt stressz is. Ellentétes esetben túl kitettnek, sérülékenynek érzik magukat egy számukra barátságtalan, rideg térben, és a stressz is megemelkedik (Hammond és mtsai 2013). Ezt természetesen szervesen egészíti ki a szüléskor jelen levők támogató attitűdje, amely biztonságos hátteret szolgáltat a nő szülési folyamatainak, élményeinek kibontakozásához.

#### **5.5. A szülési fájdalom, a fájdalomcsillapítás, a stressz és az elégedettség**

Vizsgálatomban a kismamák a legfájdalmasabbnak szülésük során az egész szülésre vonatkozó fájdalmat, illetve az egyes szakaszokat tekintve a kitolás, majd a vajúadás szakaszát ítélték. Korreláció alapján a stressz és a fájdalom közti kapcsolat gyengének mutatkozott, a regressziós elemzés azonban megmutatta, hogy a magas fájdalom érzete megnöveli a

fokozott szülési stressz kockázatát (H9). Ez utóbbi összefüggés megfelel Wijma és munkatársai (1998) véleményének, hogy a szülési stressz alapja tulajdonképpen maga a megtapasztalt fájdalom, viszont maga a gyenge korrelációs együtttható inkább Simkin és Ancheta (2013) nézetét támogatja, hogy a fájdalom és szenvedés egymás nélkül is felléphet. Ezek szerint a fájdalom bonyolult jelenség, és a megjelenő fájdalomérzetben erős szerepe van a fájdalom egyéni interpretációjának.

Mindezek mellett azt is tapasztaltuk, hogy az alternatív fájdalomcsillapítók esetében nem jelent meg különbség szülési stressz tekintetében az azokat alkalmazók és nem alkalmazók között. Saját hipotézisemet – miszerint az alternatív fájdalomcsillapítási technikák segítenek a kellemetlen fájdalom elviselésében és ezáltal a szülési stressz alacsonyabb szinten tartásában – kutatásom eredményei nem igazolják, ami viszont ellentmondásban áll a szakirodalmi adatokkal (H9). Ezen adatok szerint a nők fájdalomcsökkentőnek találják, ha vízben vajúdnak, több személyes kontrollt tapasztalnak, és jobban meg tudnak küzdeni a fájdalommal (Simkin és O’Hara 2002). A zuhany, a kádfürdő, a masszázs, a légzés, a relaxáció alkalmazásáról a WHO azt írja, hogy sok nő kedvező hatásúnak találja azokat, és mivel veszélytelenek, ezért javasolhatónak tartja. Ezek esetében csak tendenciaszerű eredményeket kaptam, de szignifikáns különbség nem volt az azt alkalmazók és nem alkalmazók csoportjai között. Leginkább a vízben vajúdnás és a relaxációs technikák alkalmazása tűnt jótékony hatásúnak, de a különbség mégsem volt szignifikáns. A masszázs és a gyógytea alkalmazásánál a szülési stresszel való tendenciaszerű viszony fordított volt, vagyis a masszázsban részesülők és a gyógyteát ivók esetében mintha magasabbnak tünne a szülési stressz – de ez az eltérés sem mutatkozott szignifikánsnak. Ezek mellett fontos felhívni a figyelmet arra a tényre, hogy az egész mintában a kismamák nagyon csekély része, mindössze 19%-a élt az alternatív fájdalomcsillapítás valamilyen lehetőségével. Feltételezem, hogy a kórházakban – ahol a vizsgálatban részt vevő nők szültek – egyelőre az alternatív fájdalomcsillapítás környezeti feltételei, eszközei sem általánosan elérhetők, illetve a személyzet sem ismeri feltétlenül a szakirodalmi adatok bizonyítékokon alapuló, idevonatkozó felhalmozott tudását ezen technikák előnyeiről, illetve javasolt kivitelezésükről. Lehetséges, hogy az anyák – többkevesebb sikerrel – egyénileg próbálták korábbi ismereteik alapján ezen technikákat a

hasznukra fordítani, és csekély arányuk miatt az egyes technikák esetében nem jelentkezett szignifikáns különbség. Úgy vélem, az alternatív fájdalomcsillapításban rejlő lehetőségek még nincsenek teljességgel kiaknázva, elterjedésük a jövőben számos kismamának teheti könnyebbé a szülési fájdalom elviselését.

Az epidurális analgézia a szakirodalom szerint hatékonyan csökkenti a szülési fájdalmat és a stresszt (Hidaka és Callister 2012, Jepsen és Dauer Keller 2014, Kannan és mtsai 2001, Alehagen és mtsai 2001). Érdekes módon, míg vizsgálatomban az anyák háromnegyede az EDA kedvező hatását feltáró explicit kérdésre azt válaszolta, hogy kedvezőnek tartotta a fájdalomcsillapítást, ez a kedvező hatás nem köszönt vissza fájdalomítéleteikben. Vagyis amint részletesen megnézzük az egyes szülési szakaszokban az EDA-t kapó és nem kapó nők ítéleteit, nem tapasztalható köztük szignifikáns különbség az általuk érzett fájdalom tekintetében. Saját eredményeim tehát ellentmondanak a korábbi irodalmi adatoknak, és ezzel az az elvárásom, miszerint az EDA esetében alacsonyabb lesz a nők fájdalomítélete, nem nyert megerősítést (H10).

Továbbá azt az általános vélekedésnek ellentmondó eredményt kaptam, hogy maga az EDA nem járul hozzá sem a szülési stressz csökkentéséhez, sem az elégedettség növeléséhez. Ezzel ellentétben azt is meg kell állapítani, hogy hipotézisemmel ellentétben a stressz növekedéséhez sem járult hozzá (H9). Az elégedettségre vonatkozó hipotézisem – miszerint az EDA-t kapók esetében nem lesz magasabb – viszont igazolódott (H10). Az elégedettség és a fájdalom kapcsolatáról több kutató megállapítja, hogy nincs köztük összefüggés, és felhívják a figyelmet arra, hogy az egyre elterjedtebben alkalmazott epidurális érzéstelenítés nem hoz számottevő változást a szüléssel való elégedettségi ítéletekben (Van der Gucht és Lewis 2015, Christiaens és Bracke 2007, Kannan és mtsai 2001). Annak ellenére, hogy kutatásomban tulajdonképpen alacsony (12,9%) volt a gerincközeli érzéstelenítés mértéke, az előbbi jelenséget vizsgálatom eredményei is igazolják (H10). A fájdalom, a szenvedés és az epidurális érzéstelenítés elégedettségre kifejtett hatásának vizsgálata alkalmával azt az eredményt kaptam, hogy a legerőteljesebb hatást a szülési stressz gyakorolta, ezután következett a fájdalom, amely a stressz megtapasztalásán keresztül közvetetten fejtette ki hatását az elégedettségre.

Valószínűsíthető, hogy a nők szülési fájdalmának EDA általi csökkenése valóban csökkenti a szülési stresszt is, viszont mellékhatásként együtt járhat például azzal, hogy nem tudnak mozogni vagy pózt változtatni saját igényeik szerint. Ennek okán – lehet, hogy nagyobb fokú kiszolgáltatottságuk miatt – megnőhet a stressz-szintjük, vagy éppen lelassulhat esetükben a szülés folyamata; ezek a szülési stressz növekedéséhez járulhatnak hozzá. Jepsen és Dauer Keller (2014) vizsgálatában az EDA-val szült anyák komoly aggodalmakat fejezték ki, hogy nem érzik a testükben zajló változásokat a szülés során. Nem feledkezhettünk meg arról sem, hogy a szakirodalom szerint az EDA esetében jelentősen lecsökken az endogén oxitocin termelődése, ami által az már nem képes a nő által érzett stresszt és szorongást hormonális úton szabályozni, csökkenteni. Vagyis az EDA kedvező és kedvezőtlen hatásai kiolthatják egymást, ezért nem mutatkozik jelentős különbség stressz tekintetében az EDA-t kapó és nem kapó csoport között. A fájdalomról is elmondhatjuk, hogy nagy terhet jelentő kellemetlensége ellenére pozitív oldala is van: az anyának visszajelzéssel szolgál szülésének előrehaladásáról, illetve segíthet a szülést legjobban elősegítő pozíció megtalálásában is. Egy egyesült államokbeli kutatás, amely a klinikai orvosi és a szülésznői modellben szülő anyák élményeit hasonlította össze, szintén hasonló eredményeket kapott (Gibson 2014). Azt találta, hogy az orvos felügyelte klinikai modellben a nők 100%-a kapott valamilyenfajta fájdalomcsillapítást (EDA/spinális anesztézia), ennek ellenére szülésbeszámolóikban a szülési fájdalom mindvégig központi téma maradt. Waldenström és Schytt (2009) azt figyelték meg, hogy a szülés fájdalmasságának megítélése a szülés után eltelt öt év során megkérdőjelezett időpontokban enyhén csökkent azok körében, akiknek a szülése pozitív élmény volt. Míg azon nők, akik EDA-t kaptak szülésük alkalmával, az előző csoporthoz képest – minden időpontban az öt év során – magasabb szülési fájdalmat interpretáltak; mintha ők a szülésük „csúcspontjára” azóta is emlékeznének.

Meg kell jegyezni, hogy jelen mintavétel alapján hazánkban az EDA-ban részesülők aránya több nyugati országhoz (40-77%) képest sokkal alacsonyabb (12,9%) (The Local 2015). Mindemellett tisztában kell legyünk azzal – így a 21. században –, hogy ha a nő epidurális analgéziát kér vajudási és szülési fájdalmának csökkentésére, a kórházi személyzetnek ezt biztosítani kell számára, és annak mindennemű hatásáról tájékoztatnia

kell, hogy a nő informált döntést hozhasson. A farmakológiai jellegű fájdalomcsillapítást azonban ugyanúgy érdemes nem farmakológiai módszerekkel kiegészíteni a nő igényei szerint.

A szakirodalom szerint az EDA és az oxitocinos szülésindítás vagy fájáserősítés között szoros az összefüggés. Kutatásom eredményei alapján a két beavatkozás között alacsony szintű együttjárás volt tapasztalható. Az EDA és oxitocin adagolása a bevezetőben részletesen bemutatott módon az anya hormonális működésébe való beavatkozásokként is felfoghatók, amik megváltoztatják a természetes fiziológiai szülés lefolyását. A két alkalmazás közötti kapcsolat a szakirodalom szerint kétirányú: az EDA valóban lecsökkentheti a méhösszehúzóerő erejét, ami az oxitocinos fájáserősítés alkalmazását teheti szükségessé; valamint fordítva, a szintetikus oxitocin az anya testében olyan intenzív és pihenőszüneteket nem hagyó méhösszehúzóerőhöz vezet, amihez a nő nehezen tud alkalmazkodni, aminek következtében megnő érzéstelenítés iránti igénye (Klomp és mtsai 2014, Halls 2008, Hunter 2012, Lundgren és Dahlberg 1998, Gibson 2014).

A továbbiakban arra keresem a választ, hogy milyen tényezők segíthetnek a nőknek abban, hogy vajúdásuk és szülésük alkalmával rátaláljanak belső erejükre, és a bensőjükben szunnyadó energiáikat a fájdalom és a stressz könnyebb elviselése érdekében mozgósítsák. További kérdésem, hogy Lazarus és Folkman stresszelméletének értelmében milyen másodlagos kognitív kiértékelés segítheti az egyéni megküzdést, valamint milyen elmeállapotok teremtik meg a szülési fájdalommal való hatékony megküzdés alapját.

A fájdalom személyes jelentése minden bizonnyal erősen befolyásolja a fájdalom megtapasztalását. Kutatások bizonyítékai szerint a fájdalom elfogadása, a szülési folyamat természetes részeként való elismerése alapvető a szülési fájdalommal történő megküzdés során (Christiaens és Bracke 2007). A fájdalom elfogadásának megértéséhez érdemes említést tennünk a Taylor-féle kognitív adaptáció elméletéről (Taylor 1983). Ezen elmélet szerint ugyanis, ha a fájdalom észleletéhez előnyös jellemzőket társítunk, akkor kevésbé ítéljük azt kellemetlennek. Vagyis ha az anyák a normális szülés keretein belül képesek a fájdalmukat a szülés velejárójaként elfogadni, valamint azt is, hogy ez az út vezet a várva várt gyermek megszületéséhez, akkor kevésbé szenvednek a szülési fájdalomtól, és csökken esetükben a negatív pszichológiai következmények kockázata.

A Lethem és munkatársai (1983) által bevezetett fájdalomelkerülési modell szintén fontos tanulsággal szolgálhat. Ennek értelmében az emberek megtanulják elkerülni azokat a helyzeteket, amelyek potenciálisan fájdalmasak. A fájdalomelkerülési mechanizmusról bebizonyították, hogy erőteljesen befolyásolja a fájdalomérzet növekedését (Lethem és mtsai 1983, Buer és Linton 2002). Ennek értelmében tehát azok a nők, akik előzetesen félnek a szülési fájdalomtól, fájdalomcsillapítás ellenére fokozott fájdalmat éreznek, és ez a csoport hajlamos igénybe venni a farmakológiai fájdalomcsillapítást. Ez is lehet egy lehetséges magyarázat, hogy saját vizsgálatomban miért nem mutatkozott szignifikáns különbség a fájdalom- és stresszitéletekben az EDA-t kapó és nem kapó nők csoportjában. Ezt aláhúzza az a megfigyelésem is, miszerint az EDA-t kapott nők csoportja nem szignifikánsan ugyan, de enyhén fájdalmasabbnak ítélte a teljes szülést, illetve a kezdeti vajúdási szakaszt, vagyis eleve hajlamosak voltak fájdalmukat őket fenyegető entitásként kezelni, amellyel szemben tehetetlenek, és úgy érezhették, nincs elegendő erőforrásuk az azzal való megküzdéshez.

## **5.6. A szülési stressz és az elégedettség alakulásában szerepet játszó legfontosabb tényezők**

### **5.6.1. A túlzott szülési stressz kialakulásának kockázati tényezői és védőfaktorai**

Az észlelt stressz alakulásában a szociodemográfiai jellemzők közül a gyermekszámnak volt erős bejósoló hatása. Az első gyermek megszületése esetén – korábbi tapasztalatok híján – magasabb stressz kialakulására számíthat az anya, és ennek a szüléskísérőinek is érdemes tudatában lenniük.

A szülési stressz és a szülés egyes jellemzői között számos fontos összefüggésre bukkantunk. A fájdalom magas volta kétszeresére emelte az átlag feletti stressz megtapasztalásának valószínűségét (H11). Tudva, hogy a szülési stresszt leginkább befolyásoló jelenségről van szó, egészen mértéktartó ez az arány (Wijma és mtsai 1998). A beavatkozások közül kettő emelkedett ki, amelyek rizikótényezőknek tekinthetők a magas stressz megtapasztalásában: mind az oxitocinos szülésindítás vagy fájáserősítés, mind a hasra gyakorolt nyomás másfélszeresére emelték az átlag feletti szülési stressz észlelését.

Továbbá megállapíthatjuk, hogy az eddig hosszú ideig figyelmen kívül hagyott privát szféra és intimitás biztosítása, valamint a szülésznői támogató viselkedések megtapasztalásának magas aránya védőfaktoroként tekinthetők a szülési stressz alakulása szempontjából, ugyanis az előbbi magas érzete 60%-kal, az utóbbi 40%-kal csökkentette az átlagon felüli stressz megjelenését. Eredményeim arra is rámutatnak, hogy a tervnek megfelelő szülés, az elégedettség, a magas tudatosság és kontroll érzete szintén védő funkciót látnak el a vajúadás és szülés során. A kontroll érzete – kutatások alapján – akkor is alapvető, ha a nő személyes várakozásai nem teljesülnek (Christiaens és Bracke 2007, Slade és mtsai 1993, Gibbins és Thomson 2001). Idevonatkozó előzetes feltevéseim egy kivételével igazolódtak (H11). Az alternatív fájdalomcsillapítóknak viszont – annak ellenére, hogy számos kutatás igazolja jótékony hatásukat (Simkin és O’Hara 2002, WHO 1996) – saját mintámban nem mutatkozott szülési stressz kockázatát csökkentő funkciójuk.

#### **5.6.2. A szülési élményekkel való elégedettség megjelenésének valószínűségét csökkentő és növelő tényezők**

Az elégedettséget bejósolón a szociodemográfiai változók közül a szülési stressznél megjelenő gyermekszám változójához képest egy másik emelkedett ki. Ebben a modellben az anyagi helyzet jósolta be az elégedettséget. Úgy tűnik, hogy a nő anyagi helyzete az, ami erősen bejósolja, hogy pozitív vagy negatív érzésekkel távozik a kórházból gyermekének megszületése után.

Az elégedettség alakulásában szintén sok tényező valószínűsíti az elégedettség alacsony vagy magas voltát, amelyek – érdekes módon – számos ponton átfedést mutatnak a szülési stressznél megjelöltekkel, csak ebben az esetben ellentétes módon mutatkoznak (H12). Az összes változó közül az átlag feletti szülési stressz 80%-kal, a szintetikus oxitocin adagolása felére, a magas fájdalom megtapasztalása és a hasra gyakorolt nyomás pedig 40%-kal csökkentette az elégedettség kialakulását. A magas privát szféra érzete viszont négy és félszeresen, a magas fokú szülésznői támogatás kétszeresen emelte az elégedettség kialakulását. A tervnek megfelelően alakuló szülés emelte leginkább az elégedettség érzetének megjelenését, amin persze nem is kell meglepődnünk, mivel bizonyára elégedettséggel tölti el az anyát, ha szülésével kapcsolatos előzetes tervei végül

megvalósulnak. Ezeken kívül ugyancsak a tudatosság és a kontrollérzet faktorai emelkedtek ki: az előbbi háromszoros, az utóbbi négyszeres eséllyel növelték az elégedettség érzését. Az a hipotézisem, miszerint amely jellemzők a stressz alacsonyabb szintjét valószínűsítik, egyben az elégedettség kialakulásának esélyét növelik, igazolódott (H12). Az elégedettség esetében is ki kell egészítenem azonban a szülési tervnek megfelelő szülés jellemzőjével. Ezen tényezők tehát mind hozzájárulhatnak a nő szülésével kapcsolatos utólagos elégedettségéhez. Az anyát ennek szellemében bátorítani érdemes, hogy magas kontrollt és tudatosságot élhessen meg gyermekének világrahozatalakor, ehhez az egyik legcélravezetőbb útnak a megfelelő szüléskísérői támogatás, valamint az intimitás és privát szféra biztosítása tűnik – ami támogatja a nő aktív részvételét, és szem előtt tartja döntési jogát a szülésének további alakulását érintő kérdésekben.

Hodnett (2002) a szülési elégedettségvizsgálatok metaszintézisével kapott eredmények alapján a nők szülési élményének ítéleteiben négy tényezőt emel ki, amelyek fontosabb szerephez jutottak az összes többi faktorhoz képest, és messzemenően felülkerekedtek azokon. A személyes elvárásoknak, a segítői támogatás mennyiségének, a gondozó-páciens kapcsolat minőségének és a nő döntésekben való részvételének tényezői túlszárnyalták a kornak, etnikumnak, szocio-ökonómiai státusznak, szülési környezetnek, orvosi intervencióknak, szülés-előkészítő foglalkozásokon való részvételnek, fájdalom érzésének és a mozgás lehetőségének elégedettségre kifejtett hatásait. A fájdalom, a fájdalomcsillapítás és a vajúdás és szülés közbeni orvosi beavatkozások elégedettségre kifejtett hatásai kevésbé nyilvánvalóak, erőteljesek és közvetlenek, mint a szüléskísérők attitűdjének és viselkedésének hatása (Hodnett 2002). A korábban felsorolt faktorok a saját eredményeimmel jelentős átfedést mutatnak. A személyes elvárások teljesülése a saját kutatásomban a tervek szerinti szülésnek feleltethető meg, a segítői támogatás az általam a BANSILQ skálával felmért szülésznői támogatással azonosítható. A gondozó és a páciens közti kapcsolat alakulását pedig jelentősen befolyásolja a szülészorzossal, szülésznővel kialakított bizalmas kapcsolat, illetve hogy milyen fokú intimitás van jelen ebben a helyzetben. Ez a szülésznői támogatáson kívül tulajdonképpen a CIPS skála „Társas privát szféra – intimitás” faktorát emeli ki, amely saját kutatásomban – skálán belül – szintén kiemelkedett a többi közül. Az utolsó – döntésekben való részvétel – faktor pedig



nyilvánvalóan hozzájárul a szülési helyzetben a nő által érzett kontroll növekedéséhez. Tulajdonképpen ez a számos vizsgálat eredményét magában foglaló tanulmány szintén aláhúzza saját vizsgálatom eredményeit, hogy ezen tényezők szerepe kiemelkedő a nők elégedettségének alakulásában.

## **5.7. A kutatás korlátai és erősségei**

Vizsgálatom egyik korlátja, hogy az adatok keresztmetszeti kutatáson alapulnak, ezért a kapott eredmények alapján ok-okozati összefüggések megállapítására nincs lehetőség. Nem lehetünk bizonyosak abban például, mi volt előbb, maga a stressz vagy a beavatkozás. Annyi azonban kétségtelen a kutatások eddig felhalmozott tudása alapján, hogy az alacsonyabb stressz-szint kedvez a szülést támogató hormonális folyamatoknak, amelyek esetében szükségtelenné válhatnak az egyes beavatkozások.

A szülés körülményeiről, az egyes eljárásokról szerzett információk a kérdőív jellegéből adódóan önbevalló adatokra támaszkodnak, így torzító hatásukkal az eredmények értelmezésekor számolnunk kell. Ezen a ponton azonban meg kell jegyezni, hogy jelen kutatás középpontjában az anyák állnak, az ő pszichés élményük feltárása volt a cél, illetve annak megismerése, hogy az ő egyéni látásmódjukon keresztül mi rajzolódik ki a szülés folyamatairól.

Óvatosságra int továbbá, hogy a mintaválasztás nem volt véletlenszerű, ezért a népesség összes kismamájára nem vonhatók le következtetések; ennek okán általánosítani csak e keretek között lehet.

Meg kell jegyezni, hogy a megélt stressz és a problematikus szülési kimenetek között feltételezhetően komplex a kapcsolat, és számos faktor (például szociális, pszichológiai, hormonális, idegrendszeri jellemzők) összjátékának függvényében alakul ki. Az észlelt vagy kapott segítség fogalma ugyanakkor azt is felveti, hogy nem mindenki reagál ugyanúgy a kapott segítség fajtájára, egyeseknek egyes segítségi módok felelnek meg, mások viszont ezeket elutasítják, és másfajta segítséget részesítenek előnyben. Preferenciáikra a szociális és kulturális különbségek is hatnak (McCourt 2017). Azt viszont biztonsággal megállapíthatjuk, hogy a túl rideg és meg nem értéssel társuló segítség hatástalan, illetve az

is, amelyik messze esik a személy várakozásaitól. Tehát a személyre szóló törődéssel, a nő személyére történő ráhangolódással, odafigyeléssel, bátorítással nagyot nem véthetünk, ha mindezt iránta való tapintattal tesszük.

A korlátok mellett a vizsgálat alábbi erősségeit is érdemes kiemelni. Egyik erőssége abban rejlik, hogy a nők szülési stresszén keresztül tekintek a szülés eseményére, amely során számos faktor hatását vizsgálom egyazon vizsgálatban, így azok egymással is összehasonlíthatóvá válnak. Ezáltal megmutatkozik, melyek emelik, illetve csökkentik a túlzott szülési stressz kialakulásának kockázatát, és teszik ezáltal megvalósíthatóvá – kutatások bizonyítékai szerint – a természetes élettani szülést.

Újabb érdeként kiemelhető a résztvevők relatív nagy, 342 fős száma; és az, hogy a minta különböző társadalmi rétegekből tevődött össze. Ezáltal a minta nem tekinthető homogénnek, ami mindenképpen növeli az eredmények általánosíthatóságát.

Vizsgálatom újdonsága, hogy annak ellenére, hogy a szakirodalom kiemeli a szülés közbeni privát szféra és intimitás jelentőségét, ez idáig nem létezett semmilyen mérőeszköz annak mérésére. A CIPS skála megszerkesztése lehetővé teszi, hogy az általa nyert adatok ismeretében egy új szemszögből tekinthessünk a szülés helyzetére. Ezenfelül munkám újszerűségéhez az is hozzájárul, hogy eddig hazánkban – tudomásom szerint – nem született olyan vizsgálat, amely a támogató szülésznői viselkedésmódokat szisztematikusan vizsgálta volna. Segítségével megállapíthatjuk, milyenfajta segítséget éreznek az anyák a leghasznosabbnak vajúadásuk és szülésük közben. További előnyt jelent, hogy ezen támogató viselkedések vizsgálatához két, a gyakorlatban is megalapozott társas támogatás elmélet szolgáltat keretet, az egyik Lazarus és Folkman (1984) kognitív-fenomenológiai modellje, a másik az Észlelt Stressz Skála (PSS) kialakítójától, Cohentől és kollégájától, McKaytól (1984) származik.

## 6. KÖVETKEZTETÉSEK

Az adja kutatásom aktualitását, hogy annak ellenére, hogy a szülés tulajdonképpen normatív, fiziológiai esemény, világszerte – eddig soha korábban nem tapasztalt mértékben – megnőtt a császármetszés általi szülések száma és az egyéb szülési intervenciók (mint például a szintetikus oxitocin és az epidurális analgézia) alkalmazásának aránya. Szakirodalmi adatok alapján megfogalmazott alapfeltevésem, hogy ha a stressz és félelem eluralkodik a vajúdo és szülő nőn, akkor az a rendes vajúdoási folyamattal interferálhat vagy akadályozhatja azt, továbbá növeli szülési fájdoalmának érzetét, és hozzájárulhat a magasabb intervenciók arányához. Az alacsony stressz, valamint a kedvező érzelmek előidézése azonban a kedvező hormonszinteken keresztül elősegíti a szülés beavatkozások nélküli, élettani lefolyását.

Az egyik legfontosabb eredmény, hogy az egyes szülészeti beavatkozások, mint az oxitocinos fájdoerősítés vagy szülésindítás, illetve a hasra gyakorolt nyomás, kockázatot jelentettek a magas szülési stressz kialakulására nézve. A kutatásom háttérül szolgáló szakirodalom alapján megállapíthatjuk, hogy az egyes eljárások, beavatkozások (szintetikus oxitocin, EDA) kibillentik a szülést irányító hormonális folyamatokat érzékeny egyensúlyukból, ennek következtében a vajúdo és szülés folyamata leállhat, és újabb beavatkozások válhatnak szükségessé.

További fontos eredményként emelném ki, hogy a magas privát szféra és intimitás megtapasztalása és az átlagon felüli szülésznői támogatás azonban védőfaktorok bizonyultak a szülési stresszel szemben. Jelen kutatás megerősítette, hogy hozzájárul a szülési stressz csökkenéséhez, ha a nő azt tapasztalja, hogy vajúdoása és szülése során tiszteletben tartják biztonság és intimitás iránti igényét. A szüléskísérő személyének folyamatossága, türelmes bánásmódja, jelenlétükben a zavartság érzés hiánya és az idegenek zavarásának kiküszöbölése kiemelkedő szerephez jutottak a privát szférán belüli biztonságérzet élményében.

A leghatékonyabb szülésznői segítő viselkedésnek pedig a nő személyre szóló, barátságos, nyugodt és magabiztos, tisztelettel ellátása bizonyult, amely kiegészül a nyílt és őszinte beszédmóddal, a nő dicséretével, fájdoalmának és tetteinek elismerésével. A fizikai-

technikai ellátás és a kompetencia, úgy tűnik, nem elegendő, a szülésznő és egyéb szüléskísérők interperszonális képességeit, érzelmi támogatását a szülő nők magasabbra értékelik. Ezt a tudást már a szülésznő-, illetve szülészovorvosképzésbe is érdemes lenne integrálni. A szülésznők speciális képzése során cél kell legyen a szüléstámogatás megfelelő gyakorlati technikáinak elsajátítása. Ezenkívül képzésükben helyt kell kapjon saját önismeretük elmélyítése, empátiafejlesztő gyakorlatok végzése, hogy anyára hangolódó attitűdjük megfelelően kialakulhasson. Előnyös lenne, ha minden szülésznő hozzáférhetne az aktuális szülésznői segítségnyújtással kapcsolatos bizonyítékokon alapuló szakirodalomhoz.

A személyes kontroll érzete és a tudatosság fontos mediáló tényezők a szülési stressz és az elégedettség alakulásában. Mint ahogy a kontroll erőteljes védőfaktornak bizonyult, a szülészeti ellátóknak számos módon érdemes a nőt segíteni kontrollérzetének növelésében. Ilyen módon a partneri hozzáállás kialakítása, a nő bátorítása, a megfelelő és tudatos kommunikáció, a körülmények és eljárások elmagyarázása, valamint a nő döntési helyzetekben való részvétele segíthet a nő által tapasztalt kontroll emelkedésében. Ezeken kívül minden olyan lehetőséget érdemes megragadni, amivel elérhetjük, hogy a nő aktív szereplőnek érezhesse magát, és úgy érezhesse, tisztelik, elismerik testi érzeteit, szülését kísérő érzéseit, és megértéssel fordulnak felé.

Az előbbieken felsorolt – a szülési stresszre nézve védőfunkciót ellátó – faktorok az elégedettség valószínűségét is többszörözték, a fájdalom, valamint az egyes beavatkozások pedig csökkentették. Saját eredményeim bizonyítékainak tudatában körvonalazódhat egyfajta hatékony szülészeti ellátásmód, amely egyszerre teszi lehetővé a nők szülésének fiziológiai mederben tartását, erőt adó és pozitív szülésélményük kialakulását, valamint az intézmények számára a drága műtétek és egyéb beavatkozások költségeinek megtakarítását.

Fisher és munkatársai (2006) nyomán fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy a szülés medikalizációjának ténye hozzájárul a szülési félelmek kialakulásához, azok megerősítéséhez és fenntartásához, ezért is fontos, hogy a nő a szülésének ne csak passzív elszenvedője, hanem aktív résztvevője legyen. Már maga a megfelelő szülésfelkészítés segíthet a nőnek, hogy a szüléssel kapcsolatos várakozásai realiztikusak legyenek; továbbá

hogy elsajátíthasson különböző technikákat, amelyek támogatják a méhösszehúzódnak fájdalmával való megküzdését; illetve hogy rájöhhessen, milyenfajta segítségnyújtás tűnik a leghatékonyabbnak számára. A hagyományos szülésfelkészítésnek tehát célja lehetne az itt összegyűjtött tudás átadása mellett az egyes lehetőségek, praktikák gyakorlatban történő kipróbálása is.

Vizsgálatom eredményeinek ismertetésével elő szándékozom segíteni, hogy a szülészeti team tagjai a nőt testi-lelki egységben lássák, és ne csak lelassult méhtevékenységét kezeljék a klinikumban elérhető módszerekkel, hanem azt ezzel egyenrangúan kiegészítse – sőt ha lehetséges, meg is előzze – a nő megnyugtatása, bátorítása, mert ez a szülésnek kedvező hormonszinteken keresztül támogathatja a szülés megfelelő előmenetelét, és elvezethet a pozitív szülési élményhez.

Ezek mellett kutatások sora hangsúlyozza az egészségügyben zajló hatékony kommunikáció fontosságát. A szülő nő és az őt ellátó egészségügyi személy közti megfelelő kommunikáció minden időszakban fontos. A nő szülésre való felkészülése során, hogy informálódjon a szülés folyamatáról, valamint az esetleges beavatkozások előnyeiről és hátrányairól; és hogy a szakszemélyzet megismerhesse a nő szülési tervét, preferenciáit leendő szülésével kapcsolatban. Azt követően a vajúdnak és szülés alatt is fontos, hogy bevonják a nőt a szülését érintő döntések meghozatalába, a szülés után pedig a kommunikáció lehetőséget teremt a várakozások és a megtapasztalt valóságos élmények összevezetésére, amikor utólagosan a szülésznővel és a szülészorzossal tisztázhatják, pontosan mi is történt és miért.

Kutatásom eredményei szerint azt is tapasztaltam, hogy a világszerte magas arányban alkalmazott EDA – érdekes módon – nem hozott megkönnyebbülést: a nők stressz-szintje, sőt fájdalomérzete sem csökkent, és elégedettségük sem fokozódott. Saját eredményeimmel a szakirodalmi adatok is egybevágóak. Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy a szüléskísérővel való kapcsolat, a tőle kapott emocionális támogatás alapvetően meghatározza a nő stresszélményének, elégedettségének alakulását – ami bizonyára csökkenti a szülési fájdalom érzetét is. Éppen ezért az anyai szülési distressz szülészorzosok, szülésznők általi kezelésének nem csupán a fájdalom csökkentésére kell irányulnia, hanem a szülő nő egyénre szabott pszichés támogatását is meg kell céloznia, hogy képessé tegyék megfelelő

megküzdési stratégiáinak megtalálásában, ami növeli majd énhatékonyságát, önbizalmát és kontrollérzetét. Ebben segíthet a szabad mozgás és a hangadások lehetősége, a nyugodt légkör és türelem biztosítása.

Egy nő életében az egyik legemlékezetesebb nap, amikor gyermekét megszüli. Annak eseményeire precízen és élethűen emlékszik majd egész további életében. A szülés történései nagy hatással vannak énképére, további gyermekvállalási terveire, újszülöttjével való kapcsolatára és kettejük testi-lelki-szellemi egészségére. A szülészeti team tagjainak fontos azt is elfogadniuk, hogy sok szülő nőnek nemcsak a gyermek mihamarabbi megszületése a cél, hanem épp annyira fontos annak folyamata is. A folyamat – amelynek során szülővé válik. Vagyis semmiképp sem feledkezhetünk meg arról, hogy magának a szülési stresszel való megküzdésnek van egy szimbolikus jelentése is. Megtanítja az embert lelassítani, türelmesnek lenni, kinyílni az ismeretlen tapasztalatokra. Segíthet a nőnek ráébredni, hogy miként maga a szülés sem könnyű, az anyaság sem lesz az, és talán kezdettől fogva megérzi a felelősséget, amit az anyává válással hirtelen fel kell vállalni, amikor egy új élet megszületik.

## 7. ÖSSZEFOGLALÁS

A perinatális időszakot az akkor jelentkező számos változás és a nőre ható rendkívüli stresszterheltség miatt szokás normatív krízisnek is nevezni, amelynek kiemelkedő eseménye a szülés. Kiindulópontom az a fiziológiailag megalapozott megállapítás, miszerint a vajúdás és szülés során tapasztalt túlzott stressz – az ekkor aktiválódó „harcolj vagy menekülj” stresszreakció következtében – a vajúdási folyamatot gátolhatja vagy le is állíthatja. Ez aztán növeli a további beavatkozások, anyai és gyermeki elváltozások és egyes anyai pszichés zavarok megjelenésének kockázatát. A kismamák (n=342) kérdőíves felmérése során az a kérdés vezetett engem, hogy a szülés egyedi szituációjában mely körülmények, anyai tapasztalatok, rutinműveletek, beavatkozások, fájdalomcsillapító eljárások járnak együtt magasabb vagy alacsonyabb szülési stressz-szinttel, elégedettséggel. Eredményeim szerint a szintetikus oxitocin adagolása és a hasra gyakorolt nyomás a magas stressz kockázatát emelték, az elégedettség valószínűségét pedig csökkentették. Az EDA – a várakozásokkal ellentétben – nem csökkentette a nők fájdalomérzetét, szülési stresszét, és nem növelte elégedettségüket sem. A nő privát szférájának tisztelete és intimitás iránti igényének biztosítása a magas stressz kialakulásában védőfaktorok tekinthetők, és emelik az elégedettség valószínűségét. A szakirodalom alapján az ennek felmérésére újonnan kialakított CIPS skála megbízhatósága megfelelő volt. A társas támogatás elmélete szerint a társas támasz pufferként működik a stressz megtapasztalásában. A segítő szülésznői viselkedésmódok szisztematikus feltárása a BANSILQ skála szakértői csoportunk által magyar nyelvre fordított változatával történt, annak megbízhatósága magas volt. Vizsgálatom felfedte, hogy a Lazarus és Folkman szerinti segítői viselkedéstípusok közül a szülésznői segítségnyújtásban az érzelmi támogatás felülmúlja a technikai és az információs támogatási módok jelentőségét. Azonfelül a tudatosság és a kontrollérzet mediálják a szülési stresszt, és többszörösére emelik az elégedettség megjelenését. Javaslom a szülésznők és szülészorvosok képzésébe az eredményeim alapján is kirajzolódó család- és nőközpontú ellátás hatékony módjának integrálását. A szülésfelkészítés pedig megcélozhatja a szülés stresszével való változatos megküzdési lehetőségek ismertetését, azok gyakorlását és a média, illetve a medikalizáció ténye által fokozódó szülési félelmek korai oldását.

## SUMMARY

Due to its dramatic changes and the extraordinary amount of maternal stress, the perinatal period represents a normative crisis in which birth emerges as a prominent event. Supported by decades of research in the field of physiology, high levels of stress during labour, through the initiation of the ‘fight or flight’ stress response, can cause labour to slow down or stop. This increases the likelihood of further birth interventions, maternal and newborn morbidities, and the occurrence of maternal psychological disorders. Of specific interest in this questionnaire-based study of new mothers (n=342) was to define which circumstances, maternal experiences, interventions and practices during labour and delivery correspond with higher or lower levels of perceived labour stress and satisfaction. The intervention of synthetic oxytocin and fundal pressure elevated the risk for high levels of labour stress, and lowered the probability of satisfaction. Epidural analgesia – in contrast to common expectations – did not reduce mothers’ pain, labour stress, nor did it enhance their satisfaction. According to my results, respect for women’s need for privacy and intimacy can be considered as a protective factor against elevated stress, and has increased the likelihood of satisfaction. This feature was measured with the self-created Childbirth Intimacy and Privacy Scale (CIPS). The psychometric properties were considered adequate. According to social support theory, social support can act as a buffer against stress. Based on these assumptions, my goal was to systematically assess the labour support behaviours by the Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire (BANSILQ). The reliability of the Hungarian version was high. Of the three types of social support proposed by Lazarus and Folkman, emotional support was ranked highest, overriding the significance of tangible and informational support. Additionally, elevated awareness and personal control were found to be mediating factors against stress and helped increase satisfaction. These findings have implications for effective woman-centred care, which should be incorporated in the curriculum of midwives and obstetricians. Childbirth preparation courses should be designed to empower women through information and the practice of possible coping techniques to deal with challenges of labour and help diminish their fears of childbirth.



## 8. IRODALOMJEGYZÉK

1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (Letöltve: 2018.04.05.)
- Abushaikha L, Sheil EP. (2006) Labor stress and nursing support: how do they relate? *J Int Womens Stud*, 7: 198–208.
- Adams D, Bianchi AL. (2008) A practical approach to labor support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(1): 106–115.
- Albers LL. (2003) Reducing genital tract trauma at birth: launching a clinical trial in midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 48(2): 105–110.
- Alehagen S, Wijma K, Lundberg U, Melin B, Wijma B. (2001) Catecholamine and Cortisol Reaction to Childbirth. *Int J Behav Med*, 8: 50–65.
- Austin MP, Tully L, Parker G. (2007) Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*, 101(1-3): 169–174.
- Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS (szerk.), *Encyclopedia of human behavior*. Academic Press, New York, 1994, 4: 71–81.
- Barrett SJ, Stark MA. (2010) Factors Associated With Labor Support Behaviors of Nurses. *J Perinat Educ*. 19(1): 12–18.
- Baumgartner T, Heinrichs M, Vonlanthen A, Fischbacher U, Fehr E. (2008) Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron*, 58: 639–650.
- Beck CT. (2004) Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*, 53: 216–224.
- Berezkei T. *Evolúciós pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 2003: 228-322.
- Bewley S, Cockburn J. (2002). Responding to fear in childbirth. *The Lancet*, 359: 2128–2129.
- Blix E. (2011) Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27: 687–692.
- Blomkvist V, Eriksen C, Theorell T, Ulrich R, Rasmanis G. (2005) Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occup Environ Med*, 62: 132–139.

- Bondas-Salonen T. (1998) How women experience the presence of their partners at the births of their babies. *Qual Health Res*, 8(6): 784–800.
- Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creed DK, Fenwick J. (2014) Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30: 255–261.
- Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM. (2001) Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behav Dev*, 24(1): 95–106.
- Bryanton J, Fraser-Davey H, Sullivan P. (1994) Women's perceptions of nursing support during labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 23(8): 638–644.
- Buchanan SL, Patterson JA, Roberts CL, Morris JM, Ford JB. (2012) Trends and morbidity associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 52: 173–178.
- Buer N, Linton SJ. (2002) Fear avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99: 485–491.
- Burden B. (1998) Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within the maternity ward environment as a means of achieving and maintaining privacy, or as a form of signalling to peers and professionals in an attempt to seek information and support. *J Adv Nurs*, 27: 15–23.
- C. Molnár E. *Az anyaság pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1996.
- C. Molnár E. *A terhesség pszichológiája*. In: Rigó J, Papp Z (szerk.), *A várandós nő gondozása*. Medicina, Budapest, 2005: 129–130.
- Cardoso C, Linnen AM, Joobar R, Ellenbogen MA. (2012) Coping style moderates the effect of intranasal oxytocin on the mood response to interpersonal stress. *Exp Clin Psychopharmacol*, 20: 84–91.
- Christiaens W, Bracke P. (2007) Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7: 26.
- Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE (szerk.), *Handbook of Psychology and Health*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1984: 253–267.
- Cohen S, Pressman S. Stress-buffering hypothesis. In: Anderson NB (szerk.), *Encyclopedia of Health & Behavior*. Sage Publications, Thousand Oaks, 2004: 780–782.

- Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S. (szerk.), *The Social Psychology of Health*. Sage, Newbury Park, CA, 1988: 31–67.
- Cohen S. (1986) Contrasting the hassle scale and the perceived stress scale. *Am Psychol*, 41: 716–719.
- Cohen S. PSS – The Perceived Stress Scale, Frequently-asked questions. Available from: <http://psy.cmu.edu/~scohen/PSSfaqs.doc> Updated: February 17, 2014 (Letöltve: 2018.04.05.).
- Cohen S, Syme L. Issues in study and application of social support. In: Cohen S, Syme L (szerk.), *Social support and Health*. Academic Press, New York, 1985.
- Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. (2016) Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 26, 6(8): e011362.
- Corbett CA, Callister LC. (2000) Nursing support during labor. *Clin Nurs Res*, 9(1): 70–83.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. (2000) Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2): 104–111.
- Csabai M, Molnár P. *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina, Budapest, 2009.
- Cseh A, Rigó A. A várandósság alatti biopszichoszociális változások. In: Pápay N, Rigó A (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015: 41–66.
- Dávid I, Fülöp M, Pataky N, Rudas J. *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest, 2014.
- De Dreu Carsten K.W. (2010) Oxytocin modulates cooperation within and competition between groups: An integrative review and research agenda. *Horm Behav*, 61: 419–428.
- Dixon L, Skinner JP, Foureur M. (2013) The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behavior. *New Zealand College of Midwives Journal*, 48: 15–23.

- Downe S, McCourt C. From being to becoming. In: Downe S (szerk.), *Normal Childbirth, Evidence and Debate* (2 edition). Churchill Livingstone, Oxford, 2008: 3–28.
- Ekelin M, Svensson J, Evehammar S, Kvist LJ. (2015) Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery*, 31: e36–42.
- Fahy K, Parratt J. (2006) *Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice*. *Women Birth*, 19: 45–50.
- Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. (2007) Evidence for a Neuroendocrinological Foundation of Human Affiliation. Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. *Psychol Sci*, 18: 965–970.
- Fewtrell M, Loh K, Blake A, Ridout D, Hawdon J. (2006) Randomised, double blind trial of oxytocin nasal spray in mothers expressing breast milk for preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 91: F169–F174.
- Field PA. (1987) Maternity nurses: how parents see us. *Int J Nurs Stud*, 24(3): 191–199.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. (2006) How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med*, 63(1): 64–75.
- Folkman S, Lazarus RS. (1985) If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *J Pers Soc Psychol*, 48: 150–170.
- Ford E, Ayers S, Wright D B. (2009) Measurement of Maternal Perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *J Womens Health*, 18(2): 245–252.
- Foureur M, Davis D, Fenwick J, Leap N, Iedema R, Forbes I, Homer CSE. (2010) The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. *Midwifery*, 26: 520–525.
- Foureur MJ, Leap N, Davis D, Forbes I, Homer CSE. (2011) Testing the Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSET). *Health Environments Research and Design Journal* 4(2): 22–41.
- Gagnon AJ, Waghorn K. (1996) Supportive care by maternity nurses: A work sampling study in an intrapartum unit. *Birth*, 23(1): 1–6.

- Gallup GG Jr, Nathan Pipitone R, Carrone KJ, Leadholm KE. (2010) Bottle feeding simulates child loss: postpartum depression and evolutionary medicine. *Med Hypotheses*, 74: 174–176.
- Gaskin IM. *Útmutató szüléshez*. Jaffa Kiadó, Budapest, 2006.
- Gialloreti LE, Benvenuto A, Benassi F, Curatolo P. (2014) Are caesarean sections, induced labor and oxytocin regulation linked to Autism Spectrum Disorders? *Med Hypotheses*, 82: 713–718.
- Gibbins J, Thomson AM. (2001) Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4): 302–313.
- Gibson E. (2014) Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women Birth*, 27: 185–189.
- Gilder K, Mayberry LJ, Gennaro S, Clemmens D. (2002) Maternal positioning in labor with epidural analgesia. Results from a multi-site survey. *AWHONN Lifelines*. 6(1): 40–45.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46(2): 212–219.
- Green JM, Baston HA. (2003) Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30: 235–247.
- Gregory SG, Anthopolos R, Osgood CE, Grotegut CA, Miranda ML. (2013) Association of autism with induced or augmented childbirth in North Carolina birth record (1990–1998) and education research (1997–2007) databases. *JAMA Pediatr*, 167: 959–966.
- Grewen KM, Girdler SS, Amico J, Light KC. (2005) Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosom Med*, 67: 531–538.
- Guastella A, Howard A, Dadds M, Mitchell P, Carson D. (2009) A randomized controlled trial of intranasal oxytocin as an adjunct to exposure therapy for social anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 34: 917–923.
- Hall ET. *Rejtett dimenziók*. Gondolat, Budapest, 1987.
- Halldorsdottir S, Karlsdottir S. (1996) Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12: 48–61.

- Halls KL. (2008) Maternal satisfaction regarding anaesthetic services during childbirth. *Br J Midwifery*, 16(5): 296–301.
- Hammond A, Foureur M, Homer CSE, Davis D. (2013) Space, place and the midwife: Exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women Birth*, 26: 277–281.
- Hauck Y, Rivers C, Doherty K. (2008) Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia *Midwifery*, 24: 460–470.
- Hidaka R, Callister LC. (2012) Giving Birth With Epidural Analgesia: The Experience of First-Time Mothers. *J Perinat Educ*, 21: 24–35.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. (2011) Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 1–100.
- Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. (1987) The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*, 10: 301–310.
- Hodnett ED. (1996) Nursing support of the laboring woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 25(3): 257–264.
- Hodnett ED. (2002) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5 Suppl Nature): S160–172.
- Hodnett E, Stremmer R, Edwards N, Walsh D. (2009) Re-conceptualizing the hospital labor room: the PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) pilot trial. *Birth*, 36: 159–166.
- Holroyd E, Yin-king L, Pui-yuk LW, Kwok-hong FY, Shuk-lin BL. (1997) Hong Kong Chinese women's perception of support from midwives during labour. *Midwifery*, 13(2): 66–72.
- Hotelling BA. (2009) Teaching normal birth, normally. *J Perinat Educ*, 18(1): 51–55.
- Howarth A, Swain N, Treharne GJ. (2011) First-time New Zealand mothers' experience of birth: importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*, 45: 6–11.
- Huber US, Sandall J. (2009) A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*, 25(6): 613–621.

- Hunter B, Berg M, Lundgren I, Ólafsdóttir OA, Kirkham M. (2008) Relationships: the hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24: 132–137.
- Hunter C. (2012) Intimate space within institutionalized birth: women's experiences birthing with doulas. *Anthropol Med*, 19(3): 315–326.
- International MotherBaby Childbirth Organisation (IMBCO) A Nemzetközi Anya- és Bababarát Szülészeti Ellátásért Szervezet kezdeményezése. 10 lépés, mely az optimális anya- és bababarát szülészeti ellátáshoz vezet. [http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci\\_hungarian.pdf](http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_hungarian.pdf) (Letöltve: 2018. 04.05.)
- Janssen PA, Harris SJ, Soolsma J, Klein MC, Seymour LC. (2001) Single Room Maternity Care: The Nursing Response *Birth*, 28(3): 173–179.
- Jepsen I, Dauer Keller K. (2014) The experience of giving birth with epidural analgesia. *Women Birth*, 27: 98–103.
- Johnson R, Slade P. (2002) Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*, 109: 1213–1221.
- Johnston J. (2004) The nesting instinct. *Midwifery Today Int Midwife*, Autumn(71): 36–37.
- Jonas K, Johansson LM, Nissen E, Ejdebäck M, Ransjö-Arvidson AB, Uvnäs-Moberg K. (2009) Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeed Med*, 4: 71–82.
- Kainz G, Eliasson M, von Post I. (2010) The child's father, an important person for the mother's wellbeing during the childbirth: A hermeneutic study. *Health Care Women Int*, 31: 621–635.
- Kalantaridou SN, Zoumakis E, Makrigiannakis A, Lavasidis LG, Vrekoussis T, Chrousos GP. (2010) Corticotropin-releasing hormone, stress and human reproduction: an update. *J Reprod Immunol*, 85: 33–39.
- Kannan S, Jamison RN, Datta S. (2001) Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med*, 26: 468–472.
- Kendrick KM. (2000) Oxytocin, motherhood and bonding. *Exp Physiol*, 85(Suppl 1): 111s–124s.
- Kintz DL. (1987) Nursing support in labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 16(2): 126–130.

- Klomp T, Manniën J, de Jonge A, Hutton EK, Lagro-Janssen ALM. (2014) What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain management? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. *Midwifery*, 30: 432–438.
- Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. (2010) What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sex Reprod Healthc*, 1: 21–26.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. (2008) More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*, 6:7.
- Larsen KE, O'Hara MW, Brewer KK, Wenzel A. (2001) A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *J Reprod Infant Psychol* 19(3): 203–214.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York, 1984.
- Lazarus RS. (1993a) Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosom Med*, 55: 234–247.
- Lazarus RS. (1993b) From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annu Rev Psychol*, 44: 1–21.
- Leckman JF, Feldman R, Swain JE, Eichler V, Thompson N, Mayes LC. (2004) Primary parental preoccupation: Circuits, genes, and the crucial role of the environment. *J Neural Transm*, 11: 753–771.
- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Arndt M, Kaljonen A. (2002) Maintaining privacy on post-natal wards: a study in five European countries. *J Adv Nurs*, 37(2): 145–154.
- Lepori B. (1994) Freedom of movement in birth places. *Children's Environments*, 11: 81–87.
- Lepori B, Foureur M, Hastie C. *Mind body spirit architecture: creating birth space*. In: Fahy K, Foureur M, Hastie C (szerk.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship*. Elsevier, Oxford, 2008: 95–112.
- Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. (1983) Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. *Behav Res Ther*, 21: 401–408.



- Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G. (2005) Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, 21: 267–277.
- Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. (2005) Changes in fetal positioning during labor and their association with epidural anesthesia. *Obstet Gynecol*, 105(5 Pt 1): 974–982.
- Lipienné Krémer I, Rados M, Pálvölgyi M, Dió M, Mészáros J, Soósné Kiss Zs. (2016) A highly demanding profession: midwifery. Do the midwives who provide sensitive support for birthing women feel satisfied and appreciated? *New Medicine*, 20(1): 19–26.
- Lock, LR and Gibb HJ. (2003) The power of place. *Midwifery*, 19: 132–139.
- Lockwood CJ. (1999) Stress-associated preterm delivery: The role of corticotropin-releasing hormone. *Am J Obstet Gynecol*, 180: S264–S266.
- Lothian JA. (2004) Do not disturb: The importance of privacy in labor. *J Perinat Educ*, 13(3): 4–6.
- Lothian JA. (2009) Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *J Perinat Educ*, 18(3): 48–54.
- Lowe NK. (2002) The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5 Suppl Nature): S16–24.
- Lowe NK. (1996) The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 25: 82–92.
- Lukács L. A nemiszerep-váltási krízisek és az evészavarok összefüggései. In: Túry F, Pászthy B (szerk.), *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die Kiadó, Budapest, 2008: 367–376.
- Lundgren I, Dahlberg K. (1998) Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*, 14: 105–110.
- Lundgren I, Karlsdóttir SI, Bondas T. (2009) Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-Being*, 4: 115–128.
- Mackey MC, Williams CA, Tiller CM. (2000) Stress, pre-term labour and birth outcomes. *J Adv Nurs*, 32: 666–674.

- Malcolm HA. (2005) Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nurs Ethics*, 12(2): 156–166.
- Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. (2001) Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28: 13–19.
- McCourt C. Social support and childbirth. In: Squire C (szerk.), *The Social Context of Birth*, Routledge, London, 2017.
- McKinnon AL, Gold I, Feeley N, Hayton B, Carter CS, Zelkowitz P. (2014) The role of oxytocin in mothers' theory of mind and interactive behavior during the perinatal period. *Psychoneuroendocrinology*, 48: 52–63.
- McNiven P, Hodnett E, O'Brien-Pallas LL. (1992) Supporting women in labor: a work sampling study of the activities of labor and delivery nurses. *Birth*, 19(1): 3–9.
- Melender H. (2002a) Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2): 101–111.
- Melender, H. (2002b) Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*, 47(4): 256–263.
- Melzack R, Katz J. (2013) Pain. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 4:1–15.
- Merskey H, Bogduk N (szerk), *Classification of chronic pain*. 2nd ed. IASP Press, Seattle, 1994: 210–214.
- Mollart L, Newing C, Foureur M: Midwives' emotional wellbeing: Impact of conducting a Structured Antenatal Psychosocial Assessment (SAPSA). *Women and Birth* 2009; 22: 82-88.
- Mollart L, Skinner VM, Newing C, Foureur M: Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth* 2013; 26: 26-32.
- National Institute for Care and Health Excellence. *Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guideline*, 2014.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> (Letöltve: 2018.04.05.)
- Nissen E, Gustavsson P, Widstrom AM, Uvnäs-Moberg K. (1998) Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or cesarean section. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19: 49–58.
- Niven CA, Murphy-Black T. (2000) Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth*, 27(4): 244–253.

- Odent M. (2003a) Champagne and the fetus ejection reflex. *Midwifery Today Int Midwife*, (65)9: 56–57.
- Odent M. *A szeretet tudományosítása*. Napvilág Születésház Bt, Budapest, 2003b.
- Odent M. (1985) Two sets of ten commandments for obstetricians. *J Med Ethics*, 11(1): 53.
- Olf M, Frijling JL, Kubzansky LD, Bradley B, Ellenbogen MA, Cardoso C, Bartz JA, Yee JR, van Zuiden M. (2013) The role of oxytocin in social bonding, stress regulation and mental health: An update on the moderating effects of context and interindividual differences. *Psychoneuroendocrinology*, 38: 1883–1894.
- Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. (2014) Neuroendocrinology of childbirth and mother–child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol*, 35: 459–472.
- Payant L, Davies B, Graham ID, Peterson WE, Clinch J. (2008) Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(4): 405–414.
- Rados M, Kovács E, Mészáros J. (2015) Intimacy and privacy during childbirth. A pilot-study testing a new self-developed questionnaire: the Childbirth Intimacy and Privacy Scale (CIPS). *New Medicine*, 19: 16–24.
- Richardson P. (1984) The body boundary experience of women in labour: A framework for care. *Matern Child Nurs J*, 13: 91–101.
- Rizvi M, Clarke S. (2011) Do birth plans improve the experience of labour? *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 96: Fa78.
- Romano AM, Lothian JA. (2008) Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37: 94–105.
- Rosenberg K, Trevathan W. (2002) Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG* 109: 1199–1206.
- Ross-Davie M, Cheyne H. (2014) Intrapartum support: what do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery*, 12(2): 52–58.
- Ryding EL, Wijma K, Wijma B. (1998) Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25(4): 246–251.

- Saisto T, Halmesmäki E. (2003) Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82: 201–208.
- Sanders R. (2015) Midwifery Facilitation: Exploring the Functionality of Labor Discomfort. *Birth*, 42: 202-205.
- Sauls DJ. (2006) Dimensions of Professional Labor Support for Intrapartum Practice. *J Nurs Scholarsh*, 38(1): 36–41.
- Sauls DJ. (2004) The Labor support questionnaire: Development and Psychometric analysis. *J Nursing Scholarsh*, 12(2): 123–132.
- Selye J. *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1976: 23-56.
- Shepherd A, Cheyne H. (2013) The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women Birth*, 26: 49–54.
- Shields D. (1978) Nursing care in labour and patient satisfaction: a descriptive study. *J Adv Nurs*, 3(6): 535–550.
- Simkin P, Ancheta R. *A szülés kézikönyve - a szülés elhúzóadásának megelőzése és kezelése*. SpringMed Kiadó, Budapest, 2013.
- Simkin P, Bolding A. (2004) Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*, 49(6): 489–504.
- Simkin PP, O'Hara MA. (2002) Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, 186: S131–159.
- Singh D, Newburn M. (2006) Feathering the nest: what women want from the birth environment. *RCM Midwives*, 9(7): 266–269.
- Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol*, 32(Pt 4): 469–483.
- Smith EE, Nolen-Hoeksema S, Fredrickson BL, Loftus GR. *Atkinson & Hilgard Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 2005.
- Soltész A, Rigó A, Pápay N. Az együttszülés jelentősége. In: Pápay N, Rigó A (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015: 353–370.
- Soong B, Barnes M. (2005) Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth*, 32(3): 164–169.

- Stanton AL, Lobel M, Sears S, DeLuca RS. (2002) Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*, 70(3): 751–770.
- Stauder A, Konkoly Thege B. (2006) Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 203–216.
- Stenglin M, Foureur M. (2013) Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29: 819–825.
- Stockman AF, Altmaier EM. (2001) Relation of Self-Efficacy to Reported Pain and Pain Medication Usage During Labor. *J Clin Psychol Med Settings*, 8(3): 161–166.
- Storton, S. (2007) The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice. *J Perinat Educ*, 16 (1): 25S–27S.
- Szeverényi P, Póka R, Hetey M, Török Zs. (1998) Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partners presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19: 38–43.
- Tarkka M, Paunonen M. (1996) Social support and its impact on mothers' experience of childbirth. *J Adv Nurs*, 23: 70–75.
- Taylor SE. (1983) Adjustment to Threatening Events. A Theory of Cognitive Adaptation. *Am Psychol*, 38: 1161–1173.
- The Local (2015) Why do so many French women have epidurals? <https://www.thelocal.fr/20150904/why-do-so-many-french-women-have-epidurals> (Letöltve: 2018.14.06.)
- Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. (2013) Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*, 26: e99–e104.
- Török Zs. Posztpartum depresszió. In: Pápay N, Rigó A (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015: 109–132.
- Tse MM, Ng JK, Chung, JWY, Wong TKS. (2002) The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *J Clin Nurs*, 11: 462–469.
- Ursin H, Eriksen HR. (2004) The cognitive activation theory of stress (CATS). *Psychoneuroendocrinology*, 29(5): 567–592.

- Uvnäs-Moberg K. *The Oxytocin Factor: Tapping the Hormone of Calm, Love, and Healing*. Da Capo Press, New York, 2003.
- Van der Gucht N, Lewis K. (2015) Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31: 349–358.
- Varga K. A szülés élménye: út a „jó minőségű” szüléshez, születéshez. In: Pápay N, Rigó A (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015: 67–86.
- Varga K. (2011) Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Med*, 21: 779–784.
- Varga K, Suhai-Hodász G. *Szülés és születés. Lélektanon innen és túl*. Pólya Kiadó, Budapest, 2002.
- Viero C, Shibuya I, Kitamura N, Verkhatsky A, Fujihara H, Katoh A, Ueta Y, Zingg HH, Chvatal A, Sykova E, Dayanithi, G. (2010) Oxytocin: Crossing the Bridge between Basic Science and Pharmacotherapy. *CNS Neurosci Ther*, 16(5): e138–e156.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. (2004) A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1): 17–27.
- Waldenström U, Schytt E. (2009) A longitudinal study of women's memory of labour pain -from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG*, 116(4): 577–583.
- Walsh D, Downe S. (2004) Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: A structured review. *Birth*, 31(3): 222–229.
- Whitburn LY, Jones LE, Davey M-A, Small R. (2014) Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30: 1029–1035.
- White M. (2005) Birth Is Good for Babies. *Int J Childbirth Educ*, 20: 4–7.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19: 84–97.
- Williams A. (2001) A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs*, 33(5): 660–667.
- World Health Organisation. *Care in normal birth: a practical guide*. WHO, Geneva, 1996.

Zar M, Wijma K, Wijma B. (2001) Pre and Postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther*, 30(2): 75–81.

Zelkowitz P, Gold I, Feeley N, Hayton B, Carter CS, Tulandi T, Abenhaim HA, Levin P. (2014) Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. *Horm Behav*, 66(2): 351–360.

## 9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

### Saját témában megjelent közlemények:

Rados M, Mészáros J. (2017) A támogató környezet szerepe a szülési stressz kezelésében. *Orv Hetil*, 158(29): 1149–1156.

Rados M, Mészáros J. (2017) Mitől válik a szülési fájdalom szenvedéssé? Az egyéni megküzdés módjai. *Lege Artis Medicinae*, 27(10-12): 439–447.

Lipienné Krémer I, Rados M, Pálvölgyi M, Dió M, Mészáros J, Soósné Kiss Zs. (2016) A highly demanding profession: midwifery. Do the midwives who provide sensitive support for birthing women feel satisfied and appreciated? *New Medicine*, 20(1): 19–26.

Rados M, Kovács E, Mészáros J. (2015) Intimacy and privacy during childbirth. A Pilot-study testing a new self-developed questionnaire: the Childbirth Intimacy and Privacy Scale (CIPS). *New Medicine*, 19(1): 16–24.

Rados M, Lipienné Krémer I, Dió M, Kovács E. Environmental and Social Privacy and Intimacy during Childbirth. In: Balogh Z (szerk.), COHEHRE Conference: Health and Social Care Perspectives for a Sustainable Future. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2015: 118–119. (ISBN: 978-963-7152-93-1)

### Egyéb témában megjelent közlemény:

Molnár Sz, Csajbók R, Sinka M, Rozgony K, Bándli L, Tóth T, Rados M, Kemenczei Á, Nagy B. (2016) Current challenges faced by public catering: Public catering as a tool for behavioural education with a potential to form healthier dietary attitudes. *New Medicine*, 20(4): 130–136.



## 10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsősorban szeretném megköszönni témavezetőmnek, Dr. Mészáros Juditnak felbecsülhetetlen értékű segítségét. Tanácsai irányt mutattak, biztató szavai erőt adtak. Sokat jelentett számomra, hogy mindig kész volt segíteni, ha elakadtam.

Köszönettel tartozom továbbá kollégáimnak, és tanszékünk vezetőjének, Dr. Hoyer Máriának. Beszélgetéseink kritikai megmérettetést és persze sok bátorítást adtak. Kiemelném Lipienné Krémer Ibolya segítségét, aki hozzájárult kutatásom technikai lebonyolításához is. Köszönöm Kovács Eszternek a most már évekre visszatekintő közös munkát, a statisztikában nyújtott segítségét, akihez ezen túlmenően számos kérdéssel fordulhattam.

Köszönöm a részt vevő kórházaknak, a vezető szülésznőknek, a gyermekágyas osztály vezető ápolóinak segítségét. Továbbá minden szülésznőnek, illetve a szülésznő gyakornoknak, hogy támogatta a kutatást, és segített az adatfelvétel elvégzésében. Az ott dolgozó pszichológusoknak is hálával tartozom. Nagy köszönet illeti a részt vevő kismamákat, akik kitöltötték a kérdőívet. Válaszaik segítségével értékes információt nyerhettünk, mi igazán fontos a szülő nő ellátása során. Céлом, hogy ezen információk tudatában a jövőben számos kismamának tegyük jobbá vajúadását és szülését, hogy újszülött gyermekükkel az első perctől fogva több örömben lehessen részük.

Köszönöm szüleimnek, testvéremnek a segítséget és megértést. Leginkább pedig köszönöm férjemnek, gyermekeimnek a mellettem állást, az érzelmi támogatást, és hogy erőt és perspektívát adtak a mindennapi munkához. Nélkülük nem juthattam volna ide, hogy ma ezeket a sorokat írhatom.

## **MELLÉKLET**

### **Mellékletek jegyzéke:**

1. melléklet – Résztvevői tájékoztató
2. melléklet – Résztvevői beleegyező nyilatkozat
3. melléklet – Kutatási kérdőív CIPS, BANSILQ skálák nélküli változata (ezen skálákat szerzői jogok védik)
4. melléklet – 26. táblázat – Pilot feltáró faktoranalízis eredménye
5. melléklet – 27. táblázat – Ellenőrző faktorelemzés

## 1. melléklet

### **RÉSZTVEVŐI TÁJÉKOZTATÓ** **a „Szülésznői támogatás illetve privát szféra jelentősége a szülőszobán”** **c. kutatáshoz**

Tisztelt Kismama!

Jelen kutatás Rados Melinda, a Semmelweis Egyetem 8/6-os doktori iskola hallgatójának és Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Pszichológia Tanszék oktatójának Ph.D. kutatása. Kutatásom célja felfedni, hogy melyek azok a tárgy- és térhasználati jellemzők, szülési körülmények, illetve egyes szülésznői, segítői viselkedésmódok, amelyek befolyásolhatják a nők szülési élményét.

A kutatás kizárólag a kismamák saját tapasztalatait, érzéseit vizsgálja. A kérdőívben a legutóbbi szülési tapasztalataival kapcsolatban válaszoljon az egyes kérdésekre! Kérem, saját élményének megfelelően töltse ki a kérdőívet, ami nagyjából 15-20 percet vesz igénybe! Itt nincsenek helyes vagy helytelen válaszok, csak azt fontolja meg, hogy az adott jelenség mennyire volt jellemző szülésekor: a vajúdas megindulásától kezdve a baba megszületését követő egy-két órát felölelő időtartam alatt!

A vizsgálatban való részvételhez az alábbi szükséges feltételeket fogalmaztuk meg: 18 év feletti életkor, hüvelyi úton történő szülés, komplikációmentes terhesség, magzat koponyavégű fekvésben, szülés a 37-42. terhességi héten, nem ikerszülés.

A vizsgálatban való részvétel semmilyen beavatkozással nem jár, testi rizikója nincs. A részvétel önkéntes, bejegyzését bármikor visszavonhatja indoklás és hátrányos következmények nélkül. Részvételét bármikor megszakíthatja. A kutatásban való részvételért a résztvevők külön díjazásban nem részesülnek. Minden kitöltött kérdőív egy kódszámmal lesz ellátva. A felvett adatokat bizalmasan kezeljük, az egyes vizsgálati személyek azokból utólagosan nem lesznek azonosíthatók, és azok kizárólagosan kutatási céllal kerülnek feldolgozásra.

A kutatás során gyűjtött adatok csak összesített formában lesznek kiértékelve, a vizsgálatban egyéni élményének külön pszichológiai vizsgálata nem történik. A vizsgálatot érintő bármely kérdésével, észrevételével kapcsolatban, kérem, forduljon a vizsgálatvezetőhöz!

Köszönöm, hogy segíti munkámat azzal, hogy a következő 15-20 percet a kérdőívek kitöltésére szánja, és segítséget nyújt a szülés lefolyásának és változatos jellemzőinek háttérében megbúvó környezeti tényezők és segítői viselkedések feltérképezésében! A kitöltött kérdőívet kérem a folyosón elhelyezett kék színű „KUTATÁS” feliratú dobozba helyezze!

Köszönettel:  
Rados Melinda

Ph.D. munka készítője, vizsgálatvezető: Rados Melinda, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék,  
radosm@se-etk.hu, [melinda.rados@gmail.com](mailto:melinda.rados@gmail.com)  
Ph.D. munka témavezetője: Dr. Mészáros Judit, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék

## 2. melléklet

### RÉSZTVEVŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

**Kutatás címe:** Szülésznői támogatás illetve privát szféra jelentősége a szülőszobán

**Kutatás etikai engedélyének száma:** 19789-3/2016/EKU

**Kutatás helyszíne:** adott intézmény neve, Gyermekágyas Osztály

**Kutatás ideje:** 2016 tavasz – 2016 ősz

**Kutatásvezető:** Rados Melinda, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar  
Alkalmazott Pszichológia Tanszék - tanársegéd, ill. Semmelweis Egyetem 8/6-os Doktori  
Iskola hallgatója

Én, mint a kutatás résztvevője kijelentem, hogy a kutatás résztvevői tájékoztatójában foglaltakat elolvastam és tudomásul vettem.

Továbbá kijelentem, hogy a kutatásban történő részvételre vonatkozó beleegyezésemet a tájékoztatást követően önként és befolyásolástól mentesen adom, annak tudatában, hogy azt bármikor szóban vagy írásban, indoklás és hátrányos következmények nélkül visszavonhatom. Ebben az esetben a korábban rögzített adatok megsemmisítésre kerülnek.

Budapest, 2016. ....

.....  
Résztevő neve  
(nyomtatott betűkkel)

.....  
Kutatásvezető neve  
(nyomtatott betűkkel)

.....  
Résztevő aláírása

.....  
Kutatásvezető aláírása

### 3. melléklet

*Kérem, töltsse ki az alábbi kérdőívet!*

1. Hányadik terhességi héten szült? \_\_\_\_\_

2. A **vajúdás** - a rendszeres fájások megjelenésétől kezdve - milyen hosszú ideig tartott? (Kérem, karikázza be a megfelelő választ!)

Kevesebb mint 5 óra / 5-9 óra / 10-14 óra / 15-19 óra / 20-24 óra / Több mint 24 óra

3. A **kitolás** milyen hosszú ideig tartott?

Kevesebb mint 15 perc / 15-25 perc / 25-35 perc / 35-45 perc / 45-55 perc / Több mint 55 perc

4. Az alábbiak közül **kik voltak jelen** a szülésnél a vajúdás és a kitolás során? Kérem karikázza be, és ugyanabban a sorban jelölje mennyire érezte támogatónak jelenlétüket?

		Támogatónak éreztem				
		ÉS... jelenlétét	Egyáltalán nem jellemző	Kicsit jellemző	Többé- kevésbé jellemző	Nagyon jellemző
Választott orvos	Igen	0	1	2	3	4
Ügyeletes orvos	Igen	0	1	2	3	4
Választott szülésznő	Igen	0	1	2	3	4
Ügyeletes szülésznő	Igen	0	1	2	3	4
Párom	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb rokon: _____	Igen	0	1	2	3	4
Barát	Igen	0	1	2	3	4
Dúla	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb: _____	Igen	0	1	2	3	4

5. 1. Ha kapott **epidurális analgéziát**, kérem karikázza be a táblázatban a megfelelő választ, illetve ugyanabban a sorban kérem adja meg, mennyire érezte azt **kedvező hatásúnak**!

	Kaptam	ÉS... A fájdalomcsillapítást <b>kedvező hatásúnak</b> éreztem.				
		Egyáltalán nem jellemző	Kicsit jellemző	Többé- kevésbé jellemző	Nagyon jellemző	Teljesen jellemző
Epidurális analgészia/EDA	Igen	0	1	2	3	4

**5.2 Ha alkalmaztak valamilyen alternatív fájdalomcsillapítást, kérem karikázza be a táblázatban a megfelelő választ, illetve ugyanabban a sorban kérem adja meg, mennyire érezte azt kedvező hatásúnak!**

	Kaptam/ Használtam	ÉS... Az eljárást <u>kedvező hatásúnak</u> éreztem.				
		Egyáltalán nem jellemző	Kicsit jellemző	Többé-kevésbé jellemző	Nagyon jellemző	Teljesen jellemző
TENS (Elektrostimuláció)	Igen	0	1	2	3	4
Vízben vajúdás (kád, zuhany)	Igen	0	1	2	3	4
Masszázs (derék, hát, comb,..)	Igen	0	1	2	3	4
Speciális légzés	Igen	0	1	2	3	4
Relaxáció/ Képzület segítsége	Igen	0	1	2	3	4
Gyógytea	Igen	0	1	2	3	4
Homeopátia	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb:	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb:	Igen	0	1	2	3	4

**6. A szülés előmozdítása céljából alkalmaztak valamilyen eljárást az alább felsoroltak közül? Ha igen, jelölje meg ugyanabban a sorban, hogyan mennyire érezte kedvező hatásúnak!**

	Kaptam	ÉS... Az eljárást <u>kedvező hatásúnak</u> éreztem.				
		Egyáltalán nem jellemző	Kicsit jellemző	Többé-kevésbé jellemző	Nagyon jellemző	Teljesen jellemző
Méhszájérlelés (pl. Prostaglandin-zselé,...)	Igen	0	1	2	3	4
Burokrepesztés	Igen	0	1	2	3	4
Oxitocin (Fájáserősítő)	Igen	0	1	2	3	4
Méhszáj tágítása	Igen	0	1	2	3	4
Hasra gyakorolt nyomás	Igen	0	1	2	3	4
Gátmetszés	Igen	0	1	2	3	4
Fogó	Igen	0	1	2	3	4
Vákuum	Igen	0	1	2	3	4
Méhlepény leválasztása	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb:	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb:	Igen	0	1	2	3	4

**7. Részt vett szülésfelkészítő foglalkozásokon a mostani vagy egy korábbi terhességénél?**

Igen    Nem

**8. Részt vett előzetes szülőszoba-látogatáson a kórházban/ klinikán, ahol szült?**

Igen    Nem

**9.1. Megfogalmazott egy tervet a szülés előtt a szülés majdani lefolyásáról?**

Igen    Nem

**9.2. Ha igen, véleménye szerint mennyire alakultak a tervének megfelelően az események?**

0 – Egyáltalán nem jellemző / 1 – Kicsit jellemző / 2 – Többé-kevésbé jellemző / 3 – Nagyon jellemző / 4 – Teljesen jellemző

**10. Amikor megérkezett a kórházba, végeztek rutinszerűen valamilyen eljárást az alább felsoroltak közül? Kérem, karikázza be a megfelelő választ, és ugyanabban a sorban jelölje, hogy mennyire érezte kedvező hatásúnak!**

	Ilyen eljárást végeztek	ÉS... Az eljárást <u>kedvező hatásúnak</u> éreztem.				
		Egyáltalán nem jellemző	Kicsit jellemző	Többé-kevésbé jellemző	Nagyon jellemző	Teljesen jellemző
Bekötöttek-e előre kanült /infúziót későbbi vízpótlás érdekében?	Igen	0	1	2	3	4
Végeztek-e rutinszerű beöntést?	Igen	0	1	2	3	4
Végeztek-e rutinszerű borotválást?	Igen	0	1	2	3	4
Magzati szívhang hallgatása /CTG/?	Igen	0	1	2	3	4
Folyamatos CTG születésig?	Igen	0	1	2	3	4
Egyéb:	Igen	0	1	2	3	4

**11.1. A szülést összességében mennyire érezte fájdalmasnak? (Kérem, ezt az alábbi skálán jelezze, ahol 0 = Egyáltalán nem fáj, 10 = Legerőteljesebb elképzelhető fájdalom)**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**11.2. A vajúdást mennyire érezte fájdalmasnak?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**11.3. A kitolást mennyire érezte fájdalmasnak?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**11.4. A méhlepény megszületését mennyire érezte fájdalmasnak?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**11.5. A baba megszületése utáni szakaszt (pl. méhtisztítás / esetleges gátvarrás) mennyire érezte fájdalmasnak?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**12. Összességében mennyire elégedett a szülésével?**

0 – Egyáltalán nem jellemző / 1– Kicsit jellemző / 2 – Többé-kevésbé jellemző / 3 – Nagyon jellemző / 4 – Teljesen jellemző

**13. Újabb terhesség esetén ugyanilyen szülést szeretne?**

0 – Egyáltalán nem jellemző / 1– Kicsit jellemző / 2 – Többé-kevésbé jellemző / 3 – Nagyon jellemző / 4 – Teljesen jellemző

**14. A vajúdás és kitolás alatt mennyire sikerült megőriznie tudatosságát (vagyis mennyire volt tudatában, mi zajlik vajúdásakor, szülésekor)?**

0 – Egyáltalán nem jellemző / 1– Kicsit jellemző / 2 – Többé-kevésbé jellemző / 3 – Nagyon jellemző / 4 – Teljesen jellemző

**15. A vajúdás és kitolás alatt mennyire érezte, hogy kontrollálja, kezében tartja az eseményeket?**

0 – Egyáltalán nem jellemző / 1 – Kicsit jellemző / 2 – Többé-kevésbé jellemző / 3 – Nagyon jellemző / 4 – Teljesen jellemző

**16. Kérem, adjon meg pár adatot a babával kapcsolatban:**

Baba neve: \_\_\_\_\_ súlya: \_\_\_\_\_ 1 perces Apgar értéke: \_\_\_\_\_ 5 perces Apgar értéke: \_\_\_\_\_

*Most kérem adjon meg egy pár adatot saját magával kapcsolatban! ( A kutatás során minden adatát bizalmasan kezeljük, csak más adatokkal együttesen, összesített formában lesznek közzétéve.)*

**17. Hányadik babája született meg éppen? \_\_\_\_\_ .**

**18. Életkora: \_\_\_\_\_ év**

**19. Családi állapota (Kérem, húzza alá a megfelelőt!):**

Házas / Élettársi kapcsolatban él / Egyedülálló / Elvált / Egyéb: \_\_\_\_\_

**20. Iskolai végzettsége (Kérem, húzza alá a megfelelőt!):**

Általános Iskola

Középiskola: szakmunkásképző/ szakközépiskola/ gimnázium

OKJ-s képzés/ 1-2 éves tanfolyam

Főiskola

Egyetem - alapképzés (BA/ BSc)

Egyetem - mesterszak (MA/MSc)

Posztgraduális/ Doktori tanulmányok

**21. A társadalom többi tagjához képest hogyan látja saját anyagi helyzetét? (Kérem, húzza alá a megfelelőt!)**

Sokkal jobb / Kicsit jobb / Átlagos / Kicsit rosszabb / Sokkal rosszabb

*Az alábbiakban a legutóbbi szülési élményeivel kapcsolatban válaszoljon az egyes kérdésekre, és karikázza be a válaszában megfelelő számot! Kérem, idézze fel a szülését a vajúdás szakaszától kezdve, és fontolja meg, hogy az adott jelenség mennyire volt jellemző szülése folyamán!*

	Soha	Szinte soha	Néha	Elég gyakran	Nagyon gyakran
1. A szülés során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kezben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak számára?	0	1	2	3	4
2. A szülés során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani a felmerülő problémákat?	0	1	2	3	4
3. A szülés során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	0	1	2	3	4
4. A szülés során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	0	1	2	3	4



CIPS skála (A skálát szerzői jogok védik.)

BANSILQ skála (A skálát szerzői jogok védik.)

***Köszönöm, hogy kitöltötte a kérdőívet, és válaszaival támogatta a kutatást!  
Jó egészséget kívánok Önnek és gyermekének!***

4. melléklet – 26. táblázat – Pilot feltáró faktoranalízis eredménye

Item	1	2	3	4	5	6
20. A szülést kísérők türelmesen bántak velem.	0,837					
21. A szülés alatt mindenre kellő időt hagytak nekem.	0,802					
19. A szülést kísérők érintése, simogatása figyelmes és megnyugtató volt.	0,561					
17. A vajúdas szakaszában a hüvelyi vizsgálatok számával és módjával elégedett voltam.	0,773					
16. A szülőszobán tartózkodó emberek biztonságot árasztottak.	0,639					
18. A szülést kísérők társaságában úgy éreztem, nem kell, hogy zavarban legyek.	0,664					
5. A szülőszobában biztonságban éreztem magam.	0,657					
13. Szabadon sóhajtozhattam, vagy akár kiálthattam is a méhösszehúzódások alatt.		0,415		0,446		
11. Szabadon választhattam meg, hogy milyen helyzetben vajúdok.		0,800				
10. A vajúdas és szülés során szabadon mozoghattam.		0,815				
12. Szabadon választhattam meg a kitolás szakaszában, hogy milyen helyzetben vagyok, szülök.		0,716				
2. Az ajtó csukva volt.			0,763			
3. A folyosóról az ablakon vagy ajtón keresztül be lehetett látni.	0,488		0,452			
1. Ha belépett valaki a szülőszobába, előtte kopogott.			0,576			
14. A szülést kísérők végig ugyanazok a személyek voltak.	0,425					
15. Váratlanul megjelenő idegenek (más orvos/ szülésznő/gyakornok) megzavarták a szülésemet.	0,544					
6. A szülés során végig ugyanabban a szobában maradhattam.				0,644		
8. A szülés alatt a szomszédos helyiségekből más zajok, hangok hallatszottak.				0,577		
4. Amikor benyitott valaki, egyből teljesen látszódtam.			0,781			
9. A társam fényképeket vagy felvételeket készített a vajúdas vagy a kitolás szakaszában.						0,819
7. A szülőszobához tartozott egy fürdőszoba, amit csak én használtam.					0,856	

Megjegyzés: Principal Component method

**5. melléklet – 27. táblázat – Ellenőrző faktorelemzés**

<b>Item</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
20. A szülést kísérők türelmesen bántak velem.	0,786					
21. A szülés alatt mindenre kellő időt hagytak nekem.	0,753					
19. A szülést kísérők érintése, simogatása figyelmes és megnyugtató volt.	0,714					
17. A vajúdas szakaszában a hüvelyi vizsgálatok számával és módjával elégedett voltam.	0,688					
16. A szülőszobán tartózkodó emberek biztonságot árasztottak.	0,655					
18. A szülést kísérők társaságában úgy éreztem, nem kell, hogy zavarban legyek.	0,545					-0,310
5. A szülőszobában biztonságban éreztem magam.	0,545					
13. Szabadon sóhajtozhattam, vagy akár kiálthattam is a méhösszehúzódások alatt.	0,542					
2. Az ajtó csukva volt.		0,809				
3. A folyosóról az ablakon vagy ajtón keresztül be lehetett látni.		0,727			0,317	
1. Ha belépett valaki a szülőszobába, előtte kopogott.		0,690				
7. A szülőszobához tartozott egy fürdőszoba, amit csak én használtam.		0,466		0,303		
11. Szabadon választhattam meg, hogy milyen helyzetben vajúdok.			0,828			
10. A szülés során szabadon mozoghattam.			0,805			
12. Szabadon választhattam meg a kitolás szakaszában, hogy milyen helyzetben vagyok, szülök.			0,730			
6. A szülés során végig ugyanabban a szobában maradhattam.				0,771		
8. A szülés alatt a szomszédos helyiségekből más zajok, hangok hallatszottak.				0,554		
4. Amikor benyitott valaki, egyből teljesen látszódtam.					0,880	
9. A társam fényképeket vagy felvételeket készített a vajúdas vagy a kitolás szakaszában.						0,679
14. A szülést kísérők végig ugyanazok a személyek voltak.						0,561
15. Váratlanul megjelenő idegenek (más orvos/ szülésznő/gyakornok) megzavarták a szülésemet.				0,322	0,421	0,488

Megjegyzés: Principal Component method